80. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1936. március 7.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Beck Henryk: Művi hüvely készítése. (207—209. oldal.)
vitéz Borsos László: Adatok a mellkas előtti nyelőcsőképzéshez. (209—211. oldal.)
Erdélyi Mihály: Adatok a pankreasbetegségek röntgendiagnostikájához. (211—214. oldal.)
Csekey László és Oppe Sándor: A dementia paralytica „pyrago" kezeléssel. (214—217. oldal.)
Jósa László: A hasüregben visszamaradt daganatos here csavarodása. (217—219. oldal.)
Kayserné Haspel Lujza: Adatok a pityriasis rosea kórokához. (219—220. oldal.)
Móritz Dénes: Tuberculotikus exanthema meningitises betegen. (220—221. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (37—40. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Urologia. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (221—223. o.)
Könyvismertetés: (223—224. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (224—227. oldal.)
Vámossy Zoltán: Törvényjavaslat a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények módosításáról. (227—231. oldal.)
Beznák Aladár: Pavlov Iván. (231—232. oldal.)
Lévai Mihály: Megjegyzés Friedrich L. O. H. 9. számában megjelent „Histaminkezelés okozta gyomorpanaszok" c. cikkére. (232. oldal.)
Vegyes hirek: (232—234. oldal és a boritólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A varsói Pilsudszky József egyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Czyzewicz Ádám ny. r. tanár.)

Művi hüvely készitése.

Irta: *Beck Henryk* egyetemi magántanár.

A különböző műtéti módok szerint a művi hüvelyek három csoportra oszthatók.

A legegyszerűbb a nyeles vagy nyeletlen bőrdarabok átültetése, melyekkel a hólyag és végbél között készített üreget kibéleljük. Kezdetben az ilyen műtétek nem sikerültek, később — a megfelelő módszerek kidolgozása után — közlemények egész sora számolt be kedvező eredményről *(Kirschner-Wagner, Ollier-Thiersch)*. A második csoporthoz számítjuk azokat a műtéteket, melyek a művileg készült hüvelycsatornát a hashártyával bélelik ki *(Ott, Stöckl)*. A harmadik csoportba azok a műtétek tartoznak, melyek egy béldarabból képezik ki a hüvelyt. Ezek között a legrégibb *Gersuni* (1897) és *Baldwin* (1904) műtéte.

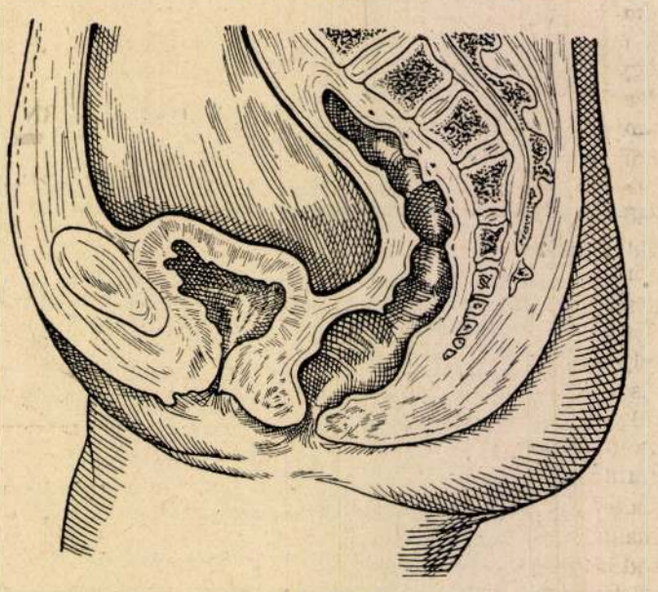
Általában a művi hüvelyt készítő műtéteknek sok híve van, mert az utolsó öt évben az irodalomból összeállított statistika 700 műtétről számol be.

Egy nemrég operált esetben én is az eredeti Baldwin-féle módszert választottam, anélkül, hogy visszariadtam volna azoktól a nehézségektől és veszedelmektől, melyeket a szerzők elég nagy száma *(Basala, Schubert, Ostrcil)* állít erről a műtétről. Ennek a módszernek a választására indítottak engem *Stökl, Rabinowitsch, Frakenberg, Corby, Zacharow* és mások tapasztlatai, melyek szerint a concurrens módszerek — *Schubert, Ruge, Popow, Quéno-Schwartz*-félék — egyáltalában nem biztosítják a patiensnőket a postoperativ halálozási százalékkal szemben és ezenfelül nem ritkán nehezen gyógyuló végbélsipollyal és sphincter ani bénulással járnak. *Kraul* szerint a végbélből egy résznek, részben harántul történt kimetszése, az art. haemorrhoidalis sup. és inf. átvágása következtében, kizárja az átplántált segmentumot a vérellátásból, ami nem csekély százalékban okozza az átültetett béldarab nekrosisát. Az ilyen műtétek javalatait és ellenjavalatait, valamint a socialis-moralis indító okait régóta több szerző kimerítően tárgyalta. Én csak *Stöckl* és *Zuralsky* nézetére hivatkozom, mely szerint a hüvely hiánya olyan fogyatékosság, melynek megszüntetését a sebész minden esetben vállalhatja, ha a patiensnő a mütét komolyságáról kellő felvilágosítást kap, s ezután is ezt határozottan kívánja.

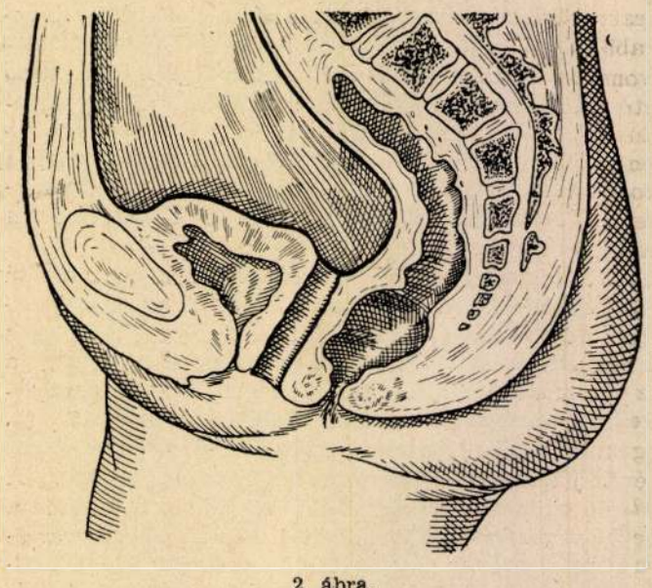
1933. januárjában egy fiatal orvos hozzám hozta 24 éves testvérét *L. K.* hajadon tanítónőt. A patiensnő, nanogy jól fejlett, magas nő, rendes nemi jelleggel, sohasem menstruált. A külső nemi részek rendesen fejlettek, a hüvelybemenet táján a hymen fibriatus egy egészen sekély mélyedést fedett, A hüvely teljesen hiányzott. (1. ábra.) A végbélfelőli vizsgálatkor kiderült, hogy az uterus hiányzik, ellenben a petefészkek rendes nagyságúak. A vizsgáló ujj csaknem közvetlenül a bélfalon át érezte a húgyhólyagba bevezetett kathetert. Miután megmagyaráztam a patiensnőnek az operatio veszedelmeit és a terhesség tekintetében céltalanságát, egyévi gondolkozási időt adtam. Ő másfél év mulva újból jelentkezett és kijelentette, hogy alapos megfontolás után elhatározta, hogy magát a műtétnek aláveti. Indokolta ezen elhatározását a psychikai érzéseinek romlásával, melyet fogyatékosságának a tudata és az ebből eredő csekélyértékűségének complexuma okoz. Most már úgy láttam, hogy jogosan végezhetem a műtétet.

A műtéti beavatkozás 1935. julius 24.-én balsoformnarkosisban történt. Gynaekologiai fekvésben a hymen helyzetének megfelelőleg egy harántmetszést tettem és a szöveteket tompán lepraeparáltam. A gátizomzat ellenállásának leküzdése után nehézség nélkül sikerült a kötőszövetben a húgyhólyag és a végbél között a medencehashártyáig felhatolni. Az így nyert üreget gazecsíkkal kitamponáltam. (2. ábra.) Most a hasüreget nyitottam meg *Pfannenstiel* szerinti harántmetszéssel. A nemiszervek megtekintése a következőket mutatta: mindkét oldalt normalis petefészkek, a baloldalin egy sárga test; a petefészkek előtt fekvő rendes nagyságú kürtvégek median felé haladtukban csakhamar vékony kötőszöveti kötegbe men-

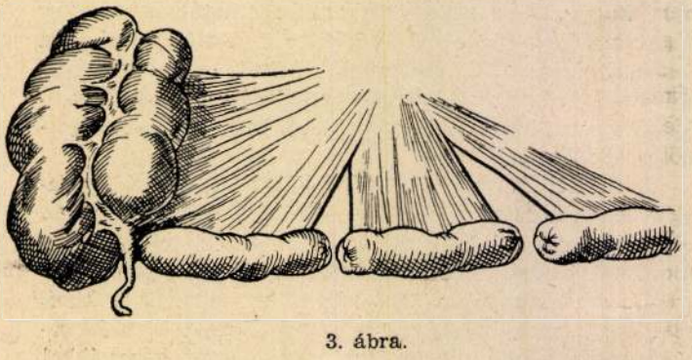
nek át; ezek a ligamenta ovarii propriával vannak összenőve és ezekkel együtt tünnek el a retrovesicalis szövetben. Ez a két köteg hátra és lefelé convergál ugyan, de nem nő egymással össze. A belső nemiszerveket tehát nem lehetett felhasználni az egész nemi tractus kiképzéséhez.



1. ábra.

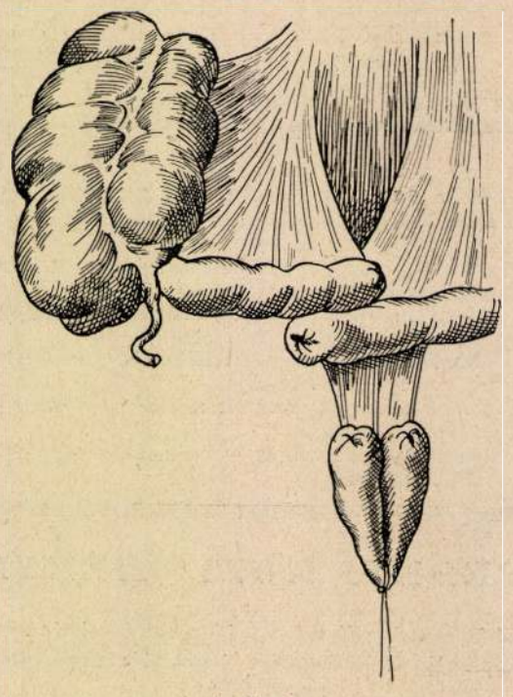


2. ábra.

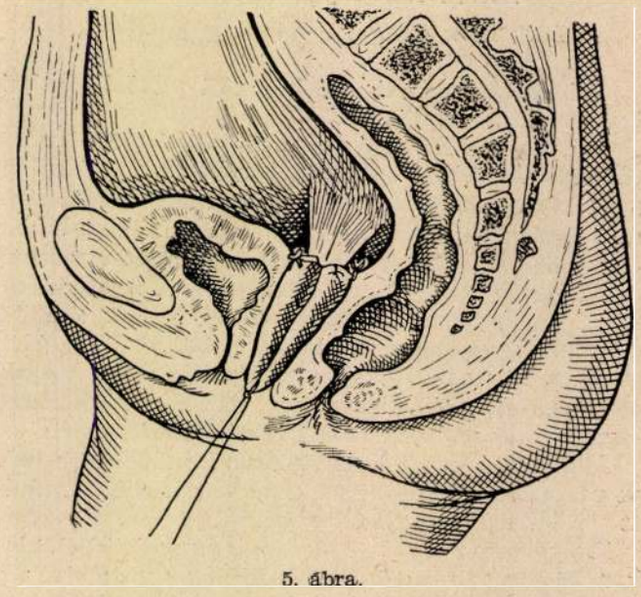


3. ábra.

A vakbél és az ileum caudalis végének megtekintésekor a vakbéltől kb. 25 cm távolságra a vékonybél mesenteriuma elegendő hosszúságúnak látszott. Ezen a helyen átvágtam az ileumot és a bélüreget dohányzacskó varrattal két rétegben zártam, majd 25 cm-rel proximalisabban újból átvágtam a vékonybelet és a metszési felszineket hasonló módon zártam. Ilyen módon egy 25 cm hosszú, mindkét végén bevarrt vékonybél darabot teljesen kiiktattam az emésztőcsatornából. (3. ábra.) A vékonybélnek proximalis és distalis vége között az oldalfalak összevarrásával készítettem anastomosist, különválasztott mesenterium fölött. A mesenteriumrészleteket, melyek az anastomizált bélrészekhez vezettek, néhány csomós varrattal



4. ábra.



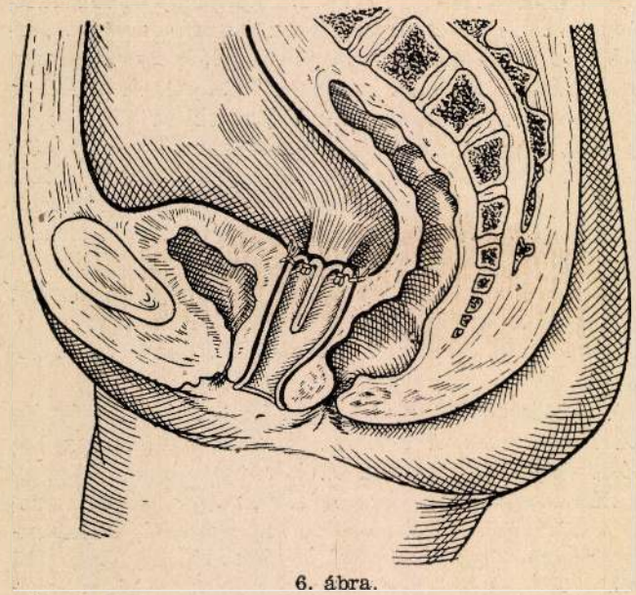
5. ábra.

egyesítettem oly módon, hogy közöttük se nyílás, se betüremkedés ne maradjon vissza. A különválasztott bélkacsnak pontosan a közepén, a mesenterium tapadásának megfelelőleg, selyemfonalat húztam át. (4. ábra.)

A műtét első szakaszában készített üregből a gazecsikot eltávolítottam és abba a hólyag és a végbél között egy makkfogót vezettem, ezzel a hashártyát megnyitottam és a selyemfonalat megfogva lehúztam. Ezzel a bélkacsot az előre készített mesterséges csatornába (húgyhólyag és a végbél közé) helyeztem el. (5. ábra.) A gyulladt féregnyulványt typikus módon eltávolítottam és a vakbélfalat

kétsoros dohányzacskó varrattal egyesítettem. A hasüreget 5 rétegű varrattal zártam.

A műtétet alulról fejeztem be: a selyemfonál segítségével a bélkacsot minden nehézség nélkül a szemeremrésig lehúztam. A kacsnak a hajlata a convex felszínével kinyult az operatiós sebből és ezt csomós varratokkal a sebszélekhez varrtam. Ezután a kiboltosodó részt késsel megnyitva, a sebszéleket megint a nyitott bélfalhoz varrtam. Ilyen módon a művi vestibulumból egy kettős csatorna, mely bélnyálkahártyával van kibélelve, vezetett a mélybe. (6. ábra.) A lehúzott bélnek a két vége egymás mellett jobb és baloldalt feküdt. Az újonnan képzett hüvelyt borsavval kimostam és gazecsikkal tamponáltam.



6. ábra.

A műtét után semmi complicatio nem jelentkezett, az első 10 nap alatt bőséges nyálka választódott ki, amely napról-napra kevesebb lett, a 16. napon a patiensnő elhagyta jó közérzettel a klinikát, a controll vizsgálatkor 1935. október 14-én kettős 12 cm hosszú hüvelycsatorna volt megállapítható. A vizsgálat fájdalmatlan, a patiensnő meg van elégedve és nincsen panasza.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebély Tibor ny. r. tanár.)

Adatok a mellkas előtti nyelőcsőképzéshez.

Irta: *vitéz Borsos László dr.* egyet. tanársegéd.

A lugmérgezés következtében nyelőcsőszükületben szenvedő betegek száma hazánkban aránylag igen nagy. Ezen betegek táplálkozása teljes szükület mellett oly nehéz, hogy munkaképességük és életlehetőségük nagy mértékben csökken. A nyelőcsőplastika mint sebészi feladat igen nehéz, amint azt *Bakay* is több munkájában kifejtette. Az elérhető eredmény rendkivüli jelentősége indokolta, hogy a kérdéssel az I. sz. sebészeti klinikán is foglalkozzunk.

A nyelőcsőplastika története a mult század végére nyúlik vissza. *Bircher* 1894-ben kisérelte meg először a mesterséges nyelőcsőképzést bőrcső segítségével; eredményt elérni egyetlen egy esetben sem tudott. Azóta a legkülönbözőbb módszerekkel kisérleteztek: *Wullstein* bélbőrcső segélyével igyekezett a mellkas előtt új útat készíteni, *Roux* a nyelőcső nyaki részletét egyesitette felhozott jejunumkaccsal; előbbi két eljárás egyesítéséből származik *Lexer* módszere, aki a nyelőcső nyaki részét kivezette s a hiányzó folytatást bőrből és jejunumból készített csővel pótolta. *Kelling* és *Vulliet* a vastagbelet használták fel a nyelőcső alsó részének pótlására, míg *Hirsch, Halper* és *Jianu* a gyomor nagygörbületéből képzett csővel pótolták a nyelőcső alsó részletét, melyhez — *Lexer* eljárásával egyezően fent bőrcső, illetőleg a nyakra kivarrt nyelőcső csatlakozott. *Kirschner* egy esetben alkalmazott eljárása, amikor az egész gyomrot ültette a mellkas bőre alá, egyedülálló, s csak mint különlegesség bír érdekkel. Mint említettük hazánkban *Bakay* foglalkozott behatóan a nyelőcsőplastika kérdésével, 1929-ben megjelent közleményében pontos szövettani vizsgálatok alapján bebizonyította a bőrcsőnek a nyelőcső pótlására alkalmasságát, nemrégiben pedig 24 operált esetéről számolt be. Tudomásunk van még *Király* 3 esetéről s ezekhez hozzászámítva a mi újabb 6 teljesen befejezett és működőképes plastikánkat, világviszonylatban is jelentékeny számú Magyarországon operált esetet regisztrálhatunk, ami főleg akkor értékelhető, ha tekintetbe vesszük, hogy Franciaországban 1929-ben mutatta be *Cuneo* az első hasonló esetet. *Bakay* is a Laxer-féle eljárás híve, de végzett jejuno-oesophagealis anastomosist is oly esetben, ahol a gyomor nem volt működőképes. *Király 3* esete közül a műtét kettőnél vastagbél, egynél pedig vékonybél felhasználásával történt. Legújabban a japánok foglalkoznak a kérdéssel és ők is a *Lexer* eljárását tartják a legalkalmasabbnak. *Jianu* nemrég újabb esetről számol be, melyben a bőrcsövet közvetlenül a gyomorba ültette be, annak legalsó, már a hasüregben futó részét cseplesszel borítva. A különböző módszerekkel sikeresen végzett nyelőcsőplastikák száma az egész világon a közölt esetek alapján kb. 200-ra tehető. Ujabban az orosz szerzők sokat foglalkoztak a kérdéssel, mert ott is igen nagy a lugmérgezéses szükületek száma. *Bogoras* 39 oroszországi plastikát gyüjtött össze s igen tekintélyes halálozásról 23%—28%-ig számol be, ami kétségtelenül indokolja az óvatosságot a műtéti javalatot illetőleg. Ha a jejunum helyett a gyomorból képezzük a nyelőcső legalsó részletét, akkor a halálozás 38—43%-ig emelkedhetik. Az irodalmat átnézve *Solowjew* 8, *Gregoire* 2 befejezett nyelőcsőképzést említ *Lexer* szerint, s hasonlóképpen végezve mások is írnak le sikeres műtéteket. 12 éves és 8 éves gyermekek nyelőcsőképzéséről számol be *Hinz* és *Pels Leusden,* főleg azt bizonyítva, hogy az elkészített nyelőcső követi a növekedést és 8 év mulva is zavartalan a nyelés. A műtéti eljárás egyik legnagyobb nehézsége a hosszú időre elhúzódó többszöri műtét-sorozat, aminek egyszerűsítése jelenleg még nem látszik megoldhatónak, mert már egy beavatkozás is sokszor túlságosan megviseli a gyengébb ellenállóképességű, nyelni nem tudó beteget s az egy ülésben végzett kétszeri beavatkozás erőltetése sokszor végződhetik szomorú eredménnyel, amit *Madlener* is említ, aki pedig már kétülésben is végzett teljes nyelőcsőképzést.

A vastagbél felhasználásával készült plastikában kétségtelen hátrány, hogy a fertőzöttebb haránt vastagbelet kell összevarrni és felhúzni, az anastomosisok nehezebbek, sipolyképződésre nagyobb a hajlam, amint azt *Lundblad* is említi, hosszú ideig kellemetlen felböfögéseket észlelhetünk s a colon túlságos lassan továbbítja tartalmát és az egész szervezet szempontjából ennyi vastagbél hiánya nem mindig közömbös. A gyomor felhasználását nyelőcsőképzésre túl nagy áldozatnak gondoljuk s annak épségét és jó működőképességét veszélyeztetni céltalan, ha ugyan a maróanyag azt már előbb nem tette tönkre. A csak bőrcsőből végzett műtétek hive *Jianu* nemrég fejezett be újabb esetet. Ebben az eljárásban a hasüregi részlet el-

készítése oly sok nehézséggel jár a hashártya boríték hiánya miatt, hogy azt inkább csodálatosnak, mint követendőnek tartjuk.

Az itt közlendő eseteinkben a Lexer-féle combinált eljárást követtük, mely a kérdés mai állása szerint az elfogadott és általánosan elismert legjobb módszer. Nagy fontosságot tulajdonítunk a betegek lelki és testi előkészítésének. A beteg feltétlen bizalmának megnyerése nélkül a hosszadalmas és veszedelmes műtétsorozat bajosan fejezhető be, főleg akkor, ha műtétek közötti időközökben a betegekkel nem a legnagyobb gonddal foglalkozunk. A többnyire rosszul táplált és leromlott betegeket műtét előtt jó erőbeli állapotba kell hozni és újabb műtétet csak akkor végezzünk, ha már a megelőző műtétet a betegek kiheverték. A rendes táplálkozás és emésztés biztosítására a műtétsorozat előtt és annak egész tartama alatt a beteg mindig jól megrágott és nyállal kevert étellel táplálkozzék, mert a nyálemésztést a huzamos időn át súlyosan igénybevett szervezet nem nélkülözheti. Ennek lehetővé tételére a gastrostomiás nyilásba megfelelő vastag és hosszú csövet helyezünk, melybe a beteg a megrágott és nyállal kevert ételt beleköpheti. Fontos ez azért is, mert a rágás hiánya psychikus zavarokat idéz elő és távcorrelatiós hatása is fontossággal bír.

A sorozatos műtétek elvégzésének sorrendje különösebb jelentőséggel nem bír, noha kétségtelen, hogy legjobb először azt a beavatkozást elvégezni, amely asepsis szempontjából is a legkényesebb s egyáltalában a legsúlyosabb, vagyis a hasmetszést. Ezen műtétnél a jó vérellátású és mozgékony bélkacs megválasztása döntő fontosságú, s számolni kell a megfelelő mesenterium-részlet kiemelésének és isolásának nehézségeivel. Olyan bélrészlet használható csak fel, amelynek üterei még a bőr alá helyezés után is jól lüktetnek s amelyen a pangás legcsekélyebb nyoma még ekkor sem látható. A felhelyezett bélrészt a gyomorfundus legmagasabban fekvő részébe kell ültetni, aminek fontosságát Sz. V. betegünkön láttuk, akin a bélkacs beültetését más intézetben végezték úgy, hogy a bél- és gyomor közötti anastomosis közvetlenül a pylorus szomszédságában volt. A gyomor kiürülésekor a tartalom legnagyobbrésze nem a kissé nyitott pyloruson, hanem a tág gyomor- bél összeköttetésen távozott, ami a legsúlyosabb zavarokat eredményezte és csak igen nehéz műtéttel volt megszüntethető. Fontos az is, hogy a mesenteriumot merre vezessük. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy az antecolikusan vezetett mesenterium nyomást gyakorolhat a haránttremesére és kellemetlen tüneteket okozhat, hasonló tüneteket váltott ki a gyomrot harántul keresztező bélfodor is, ezért legcélszerűbbnek látszik, amint mi is több esetünkben eljártunk, a mesenteriumot retrocolikusan és retrogastrikusan vezetni, ami a bélnek a gyomorba ültetését semmiképpen sem nehezíti. A bélkacsot — *Bakay*-val egyetértően — mi sem vezetjük sokkal feljebb a processus xyphoideus magasságánál, mert a bélelhalás veszélye még így is mindig fennáll. A bőr alá helyezett bélcső hashártya borítéka a szövetekkel nem tapad össze, hanem pókhálószerű szalagokkal rögzül a környezethez, összenövés csak ott jön létre, ahol a bélkacs hashártyaborítékának folytonossága megszakad. Tekintve, hogy a tökéletes peristaltica előfeltétele az, hogy a bélcső körül szívós összenövések ne legyenek, a bélkacs peritoneumát a legnagyobb gondossággal kell óvni. A bél felső végét zártan kell a mellkas bőre alá rögzíteni, nehogy a peristaltica azt onnan, míg a bőrcsővel való összeköttetés el nem készült, elvongálhassa.

A nyaki nyelőcső felhasználható részének hosszúsága röntgennel állapítható meg. Különös, hogy szükület a bifurcatio felett úgyszólván sohasem képződik s ha ilyen a maratás után létre is jött, az a garatizomzat préselő hatására kitágul. A kivarrás igen nehéz lehet a nyelőcső körüli összenövések nehéz szétválaszthatósága miatt. A nyaki metszést baloldalon a fejbiccentő elülső, alsó széle mellett ejthetjük, az említett izom sternalis fejét felszabadítjuk, hogy tág helye legyen a kivarrandó nyelőcsőnek. A pajzsmirigy külső lebenyrésze mellett haladunk előre oldalról, félretolva a nagy nyaki képleteket s a légcső mögött a nyelőcsőhöz jutunk, amelyett ekkor már csak arteria thyreoidea inferior keresztez. Ennek lekötése elkerülhetetlen, mert a kihuzott nyelőcsövet az ér megtörné. A nyelőcsövet átvágva annak felső csonkját kell a bőrhöz kivarrni; a nyelőcsövön készített oldalnyilás kivarrása nem célszerű, mert annak nyilása beszűkül, visszahúzódik és az aboralis részébe bekerülő étel pangása sok kellemetlenséget okoz. A nyelőcsőnek hosszú darabját szabaddá téve abból annyit használunk fel, hogy az minden feszülés nélkül legyen a bőrhöz kivarrható. A gátorban visszamaradó nyelőcső-csonkot különösebben ellátni nem szükséges, mert az a mindig fennálló összenövések között és mivel nyálkahártyája elpusztult, egyszerű tamponálás mellett mediastinitist előidézni nem szokott. A bőrhöz egyszerűen kivarrt nyelőcső nyílása igen hamar beszűkül annyira, hogy a nyílás még sonda részére is átjárhatatlanná válhatik. A nyelőcső kivarrására és a beszűkülés elkerülésére a következőkben vázolt eljárásunkat ajánljuk, mint olyat, amely a hozzáfűzött reményeket beváltotta.

A nyelőcső kivarrandó végét bemetszésekkel és ékalakú kimetszésekkel csipkézetté, vagyis fűrészhez hasonlóan fogazottá tesszük. A bőr ugyanilyen előkészítése után az egyesítést úgy végezzük, hogy a bőr és a nyelőcső congruens csipkéi összeillő fogaskerekekhez hasonlóan feküdjenek össze. Ezáltal elérjük azt, hogy ott, ahol a szűkület keletkezhetnék, a heg zegzugos vonala a hegesedés folyamán kiegyenesedik és hosszabbá válik, vagyis a zsugorodás az egyesítés helyét tágan tartja. A bőrhöz kivarrt nyelőcső próbaetetésre is felhasználható olyképen, hogy a gastrostomiás cső a nyelőcsőbe behelyezve közvetíti a híg táplálékot a gyomorba. Az esetleg szűkült nyelőcső alulról gummiujjal, sondával pedig úgy alulról, mint felülről tágítandó annál is inkább, mert később a bőrrel egyesített nyelőcső a képződött tasakok miatt félmerev eszközök számára is csak igen nehezen lesz átjárható.

A felvezetett bél és a kivarrt nyelőcső közé iktatandó bőrcső elkészítése és így a folytonosság létrehozása voltaképen a nehéz feladat. A bőrcsövet elkészíteni nem nehéz, de annál nehezebb annak fedése a mellkas bőrével, ami elengedhetetlen, mert ellenkező esetben a bőrcső varratai szétnyilnak. Az elkészített bőrcső utólagos fedése Tiersch-lebenyekkel csak nehezen sikerül. A bőrcsőképzésekor a nyelőcsővel és a bélcsővel való egyesítését csak az elsődlegesen bőrrel történt beborítás teszi lehetővé. A bőrcső képzése előtt ajánlatos a mellkas bőrének mobilisálása, massirozás és nyujtás által, ami a műtétet nagymértékben megkönnyíti. Amennyiben a betegnek gastrostomiás nyílása bezárult volna, úgy azt, hacsak lehet, nem készítjük el újra, mert a gyomor működését ártalmasan befolyásolhatjuk az újabb műtéttel és gyomornyilás nélkül is sikerült a műtétet befejezni az orron át a gyomorba vezetett sonda segítségével.

Eseteink a következők:

1. *M. Gy.* 28 é. férfi, 10 év előtt lúgot ivott. Lexer plastika. Első ülésben a gyomoranastomosis után a jejunumkacsot a bimbó magasságáig sikerült felvinni és rögzíteni. A második műtét a nyelőcső oldalának kivarrása után bőrcsőképzés, a bőrcső és a nyelőcső egyidejű összekötésével. A bőrcső és bélkacs közötti anastomosis csak újabb

műtéttel sikerült. A kész plastika után szűkület támadt a nyelőcső alsó részén, ami a táplálék pangását okozta az aboralis nyelőcsőrészekben. Ujabb műtét, melyben a nyelőcsövet haránt tul átvágjuk és most már a fent ismertetett eljárással kivarrjuk és egyesítjük a bőrcsővel. Prima gyógyulás, azóta a nyelés zavartalan. Az öt pengösnyi gastrostomiás nyílás bezárása rendkívül nehezen volt elvégezhető, mert a pylorushoz közel feküdt és szükülettel fenyegetett, de megfelelő plastikával mégis sikerült.

2. *K. I.* 22 é. Gastrostomia, jejunumkacs felvezetése a mesenterium retrocolicus és retrogastricus felvezetése mellett. Nyelőcső kivarrás a leírt módon. Bőrcső készítés, mindkét anastomosis egyidejű elkészítésével. Prima gyógyulás. Gastrostomiazárás műtéttel. A műtétek tartama 6 hónap.

3. *Sz. R.* A plasticát más intézetben kezdték, annak befejezése végett kereste fel a klinikát. Felvarrt bélcső gastrostomiás nyílás nélkül, melynek felső nyitott végén át táplálkozik. Megtörtént nyelőcső kivarrás kisérlete, melynek helyén alig sondázható szükület. Ismertetett módon kivarrtuk a nyelőcsövét, három hét múlva együlésben a műtétet teljesen befejeztük (bőrcső készítése, felsőalsó anastomosis). Prima gyógyulás.

4. *Sz. V.* Előbbihez hasonlóan a felvarrt és nyitva tartott bélcsövön át táplálkozik. Fő panasza, hogy a gyomortartalom regurgitál, aminek oka az, hogy a jejunumkacs a pylorus szomszédságában van beültetve, ennek áthelyezését a gyomor legmagasabb részletébe sikerrel elvégeztük, a más intézetben végzett nyelőcsőkivarrás súlyos hegesedéssel, sipoly nélkül bezáródott. Nyelőcső kivarrás a fenti módon. Bőrcső készítése és összekötése a bélcsővel, sima gyógyulás, zavartalan későbbi működőképesség.

Ötödik betegünkön az első műtét alkalmával, vagyis a jejunum felvezetése és a mellkas bőre alá helyezése után a bélen pangás fejlődött ki, s a vér a nyálkahártyán átdiffundálva súlyos vérveszteséget okozott, a bél elhalt s a beteg egy hét alatt septikus tünetek között elpusztult.

6. *F. J.-né* 27 é. gastrostomiás betegünkön 1935. november végén végeztük az első műtétet, a jejunum felvarrását és a mellkas bőre alá helyezését, 3 hét mulva nyelőcső kivarrás, 1936. jaunár 3-án nyelőcső és bélösszekötés bőrcsővel s az jelentéktelen sipolytól eltekintve teljesen gyógyult. Ezen esetben a nyelőcsőképzést 2 hónap alatt elvégeztük.

Felsorolt eseteink mindegyikében a nyelőképesség kifogástalan. Megemlítésre érdemesnek tartjuk még egyik jelenleg előkészítés alatt álló esetünket is. 15 éves fiú, akit súlyos nyelőcsőszűkülettel vettünk fel a klinikára. Bevezető műtétként gastrostomiát végeztünk, amelynél kiderült, hogy már előzetesen pylorus stenosis miatt gastroenteroanastomosis történt. 20 nappal a műtét után gyomorátfúródás tünetei miatt laparotomia, az egész hasüreget gyomor- és béltartalom töltötte meg. Kiderült, hogy a gastrostomiás cső az anastomosison át a jejunumba jutva azon felfekvést és átfúródást okozott. A marantikus beteg a műtétet kiállotta s amint megerősödik, elkezdhető nála is a különleges nehéz viszonyokat sejtető további beavatkozás.

A mellkas előtti nyelőcsőképzés kérdésében kétségkívül nem rendelkezünk még nagy anyagra támaszkodó tapasztalatokkal, de megfigyeléseink megkönnyítik a műtétek elvégzését és támpontokat nyujtanak a javalatot illetőleg.

Áttekintve az idevágó irodalmat, kevés olyan közleményt találtam, amelyben a műtét részleteire alaposan kitértek volna, pedig éppen a műtétek kapcsán szerzett tapasztalatok a legértékesebbek. Úgy a magunk tapasztalatai, mint az irodalomban talált adatok alapján legalkalmasabb eljárásnak az itt ismertetett *Wullstein-Roux-Lexer*-eljárást tartjuk, azon sorrendben végezve, ahogyan azt leírtuk. A kirekesztett jejunumrész retrocolikus és retrogastrikus felvezetését tartjuk a legcélszerűbbnek. Uj eljárásként ajánlhatjuk a nyelőcső nyaki részének fent ismertetett kivarrási módját, mint olyat, amely a másodlagos szűkületek létrejöttének megakadályozására legalkalmasabbnak bizonyult. A bőrcső zavartalan gyógyulásának legfontosabb kelléke annak azonnali bőrrel való fedése, annál is inkább, mert az így is képződő nyilások bezárása nehéz. A bőrcső a nyelőcsőhöz képest állandóan süllyed, amit szintén tekintetbe kell venni, a bőrcső elkészítésekor. A bőrcsövön visszamaradt sipolyok egyszerű bevarrása kerülendő, mert a varratok átvágnak, ami a nyílás kitágulására vezet, miért is csak a sipolyok hámfalának a kimetszése, vagy kikaparása indokolt. Megkísérelhető a nyelőcső és a bél között összeköttetésnek a bőrcső útján egy ülésben létesítése, ami 3 esetünkben teljes mértékben sikerült is. A szöveteknek az ismételt műtétek folyamán kifejlődő nagy helyi immunitasa is jelentékeny tényező és csodálatos, hogy még kiterjedt plasticák is gyenyedés nélkül gyógyultak a bélnedv és nyál állandó jelenléte ellenére. A kész plasticák sondával tágítása a képződő tasakok és hegedések miatt a legöbb esetben kivihetetlen. A nyelőcsőképzés gyermekeken is végezhető, mert a cső zavar nélkül követi a hossznövekedést.

Teljesen magunkévá tesszük *Bakay* véleményét, hogy a nagy nehézségekkel járó, hosszas beavatkozások szép eredménye megéri a fáradságot úgy a sebész, mint a beteg szempontjából.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sebészeti klinikának közleménye (igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár)

Adatok a pankreasbetegségek röntgendiagnostikájához.*

Irta: *Erdélyi Mihály dr.* műtőorvos.

Az ép pankreas eddigi tudásunk szerint röntgennel nem vizsgálható. *Corning* azt írja, hogy az ép hasnyálmirigy alakja függ a környező szerveknek a mirigyállományra kifejtett hatásától, viszont bátran lehet mondani, hogy a kóros pankreas térfogatváltozásának a környezetre gyakorolt befolyásából származnak a pankreas betegségek röntgentünetei.

Heveny pankreatitisben a röntgenvizsgálat kétféleképen történhetik. Használhatjuk a röntgent a kórhatározás vagy az elkülönítő kórhatározás segédeszközeként. Az elkülönítő kórisme szempontjából nagyfontosságú a has átvilágítása minden súlyos hasi katastropha esetén, mert pl. a rekesz alatt megjelenő léghólyagból a gyomor-bélhuzam átfúródásaira, a tágult belekben lévő folyadékszintből és gázgyülemből pedig a bélelzáródásokra vonhatunk következtetést, vagy e tünetek hiányában e betegségeket nagy valószínűséggel kizárhatjuk. Ilyen célból alkalmazzuk a röntgenátvilágítást klinikánkon heveny esetekben, míg röntgennel diagnostizált esetről nincs módunkban beszámolni.

Az acut pankreatitis mindegyik alakja a mirigyállomány duzzadásával, térfogatváltozásával jár, ez és az átterjedő gyulladás hatással van a pankreas közvetlen szomszédságában lévő szervekre, gyomorra és duodenumra.

Bronner esetében (két esetben) magasan fekvő gyomrot és harántulfutó bulbust látott heveny pankreatitisben. *Lindblom* az antrum nagyhajlati részének beboltosulását és ezen rész csökkent peristaltikáját tartja direct röntgen jelnek.

A duodenumra vonatkozó észleletek nagyobb számuak. Igy *Hernheiser* a duodenumpatkó szétnyomását és

*) A Magyar Sebésztársaság 1935. XXI-ik nagygyülésén tartott előadás.

a duodenum ürülésének elhúzódását említi, az utóbbit különösen kiemeli *Bronner*.

A patkóbél ürülésének elhúzódása a legenyhébb passage zavartól a patkóbél teljes kifejlődéséig és kitágulásáig terjedhet. *Schmidt* és *Ohly* ezen észleletüket, mivel műtétkor mechanikus akadályt nem láttak, fejlődési rendellenességgel magyarázták. *Püschel, Dorner* és *Bronner* úgy értelmezik, hogy a megnagyobbodott pancreasfej nyomja a pars ascendens duodenit és a flexura duodenojejunalist és ezáltal a proximalis patkóbélrész ürülési zavarát okozza. Támogatja ezt a nézetet az a körülmény, hogy *Bronner* a flexura duodenojejunalis területében a sugárfogó pép nagymérvű megkevesbbedését észlelte, míg az első jejunumkacs rendesen feltelődött. A tisztán mechanikus magyarázat mellett azonban számba kell venni *Bernstein* észleletei alapján a patkóbél-passage működési zavarát is. Szerinte a rendes patkóbél-passage a táplálékrészek vis a tergo hatásából a pylorus reflex működéséből, a duodenumfal peristaltikájából, a nyálkahártya muscularis rétegének működéséből és a bélfal tonusából tevődik össze. Ezen együttműködésnek megzavarása heveny pancreatitisben a következőképen hozhat létre duodenalis pangást. A gyulladásnak és mirigyduzzanatnak hatására a pylorus reflex csökken, ugyancsak csökken az antrum peristalticája is. A hosszabb ideig nyitva lévő pyloruson át csökkent peristaltica esetén is több sugárfogó anyag jut a bulbusba. Igy magyarázható, hogy *Bronner* esetében a gyomor egy óra mulva teljesen üres volt. A duzzadt pancreason kifeszített és vongált duodenumfal tonusa és peristaltikája szenved, fokozza ezt még a ráterjedő gyulladás is, mely a nyálkahártya izomrétegének működőképességét is csökkenti.

Heveny pankreatitisben tehát mind a mechanikus, mind a functiós passagezavart előidéző tényezők megvannak s egymás hatását fokozzák.

A patkóbélen észlelhető elváltozások között szerepel a papilla Vateri sugárfogóanyaggal való feltelődése, ez álgurdélynak a képét adhatja. A diverticulumtól azonban megkülönbözteti, hogy alakja állandó és a patkóbél ürülésével párhuzamosan kiürül. *Case* szerint a diverticulum Vateri és pankreatitis között oki kapcsolat van. Hogy melyik az elsőleges, arra vonatkozólag eltérők a vélemények. Elképzelhető, hogy a tág és nyitott ampullán keresztül, melyben a béltartalom pang, könnyen jutnak a vezetőkbe gyulladást előidéző tényezők, duodenumnedv, bakteriumok stb. Szembetűnővé teszi ezt a feltevést *Akerlund* észlelete, aki pankreasnekrosis esetében nemcsak a papillát, hanem a choledochust és pankreasvezetéket is feltelődve találta. *Lindblom* úgy véli, hogy a gyulladás ráterjedve a papillára, azt merevvé, tátongóvá teszi. Nézetéhez csatlakoznak *Guttmann* és *Jahiel* is.

Hernheiser még a patkóbél penetráló fekélyét említi, mint olyan elváltozást, mely pankreatitis kiváltó oka s egyúttal a duodenumban megfigyelhető tünet.

Röntgenileg több érdeklődésre tarthatnak számot a pankreas cysták és álcysták.

A pankreasfej-cysták a gyomrot balra helyezik, miközben a kisgörbületen a cysta nyomására bemélyedés keletkezik. A farki részből kiinduló cysták a gyomrot jobbra és esetleg fölfelé nyomják, beboltosulást hozva létre a gyomor nagyhajlati részén az angulus táján. A bemélyedés simaszélű, vagy ha egyenetlen is, a redőzet rendesnek látszik, a peristaltica végigmegy, a cysta elnyomásakor a hiány sugárfogó anyaggal feltölthető. A pancreas középső részéből kiinduló cysták a gyomrot a hasfal felé szorítják és összenyomják, a sugárfogóval telt gyomor árnyékban contrastszegény terület, telődési hiány keletkezik. A kép módosulhat egyrészt a cysta nagysága, másrészt a gyomor elsőleges helyzete miatt.

A patkóbél helyzetváltozása mellett a mechanikus duodenumszűkület képe jelentkezhetik, különösen pankreasfej cysták esetében. A haránt vastagbélre legtöbbnyire lefelé szorító hatást és esetleg nyomást fejt ki a pankreas tömlő.

Szokatlan és nagymérvű változást hozott létre a hasüreg szerveinek helyzetében egy klinikánkon észlelt hasnyálmirigytömlő. Ennél a következő röntgenvizsgálatokat végeztük: kétoldali pyelographia; a bal vese jobb oldalra van áttolva, a bal vesemedence a jobb csipőtányér és gerincoszlop közti szögletben foglal helyet. A kelyhek lefelé tekintenek, a vesemedence kissé nagyobb a rendesnél. A jobb vese a helyén van, a vesemedence rendes nagyságú (1. ábra). A gyomor és bét átvilágítás szerint a gyomor a rekesz alatt szinte vízszintesen fekszik a daganat felett. A patkóbél leszálló ága kissé megnyúlt, a flexura duodenojejunalis a gerincoszlop jobb oldalán van. A passage sima. A haránt vastagbél ugyancsak a rekesz alatt, a daganat fölött látható.

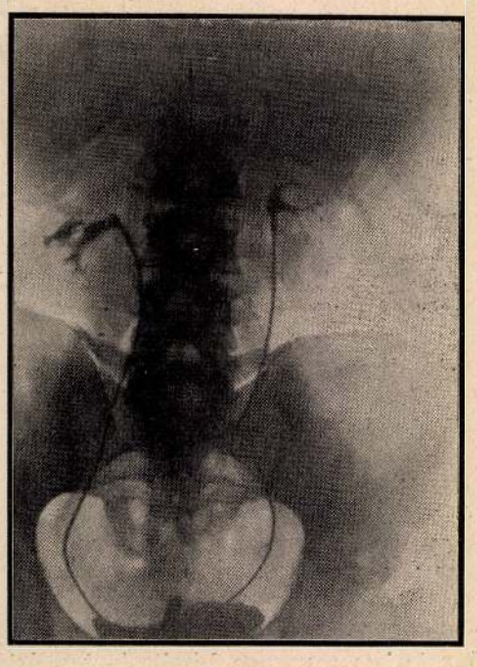
1. ábra.

Kétségtelen volt, hogy retroperitonealis cystával van dolgunk. Kórhatározásunkat, tekintve a bal vese nagyfokú helyzetváltozását, elsősorban a bal vese felső végéből kiinduló magános vesecystára tettük. Nem tudtuk azonban magyarázni azt, hogy a bal vesemedence megcsavarva lefelé tekint. Bármilyen nagy volt is a tapintható terimenagyobbodás a hasban, annak tetemesebb része mégis a has felső felében foglalt helyet, már pedig, ha a lefelé tekintő vesemedencét a cysta lesüllyedésével akartuk volna magyarázni, a terimenagyobbodást a jobb alhasban kellett volna észlelni.

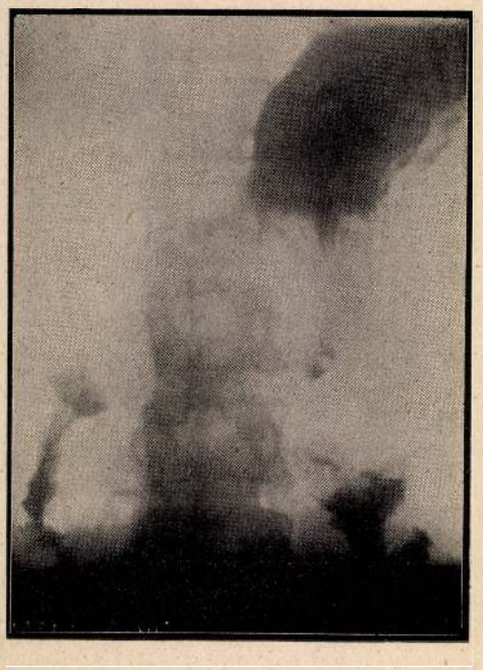
Csak másodsorban gondolhattunk pancreascystára. A gyomor-bél röntgen megfelel egy, a hasnyálmirigy farki részéből kiinduló tömlő okozta képnek; szokatlan itt is, hogy a haránt vastagbél felfelé van dislocálva. A bal vesének ily nagyfokú helyzetváltozását csak úgy tudjuk értelmezni, ha feltettük, hogy a bal vese ptotikus volt, vagy a pankreas volt rendellenes elhelyezésű. A vesemedence elcsavarását úgy magyaráztuk, hogy a rendes helyéről eltávozott vese súlyánál fogva fordult lefelé. A műtét

a második lehetőséget igazolta, a tömlő pankreas eredetű volt.

A műtét után fél évvel történt ellenőrző gyomor-bél átvilágítás szerint a gyomor-bélrendszer helyzetében eltolódás nincs, a passage rendes. Pyelographia szerint mindkét vesemedence a helyén van. (2. ábra)



2. ábra.

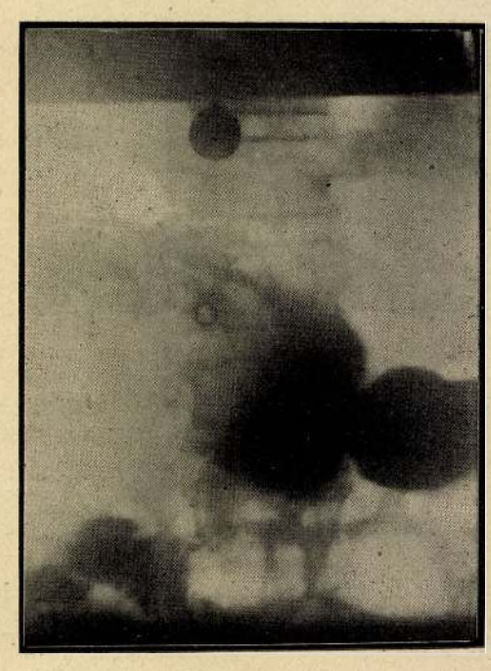


3. ábra.

Egy másik esetünkben a gyomor-bél röntgenlelete a következő volt: A gyomor rögzített és az elülső hasfal felé van nyomva. A gyomorredőzet elsimult, a patkóbél hátra és lecsavart, állandó ürülés. A daganat a gyomor mögött van, határain túl terjedve, főleg a bal hypochondriumra szorítkozik. Az egy hét mulva megismételt vizsgálatkor készült felvételen látszik, hogy a gyomor teste és pylorikus része nagyon halványan telődik, a redőzet elsimult, a gyomorcontour elég éles szélű. A patkóbél lecsavart. (3. ábra) Diagnosisunkat a gyomor középső és alsó részét hátulról összenyomó pancreastömlőre tettük, amit a műtét igazolt is.

A harmadik eset a győri Szentháromság kórház sebészeti osztályán észlelt pankreascysta, a rötgenfelvétel ugyanezen kórház röntgenlaboratoriumában készült.

4. ábra.



5. ábra.

A beteg heveny pankreatitisszel került kórházba, melynek lezajlása után pankreastömlő fejlődött ki. A röntgenfelvételen látszik, hogy a gyomor testének középső részén ökölnyi árnyékhiány van, melyet a tapintható extra-ventricularis resistentia okoz. A bedomborodó nagy hajlat és ívben középfelé hajló kis hajlat között a gyomorredők összeszorultak, de végig megvannak. A bulbus simaszélű, jól telődött. (4. ábra). A műtét a pancreasból kiinduló tömlő kórjelzést igazolta.

A pseudocysta pankreaskörüli izzadmányból alakul ki, megjelenhetik a cystához hasonló tüneteket okozva a röntgenképen, vagy mint kerek, a gyomor kishajlati része, máj és rekesz között fekvő lágyrész intenzitású árnyék, gyakran vízszintes folyadékszinttel, felette gázhólyaggal. Klinikánkon észlelt esetünk a következő: A beteg bejövetelekor az epigastriumban férfiökölnyi hullámzó, nem mozgatható resistentia tapintható, mely nagyon érzékeny. Fehérvérsejtszám: 12.000. A gyomorröntgenfelvétel szerint a nagyhajlati részen tenyérnyi, egyenetlen szélű hiány van. (5. ábra). Átvilágításkor a gyomor nagyhajlati részén tenyérnyi, egyenetlen szélű hiány látszik, mely enyhe nyomással feltölthető; a gyomorfal nem merev, forgatáskor kitűnik, hogy a gyomor a hasfal felé van eltolódva és össze van nyomva. A defectust a gyomor mögött fekvő extraventricularis terimenagyobbodás nyomása okozza. Négy nap alatt az epigastriumban tapintható resistentia eltünt, a fehérvérsejtszám: 7000-re csökkent. A röntgenfelvételen a gyomorhatár szabályos, hiány nem látszik. (6. ábra). Kétségtelen volt, hogy az első felvételen látható hiányt extraventricularis izzadmány okozta, melynek eltünését az izzadmány részbeni felszívódásával, vagy más alakban való elhelyeződésével magyaráztuk. Műtétkor, a gyomornagyhajlat táján, a mesocolon lemezei között, izzadmány volt megállapítható, pankreas zsírnecrosissal.

6. ábra.

A pankreas rákok, ha diffus növekedésük közben még nem terjedtek át a gyomorra és patkóbélre, a térfogatnagyobbodásnak megfelelő nyomási alakváltozást és ürülési zavart hoznak létre a röntgenképen. Ha a gyomorfalra ráterjedtek, a gyomorrákhoz hasonló tüneteket okoznak. A duodenumon a mechanikus patkóbélszükület képe jelentkezhetik, elkülönítő kórjelzés szempontjából nagy nehézséget okozhatnak a pankreas környékén lévő gümős és sarcomás nyirokcsomók. Meg kell jegyezni, hogy gyakran, mikor a pankreaszsák már súlyos klinikai tüneteket okoz, a röntgenképben még nincsen elváltozás.

A pankreaskövek anyaga többnyire calciumcarbonat és phosphat, a röntgenfelvételen árnyékot adó vegyületek. *Assmann* és *Pfröringer* közöltek ilyen leleteket. Legtöbbnyire csak véletlen észleletek, az első és második ágyékcsigolya magasságában elhelyezkedő kőárnyékok.

A pankreasmegbetegedések röntgentünetei csak egyéb tünetekkel együtt alkalmasak a diagnosis biztosítására.

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

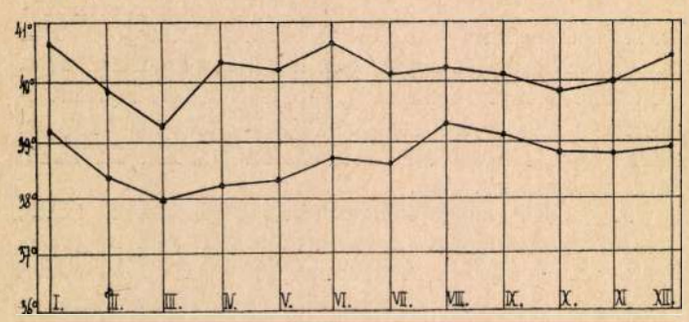
A dementia paralytica „pyrago"-kezelése

Irta: *Csekey László dr.* és *Oppe Sándor dr.*

Jóllehet a dementia paralyticát lues okozza, luesellenes kezelése tapasztalat szerint teljesen eredménytelen. Többet igérnek azok a nem fajlagos gyógyító módszerek, melyek a szervezet biologiai védekező erőit igyekeznek sorompóba állítani. A többfajta eljárás között legalkalmagasabbnak látszott a magas lázat okozó idegenfajú fehérjék szervezetbe juttatása. Ezen elgondolás alapján honosította meg *Wagner- Jauregg* a dementia paralytica gyógyítására a mesterséges malária-fertőzést. E gyógyító eljárás általánossá válásával egyidejű az a törekvés, hogy a malaria más lázkeltő szerrel pótoltassék, mert a maláriának eredményessége mellett hátrányai is vannak, melyekről később még szólunk, másrészt alkalmazási módja nem mindig egyszerű és biztos. Anélkül. hogy a malária helyettesítését célzó különféle lázfejlesztő szerek felsorolásába kezdenénk, mindjárt arra mutatunk rá, hogy a malariás kezelés pótlására a magyarországi *Certa laboratorium* a pyrago készítményt gyártja, mely könnyű adagolási módjával és megbízható hatásával hívatva van pótolni a hasonló célból készített s a most majdnem beszerezhetetlen külföldi készítményeket. *A 12 ampullából álló sorozat coli csoportba tartozó nem élő bacillusok suspensióját tartalmazza különböző higításban.* A higítás alapegységéül szolgál, a gyár adatai szerint, köbcentiméterenként 1.000,000.000 elölt bakterium s ebből a sorozat első három ampullája 0.05, a többi sorrend szerint: 0.075, 0.10, 0.15, 0.20, 0.25, 0.30, 0.35, 0.40; 0.50-ed részt tartalmaz 1 köbcentiméter mennyiségre kiegészítve. A készítményt ellenőrzi a budapesti Pázmány Péter tudományegyetem Közegészségtani Intézete, nehogy betegségokozó csirákat tartalmazzon. Az injectiók csak a gyár által a dobozon jelzett időn belül használhatók fel, mert a határidőn túl hatásuk már nem megbízható. A készítmény alkalmazásának módjára vonatkozólag utalunk *Szecsődy* és *Buchmüller* dolgozataira. Mi azt a föladatot tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a szer hatását összehasonlító klinikai módszerek segítségével, alkalmas-e minden tekintetben gyógyító hatás fejlesztésére s különösen azt igyekeztünk tárgyilagos reactiókkal megállapítani, hogy igazolható-e a szervezet ingerállapotának emelkedése, milyen mértékben emeli annak védekezőképességét, anélkül, hogy azt kimerítené.

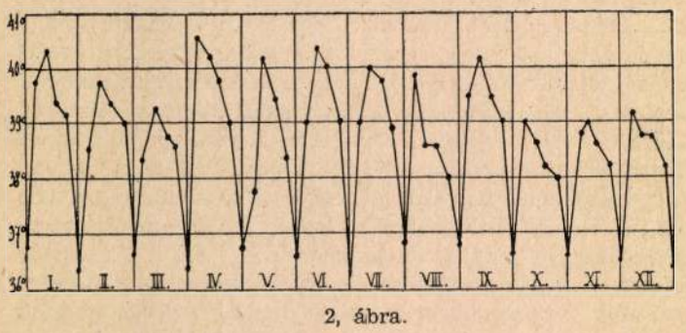
Tekintettel arra, hogy gyógyító eljárás kipróbálásáról van szó, nem igazodtunk az egyénekhez, hanem tekintet nélkül a betegek korára, betegségük kezdeti vagy előrehaladott állapotára, a felvétel sorrendjében 10 dementia paralyticában szenvedő beteg gyógyítására alkalmaztuk a pyragót. Bár a befecskendezett anyag mennyisége, az injectiók időköze tetszésünk s a beteg állapota szerint változtatható, mi az előírásban megadott sorrendben és mindig a teljes adagot adtuk, pontosan másodnaponként. Az orvoslást mindegyik esetben akadálytalanul tudtuk folytatni és befejezni. Betegeink közül a legfiatalabb 33, a legidősebb 49 éves volt. Három beteg életkora 40 éven aluli, hét betegé pedig 40 éven felüli volt. Hogy lehetőség

szerint kikerüljük a gyomor toxikus tüneteit (hányás), az injectiókat reggel 9 órakor éhgyomorra adtuk s a beteg csak később kapott könnyű (kávé) reggelit. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy az ampullák tartalmát használat előtt jól fel kell rázni, különben a hatóanyag egy része — suspensio lévén — fölszíváskor az ampulla fenekén maradhat. Az intravenás befecskendést minden esetben 45—60 perc mulva hidegrázás követte. A hidegrázás időtartama 15 és 60 perc között mozgott, a leghosszabb egyfolytában 80 perces volt. Néha a hidegrázás rövid szünet után ismétlődött. Az ismétlődések leghosszabb összes ideje 166 percet tett ki. Mindig hónaljban mértük a lázat, a legnagyobb hőmérséklet 2.68%-ban 1 óra, 15.47%-ban 2 óra, 44.04%-ban 3 óra, 26.19%-ban 4 óra 1.07%-ban 5 óra, 0.8 %-ban 6 óra mulva következett be a 120 láz-



1. ábra.

emelkedést véve alapul. A hőmérséklet mindig kritikusan emelkedett és kritikusan süllyedt, bár a hőemelkedés sokkal rövidebb ideig (egy óra) tartott, mint a hőmérséklet-süllyedés, mely néha öt-hat óráig is elnyulott. A teljes adaggal majdnem mindig sikerült elérni legalább a 38°-os hőmérsékletet, a legmagasabb hőmérséklet 40.6° volt. Az 1. sz. ábra azt a két görbét tünteti fel, melyet úgy nyertünk, hogy a 10 beteg teljes lázmenetének hőmérséklet-maximumait egymásra vetítettük s a legalacsonyabb, illetve a legmagasabb pontokat összekötöttük, így olyan sáv keletkezett, melyen belül találhatók a pyragóval előidézett legmagasabb hőmérsékletek. A római számjegyek

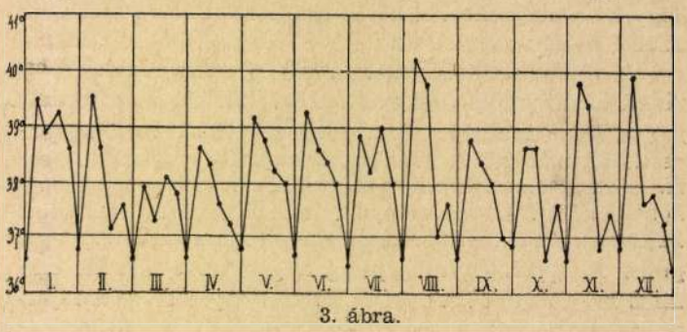


2, ábra.

valamennyi ábrán az injectiók sorszámát jelzik, nem pedig a napok számát.

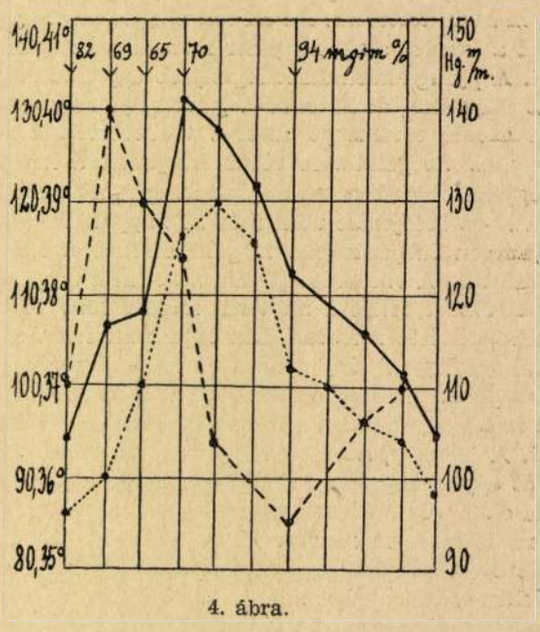
A pyragóval mindig sikerült gyors és elég nagy (38°-on felüli) lázas reactiót előidézni; eredménytelen egy sem volt. Tájékozódás szempontjából a 2. sz. ábrában bemutatjuk a teljes pyrago-sorozat typusos lázmenetét. Az ábrát egyszerűsítés okából úgy készítettük, hogy a láztalan napokat kihagytuk.

Igen érdekes, hogy a lázsüllyedés egyes egyéneken sorozatosan, máskor szórványosan nem mutatta a szabályos kritikus hőmérséklet csökkenést, hanem kisebb lázutóhullámot tapasztaltunk. A 120 lázgörbe közül 38 mutatott a láz esése közben utóhullámot, még pedig három betegen 24 utóhullámot észleltünk, a többi 14 utóhullám pedig egyenként és betegenként elszórva mutatkozott. A 3. sz. ábrában bemutatunk egy utóhullámokban bővelkedő atypikus sorozatot. A láztalan napokat itt is elhagytuk.



3. ábra.

A hőmérséklet, a vérnyomás és az érverés számának egymásközötti viszonyait a 4. ábra érzékíti, ugyanitt jegyezzük be az óránkénti vércukor értékeket. Mint más lázban, úgy itt is szabályszerű párhuzamos pulsus-szaporodást tapasztaltunk, a vérnyomás növekedése megelőzi a hőmérséklet emelkedését, a vérnyomás csökkenése viszont sokkal gyorsabb, mint a hőmérséklet esése. Az óránkénti vércukor értékek változása kóros értékeket nem mutat, az injectio előtti magassághoz viszonyítva a hőemelkedés alatt kismértékben süllyed, viszont a láz csökkenése alatt élénkebben emelkedik. Az ábrán a kihúzott vonal a lázgörbe, a szaggatott a vérnyomásgörbe, a pontozott az érverésgörbe. Az első vércukorérték a befecskendezés előttre, a többi a hatás 1., 2., 3. és 6. órájára vonatkozik.



4. ábra.

Hat beteg kezelése alatt pontos vércukorvizsgálatokat végeztünk. A vércukor meghatározásokat a m. kir. Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának laboratoriuma volt szives elvégezni *Hagedorn—Jensen* szerint. Vizsgálat céljából a kezelések előtt vettünk vért, azután minden egyes befecskendést követő pihenő napon, végül a kezelés befejezése után 5 és 10 nappal, minden esetben természetesen éhgyomorra. Az eredmények azt mutatták, hogy a vércukor a lázas napok után sem emelkedett a rendes érték (115—120 mgr%) felső határa fölé. A 80 vércukor eredmény közül egyetlen beteg utolsó 6 lázas rohama után nyertünk 120—140% közötti kisfoku emelkedést, a többi esetben ezt az értéket sem értük el, hanem a II. és VI. lázemelkedés között mutatkoztak csak szórvá-

nyosan kisebb (115—125%) vércukorértékingadozások. Ebből következtetjük tehát, hogy a lázas reactiók egyszer sem vették igénybe a kezeltek szervezetét annyira, hogy az a súlyosabb, a kóros határ fölött lévő vércukor emelkedéssel válaszolt volna.

A vörösvérsejtsüllyedés (vvss) gyorsaságának változásait is vizsgálat tárgyává tettük. Mindig az injectiót, illetve lázas rohamot követő napon vettünk vért, ugyancsak éhgyomorra. A vvss. gyorsaságának meghatározására az egycsöves rendszert használtuk *Westergreen-Haselhorst* szerint. Az eredményt 1 óra mulva, 2 óra mulva és 24 ora mulva olvastuk le. A lázkezelés alatt a vvss. lényegesen meggyorsult, még pedig a gyorsulás már az első lázas roham után beállott és minden egyes további injectioval fokozodott. A gyorsulás irama az 5. és 6. befecskendezések után kisse meglassult, de a 7. injectio után ismet ronamosan nőtt. A legmagasabb eredmenyeket a 7. és 10. lázrohamok után észleltük. A kezelés befejezése után 5, 10 és 15 nap mulva is még fokozódott volt a vvss. gyorsasága s csak azután jutott lassan nyugalmi állapotba. Hasonló eredményeket nyertek *Mönch* és *Müller* a pyrifer lázak után s különösen *Mönch* hangsúlyozza, hogy a kezelés után még hosszabb ideig is fennálló vvss. gyorsulás mutatja a szervezet alapos átalakulását. *Mönch* a vvss. vizsgalatát különben a lázkeltő gyógyítás megkezdése előtt is tanácsolja s ha az mar akkor meggyorsult, ugy a kezelesben óvatosságot ajánl.

A pyrago kezelés alatt a betegek erőbeli állapota a nagy lázak ellenere alig romlott. A betegek étkezése semmiben sem különbözött a többi, nem kezelt betegeketől. Csak az injectiós napokon feküdtek, a pihenő másnapot ágyon kivül töltötték. Az erőbeli állapot megfigyelése céljából a kezelés alatt négyszer mértük a betegek testsulyát. A pyrago-kúra alatt legfeljebb egy kiló súlycsökkenést észleltünk, de három beteg testsúlya még gyarapodott is. Hasonló eredményt adott a vörösvérsejtek számának sorozatos vizsgálata. A vörösvérsejteket a kezelés előtt, az egyes lázemelkedések elején és végén, a pihenő napokon és a kúra befejezése után 5 és 10 nappal megszámoltuk, ugyanezen időpontokban megállapítottuk a haemoglobin mutatót is. A vörösvérsejtszám sehol sem fogyott fél milliónál többet, tehát 4 milliónál mindig több volt és meg sem közelítette a malariában tapasztalt néha súlyos vörösvérsejtfogyást, hol néha a vörösvérsejtszám kétmillióra csappan. A haemoglobinindex általában csak 5—10%-kal csökkent, egy esetben a csökkenés kivételesen 15%-os volt. A testsúly, a vörösvérsejtszám és haemoglobinindex tehát egybehangzóan mutatja azt, hogy a pyrago-kezelés nem okoz súlyosabb szegényvérűséget s a lázak a vérképző rendszert nem merítik ki. A fehérvérsejtek számlálása, melyet szintén ugyanilyen rendszeresen végeztünk, érdekes eredményeket adott. Az injectio után csaknem mindig erős leukocytosis támadt. Egy-két esetben azonban a hatás kezdetén — a pepton shok-hoz hasonlóan — a fehérvérsejtek megfogyatkoztak (hasonló megfigyelései vannak pyrifer injectiók után *Schulz-* és *Reznikoff*-nak), de ez az állapot a lázas reactio későbbi szakában leukocyta szaporodásba csapott át. Az előbbi kivételes leukopeniás reactio azonban csak a sorozat első injectiói után jelentkezett, a sorozat későbbi befecskendezéseire a szervezet már szabályszerü leukocytosissal válaszol. A lázemelkedések előtt, alatt és után a *Schilling—Torgau* vérképet is megvizsgáltuk. A minőségi vérkép hasonlóan alakult, mint a fertőzőbetegségek alatt *(Hoff* és *Neuburger* pyrifer-kezelés után is ugyanezt tapasztalták), bár a *Schilling*-törvény három szakasza (a neutrophil küzdelmi szak, a monocytás védelmi szak és a lymphocytás győzelmi szak) csak ritkán volt végig követhető, mert az ujabb injectiók a védelmi, illetve a győzelmi szak bekövetkezése előtt adattak. A lázas reactio végefelé a küzdelmi szak jellemzőit észleltük a minőségi vérképben is, az eosinophil sejtek hiányát, a neutrophiliát mageltolódással és a lymphopeniát. Ezen utóbbi jelenség még akkor is mutatkozott a láz tetőfokán, ha a betegnek a befecskendések előtt tetemes lymphocytosisa volt.

A betegek veseműködését állandóan ellenőriztük, a vizeletet sorozatosan vizsgaltuk, fehérje, cukor vagy geny, az üledékben ártalmas alakelemek egyszer sem voltak kimutathatók. Hasmenést, sárgaságot, melyek a malariának elég gyakori kisérői, vagy más olyan tünetet, mely az emésztőszervek súlyosabb bántalmát mutatta volna, nem észleltünk. Kezelésünk alatt lépmegnagyobbodást kimutatnunk egyik esetben sem sikerült. Öt esetben prophylactikusan camphor-készítményt adtunk, az esetek másik felében semmiféle kardiotonicumot nem adagoltunk, a szív részéről sem az egyik, sem a másik csoportban soha semmiféle zavart (collapsus) nem észleltünk. Ajánlatosnak tartjuk, hogy a kezelés alatt a szív állapotát folyton ellenőrizzük s kétes esetekben feltétlenül kell szívtámogató orvosságokat adni.

A kezelést kisérő kellemetlen melléktünetek közül, mint a legállandóbbat, a hidegrázást említjük meg legelőször, mely minden esetben megelőzte a lázrohamot. Hangsúlyozzuk azonban, hogy ez a subjective kellemetlen mellékjelenség nem kerülhető el, mert ez minden gyors és jelentékeny láznak megszokott kisérője. Elég gyakran láttunk ajaksömört (6 esetben). A sömör néha a kivirágzást követő injectiók után még nagyobbodott, de a kezelés végére mindig nyom nélkül meggyógyult. Két betegünk erős fej-, derék- és lábfájásról panaszkodott, ezeknek azonban már a kezelés előtt is voltak ilyen fájdalmai, csak éppen enyhébbek. 10 betegünk 120 lázas állapotát hat alkalommal kisérte hányás (egy beteg egyszer, egy pedig ötször hányt), 7 esetben pedig pusztán hányásinger jelentkezett. A hányás egyik esetben sem volt olyan súlyos, hogy a kezelés folytatását késleltette volna, vagy megszakítását tette volna szükségessé.

A pyrago előnyeként említjük meg azt, hogy segítségével kikerülhetjük azokat a nehézségeket, melyek a malaria egyik egyénről a másikra átoltása alkalmával jelentkeznek. Az adó vér conserválása, esetleg távolabbra szállitása sokszor majdnem lehetetlen, felhasználása pedig a malaria plasmodiumok gyors elhalása miatt, csak rövid időre (2 nap) terjedhet. Különösen a kisebb kórházakban tapasztalhatók a malaria továbboltás akadályai, a malaria törzs megtartására alkalmas beteg hiánya miatt, máskor meg a malariás rohamok váratlan és akaratlan abbamaradása zavarja meg a rendszeres továbboltást. A mindig készen lévő pyrago érbeli adagolása semmiféle nehézséggel nem jár; megjegyezzük azt is, hogy paravenásan adva sem okoz semmi bajt. Néha a malaria után nem kapunk lázas reactiót (malaria resistentia), néha pedig csak parenteralisan adott fehérjével válthatjuk ki a lázas rohamot. A pyrago lázokozó hatása mindig biztos. Szükség esetén a malaria-kúra megismétlése, a reinfectio sikertelensége miatt, tapasztalat szerint sokszor nem eredményes. A pyrago-kezelés tetszés szerint mindig kényelmesen megismételhető. Bár a pyrago ambulans adását nem ajánlhatjuk, ott ahol az orvosi felügyelet, a gondos és szakértő ápolás biztosítva van, kivételesen — ellentétben a malariával — megengedhető. A pyrago segítségével a lázak jelentkezésének ideje és nagysága, az adagok egyéni megszabása folytán, az orvos akaratától függ, míg a malaria-fertőzés után a lázrohamok menetét szabályozni nem tudjuk, a lázemelkedések megjelenésének időpontja és tartama bizonytalan. A typusos tertiana malaria szabály-

szerű 3 napos jelentkezése is gyakran szabálytalanul váltakozik 4 napos szakaszokkal, máskor a lázak rendszerint előbb vagy utóbb jelentkeznek. A malariát kellemetlen és váratlan melléktünetek jelentkezésekor azonnal nem fejezhetjük be, míg a pyrago befecskendezését bármikor abbahagyhatjuk. Nem utolsó sorban fontos, hogy a pyragokezelés rövidebb, mert a malaria lappangási ideje, mely amúgy is nagyon ingadozó (5—7 nap, a legszélső határ 50 nap), elmarad. A malariás kezelés befejezése után még chinin-napok következnek, a pyrago-kúra ezzel is rövidebb. A pyrago időnyerése így szűken számítva 10 nap, ez pedig sem az ápolási díj szempontjából, sem a kórházi osztály ágyfoglalása tekintetében nem közömbös. A pyragokezelés közben szükség esetén salvarsan is adható, míg a malaria plasmodiumokat az arsenobenzol készítmények megölik.

Tudjuk, hogy a malariás gyógykezelést a pyrago mindig nem fogja helyettesíthetni, észlelésünk közreadásával csak azt akarjuk elismerni, hogy a Certa laboratorium pyragoja alkalmas a lázzal gyógyításra és rendelkezik azokkal a tulajdonságokkal, melyeket jó lázkeltő szertől megkövetelhetünk, vagyis 1. elég nagy lázas reactiókat okoz, 2. jól és egyéni módon adagolható, 3. hatása biztos és nem okoz kellemetlen melléktüneteket, 4. a kezelés időtartama nem túlhosszú. A gyógyeredményekről a dolog természeténél fogva csak hosszabb idő mulva és sokkalta nagyobb számú kezelés után számolhatunk majd be.

Irodalom: *Buchmüller J.:* Gyógyászat, 1932. 45. — *V. Szecsödy I.:* O. H. 1932. 27. július 9. — *L. Ziegelroth:* Zbl. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 72. k. 7—8. f.

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

A hasüregben visszamaradt daganatos here csavarodása.

Irta: *Jósa László dr.*, tanársegéd.

A here leszállásának elmaradása igen gyakori rendellenesség. Tudjuk, hogy a herék a rendes fejlődés során is az utolsó magzati hónapban kerülnek a herezacskóba, ezért nem meglepő dolog, hogy a rejtettheréjűséggel született gyermekek jórészének a heréje utóbb mégis a herezacskóba jut. Ez megtörténhetik a későbbi években is. *Mac Cutcheon* nagyobb beteganyag sorsát kisérte figyelemmel és azt találta, hogy a rejtettheréjű gyermekek 80%-ában életük 16.-ik évének betöltése előtt megtörtént a herék leszállása. Éppen ezért nehéz ennek a fejlődési rendellenességnek a gyakoriságát megállapítani, mert a vizsgálatok eredményének nagy a különbsége aszerint, hogy kisebb vagy nagyobb gyermekeket, felnőtteket, vagy vegyes anyagot vizsgáltak-e át. Felnőtteken általában 0.1—0.5%-ra tehető a rejtettheréjűség. Klinikánk 12 évi anyagában 0.33%-kal szerepel.

A hereleszállás elmaradásának okát méhenbelőli hegesedésekben, a lágyékcsatorna szűk voltában, a gubernaculum Hunteri hiányában keresik. Ilyen elváltozásokat az egyes esetekben mégis aligha lehet megállapítani. Műtéti leleteink nem tesznek említést hegesedésekről, vagy olyan szűk lágyékcsatornákról, amelyeken a here könnyen át nem fért volna. Némelyek a processus vaginalis peritonei túlságosan korai elzáródását okolják, de ennek ellene szól az a tapasztalat, hogy a rejtettheréjűség különösen gyakran jár együtt veleszületett lágyéksérvvel, legtöbb szerző szerint 80—95%-ban. Valószínű, hogy a hereleszállás elsőleges csirahiba miatt marad el, amit az is bizonyít, hogy gyakran fordul elő egyéb fejlődési rendellenességek társaságában. *Aromowitsch* pl. különösen nagy számban észlelte gyengeelméjű gyermekek intézeteiben.

Amilyen gyakori a rejtettheréjűség, aránylag olyan ritka a le nem szállt here csavarodása. *Alipov* ugyan kifejezi azt a gyanuját, hogy a herecsavarodások mégsem olyan ritkák, mint azt a közölt esetek számából — kb. 300 — hinni lehetne. Azt gondolja, hogy sok rejtélyes eredetű heregyulladás és mellékheregyulladás mögött csavarodás rejtőzik, különösen gyermekkorban, amelyek esetleg enyhébbfokúak és talán maguktól visszacsavarodnak. Valóban észleltek önként oldódó csavarodásokat, valamint szokványos csavarodásokat is *(Guilleminet, Dowden)*. Bizonyára előfordult, hogy a betegek maguk is helyre tudták igazítani csavarodott heréjüket.

A csavarodás rendszerint gyermek- és ifjúkorban történik, de látták már csecsemőn *(Feldstein)* és aggastyánon is. A csavarodás foka nincs arányban a panaszokkal és a here szövetében okozott kártétellel. Észleltek 180°-nál kisebb és négyszer 360°-os csavarodást is. Az önkéntes visszacsavarodás esélye akkor legcsekélyebb, ha azt szomszédos szervek odafekvése akadályozza. Ezért leggyakoribb a lágyékcsatornában maradt here csavarodása, ritkább a herezacskóban helyet foglaló heréé és legritkább a hasüregben visszamaradt heréé.

A hasüregben történt herecsavarodások ismertetett eseteit *Wallenstein* összegyüjtötte és táblázatba foglalta. Táblázatát három további és egy klinikánkon operált esettel kiegészítve közlöm.

Saját esetünk adatai a következők:

23 éves kovácslegényt hoztak a klinikára, aki elmondotta, hogy régóta érez időnként fájdalmakat hasa bal oldalán. Emiatt munkáját is nehezen tudja folytatni. Három hete munkaközben hirtelen olyan heves nyilaló fájdalmai támadtak, hogy ágyba kellett feküdnie és orvost hivatnia. Injectiót kapott, amitől jobban lett ugyan, de fájdalmai nem multak el egészen. Azóta hol fent járt, hol feküdt. Széke napokra elakadt, szelek is nehezen távoztak. Hasi fájdalmai időnkint heves hasgörccsé fokozódtak. Hashajtókra 4—5 naponként mégis volt széke, ilyenkor jobban lett. Jelenleg 5 napja szenved székrekedésben és igen rosszul érzi magát. Orvosa idősült bélelzáródással küldte be a klinikára.

A foglalkozásához képest feltünően satnya beteg láztalan, érverése percenként 80. Nyelve nedves, tiszta. Hasa puffadt, érzékeny. Izomvédekezés, bélmerevedés, loccsanás, szabad hasüri folyadék nem volt kimutatható. A nyomási fájdalmasság legélénkebb volt a bal csipőtányér felett. A Douglas-üreget puha, rugalmas, érzékeny képlet töltötte ki. A herezacskóban csak a jobboldali here foglal helyet. Szervezetében egyéb kóros elváltozást nem találtunk. Vizelete rendellenes alkatrészt nem tartalmazott.

A beöntés kevés széket és szeleket eredményezett. Másnap ismét volt széke hashajtásra, de hasa térfogata alig kisebbedett meg. A következő nopokon időnkint görcsös hasi fájdalmak lepték meg, de hashajtásra vagy beöntésre mindig megkönnyebbedett. Székletében sohasem voltak kóros elemek.

Eleinte gümős hashártyagyulladásra gondoltunk és azt hittük, hogy összenövések zavarják a belek átjárhatóságát. A 6-ik napon különösen heves fájdalmakról panaszkodott és lázas lett a beteg; a fehérvérsejtek száma 17.500-ra emelkedett, lymphocytosis nélkül. A Douglas-üreg fájdalmassá vált. A napokon át észlelt, mindig baloldalt kezdődő hasi görcsök, a baloldali kryptorchismus, a Douglas-üregben tapintható ellenállás és a legujabban jelentkező lobos tünetek miatt a hasban visszamaradt

here csavarodására kellett gondolnunk. Ezzel a kórismével a betegen műtétet végeztünk.

Aethylchlorid-aether-altatásban alsó középső hasmetszéssel nyitottuk meg a hasüreget. Azonnal szembetünt a kismedencét majdnem kitöltő kékesfekete, kerekded tömlős daganat. A kismedencéből kiemelve kiderült, hogy a daganat a baloldali belső lágyékgyűrű tájékán rögzített nyélen függ. A kötegekből álló nyél az ondózsinórnak, a daganat a herének felelt meg. Az ondózsinór képletei egymás mellett spirálisan csavarodva futottak. A csavarodás jobbra történt és kétszer 360°-nak felelt meg. Az ondózsinórt a belső lágyékgyűrű közelében átmetszettük és a daganatot eltávolítottuk. A sebgyógyulás zavartalan volt.

Az ökölnyi daganatot felmetszve vékony, simafalú tömlőfalat, benne véres savót és szintén simafelszínű, kacsatojás-nagyságú herét találtunk. A szöveti vizsgálatot *Orsós Ferenc* prof. végezte. A lelet szerint a herének megfelelő daganatot sima kötőszöveti tok veszi körül, mely tágult erektől és vérzésektől áthatott, de egyébként heretoknak megfelelő szerkezetű. A here parenchymája helyét elfoglaló daganatszövet csaknem mindenütt elhalt. Teljesen ép terület sehol sem található, mert a sejtmagvakon úgyszólván mindenütt szétesés nyomai láthatók és a degenerált sejtek közt szétesőfélben lévő vörösvértestecsek és formalinpigment foglal helyet. A daganatszövet általában kötőszövetben szegény. A nagyobb ereket bezáró és gyéren szétoszló kötőszövet általában a here nagyobb interstitialis septumainak felel meg. A stroma tág közeit tágult véredényeken kivül csaknem kizárólag daganatsejtek töltik meg. Utóbbiak aránylag nagyok, polygonálisak. Interstitialis szövet köztük csak alig van. A septumok általában pusztultak, gömbsejtekkel mérsékelten áthatottak. A daganatsejtek magvai feltünően nagyok, gömbölyűek, egy-két nucleuson kivül apró egyenletes, gömbölyded chromatinrögöket tartalmaznak. A dagatatsejtek protoplasmájában sok helyen acidophil rögök fedezhetők fel, különösen ott, ahol a sejtközökben széteső vörösvértestecsek fekszenek. E körülmény megnehezíti a plasmába zárt rögök közelebbi meghatározását. Gyéren szétszórva, különösen a nagyobb septumokkal összefüggésben egyes herecsövek is találhatók. Ezek kötőszövetes fala tetemesen megvastagodott és hyalinos. Lumenüket pedig zsugorodott és pyknotikus herecsatornasejtek töltik ki. Több herecsatorna rétegzetes concrementumokat, mikrolithot tartalmaz. Olyan herecsatorna, mely daganatsejteket tartalmazna és ezektől fel lenne duzzasztva, sehol sem találtunk. Az utóbbi körülményből arra következtethetni, hogy a daganat valószínüleg az interstitiumsejtek burjánzása folytán keletkezett.

A táblázatból látható, hogy az esetek többségében csak a műtét alkalmával tisztázták a kórismét. A betegség ritkaságán kivül ennek az az oka, hogy a bélelzáródásnak és heveny hasi gyulladásnak bizonytalanul kevert, de súlyos tünetei elterelik a figyelmet az üres herezacskófélről. Az is előfordult, hogy a kryptorchismus miatt felvetődött a hasi herecsavarodás gondolata, de azt elvetették a féregnyulványgyulladás nagyobb valószínűsége miatt. Ismeretes, hogy csavarodott lágyékhere esetén is gyakran nézik a látható és tapintható duzzanatot kizáródott lágyéksérvnek.

12 eset közül hétszer daganatosan elfajult hasi here csavarodott meg. Ezért nem érthetek egyet *Polák*-kal, aki minden lágyékherét operálandónak tart a szövődmények lehetősége miatt, de a hasi heréket meghagyja. Ha az ő radicalis álláspontját elfogadnók, nem szabad különbséget tenni hasi és lágyékherék között. Szövődményeknek (trauma, gyulladás, csavarodás, daganatos elfajulás) a traumákat kivéve a hasi here éppen úgy ki van téve, mint a lágyékhere, sőt tudjuk, hogy a hasi herék gyakrabban válnak rosszindulatú burjánzások kiindulóhelyévé, mint a herezacskóban, vagy a lágyékcsatornában lévő herék. *Key* esetében mindkétoldali hasi here sarkomás volt.

A hasüregben visszamaradt here csavarodásainak esetei

Szerző	Közlés éve	Beteg kora	Oldal	Tünetek	Mióta beteg	Műtét előtti kórisme	Műtéti lelet
1. *Gerster*	1897	21	jobb	fájdalom, hányás, láz	3 nap	le nem szállt beteg here	rosszindulatú heredaganat, nyelén csomó
2. *Stiles*	1905	39	jobb	heves fájdalom	3 nap	hasi csavarodás	csavarodott heresarkoma
3. *Leconte*	1907	28	jobb	fájdalom, hányinger, láz	10 nap	féregnyulványgyulladás	csavarodott heresarkoma
4. *Howard*	1907	15	jobb	fájdalom, hányás, rosszullét	2 nap	?	herecsavarodás
5. *Key*	1914	25	kétoldali	fájdalom, hashártyagyulladás	2 nap	féregnyulványgyulladás	csavarodott heresarkoma mindkétoldalt
6. *Cupler*	1915	felnőtt	jobb	fájdalom, hányás, láz, leukocytosis	hirtelen	féregnyulványgyulladás, vagy csavarodás	csavarodott üszkös here
7. *Ormond*	1923	42	jobb	fájdalom	2 nap	heveny féregnyulványgyulladás v. heresérülés	csavarodás és idősült féregnyulványgyulladás
8. *Pearlman*	1923	18	bal	jobboldali fájdalom		heveny féregnyulványgyulladás	rosszindulatú heredaganat, nyelén csomó
9. *Birukov*	1928	14	bal	fájdalom	hetek óta	?	csavarodott hasi here
10. *Wallenstein*	1929	33	bal	fájdalom, hányinger hányás		hasi herecsavarodás	csavarodott hasi here
11. *Jonsson*	1933	27	jobb	fájdalom, bélelzáródás tünetei		bélelzáródás	csavarodott hasi rákos here
12. *Jósa*	1935	23	bal	fájdalom, székrekedés	3 hét	hasi herecsavarodás	csavarodott heresarkoma

A csavarodott herét magát a legritkább esetben lehet megmenteni akkor is, ha nem fajult el daganatosan. Eltekintve attól, hogy hasi herét amúgy is nehéz a herezacskóba lehozni, a csavarodás igen hamar tönkreteszi a here szövetét. A here életképességének sokkal kevésbbé árt a csavarodás foka, mint időtartama. A here megtartását csak akkor lehet megkisérelni, ha a csavarodás néhány óránál nem régibb.

Néhány szót kell szólnom végül a csavarodás létrejöttéről. Ennek mechanismusát több elmélet magyarázza. *Payr* kisérletekkel mutatta ki, hogy a csavarodó szervek nyelének a visszerei pangás esetén megnyúlnak, a verőér körül tekeredne és a szerveket csavarodásra indítják. Természetesen ez csak akkor történhetik meg, ha az illető szerv tömege nem túlságosan nagy, ez a mechanismus már ezért sem lehet általános érvényű. *Sellheim* sokkal hatékonyabb tényezőnek tartja a csavarodások létrejöttében a test mozgásait. Legtöbb csavarodás valóban járás, vagy munkavégzés, egyszóval mozgás közben keletkezik, ilyenkor okozza a betegnek az első fájdalmakat. *Sellheim* szerint a csavarodás föltétele, hogy a szerv forgásra alkalmas, „drehreif" legyen, ezen azt kell érteni, hogy a szervet környezete ne nagyon akadályozza mozgásában és rögzítési pontja körül elfordulhasson. Az ilyen csavarodásra kész szerv a test bizonyos mozgásait kissé késve követi, vagy a már átvett mozgást késve hagyja abba. Forgó, vagy lökő testmozdulatok esetén akkor is létrejön a csavarodás, ha a mozdulatok nem is hevesek, vagy nem is írnak le nagy körívet. *Tenckhoff* rámutatott arra, hogy a test járás közben apró forgó mozgásokat végez hossztengelye körül, amelyek jobb- és balfelé váltakozó rhythmusúak és egymást kiegyenlítik. Ha a csavarodható szerv egészen, vagy tömegének nagyobb részével a középsiktól valamelyik oldal felé helyezkedik el, ez a kiegyenlítés az előbb említett tehetetlenség miatt a szervre vonatkozóan nem történik meg és az csavarodni kezd. *Küstner* megfigyelése ezzel az elmélettel összhangban van. *Küstner* a csavarodás irányára nézve azt a törvényszerűséget állapította meg, hogy baloldali szervek jobbfelé és jobboldaliak balfelé csavarodnak. A járáson kivül legtöbb munkavégzéskor, sportokban is hasonló, ütemes lökő-forgó mozgások szerepelnek. Valószínű, hogy azért csavarodnak meg túlnyomó számban a daganatosan elfjult hasi herék, mert tömegük megnagyobbodása miatt nyelük kivongálódik és tehetetlenségi momentumuk megnövekszik. Mindkét körülmény növeli a szerv forgókészségét.

Irodalom: *Alipov:* Zlo. Chir. 48. 636. — *Birukov:* Zlo. Chir. 49. 73. — *Daday:* O. H. 1925. 1146. — *Guilleminet:* Lyon chir. 26. 420. — *Jonsson:* Acta chir. scand. 1933. 73, 269. — *Tenckhoff:* D. Ztschr. Chir. 178. 224. — *Wallenstein:* Journ. of Urol, 21, 279.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 helyett 2.— P. *Krepuska István:* A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Bethesda nyilvános jellegű diakonissa kórház közleménye (rendelő főorvos: vitéz Kémeri Dezső.).

Adatok a pityriasis rosea kórokához.

Irta: *Kayserné Haspel Lujza dr.*

Mióta *Gibert* 1860-ban a pityriasis rosea kórképét leírta, azóta is nyilt kérdés: külső vagy belső ok hozza-e létre.

A pityriasis rosea gyógyítása különösebb gondot nem okoz. Néhány eset kivételével magától, vagy közömbös kenőcstől is meggyógyul. A therapia szempontjából tehát nem indokolt semmiféle radicalis műtét. A Bethesda-kórház sajátos körülményei azonban az ilyen esetekben végrehajtott műtéteket megmagyarázzák. A kórház diakonissa testvérei zárt testületet alkotnak s minthogy a tagok állandóak, életük minden szakasza ismeretes. Feltünő volt a testvérek előtt saját és az általuk a kórházban látott chronikus bőrbajok (ekzemák, rosaceák, acne vulgarisok, pyodermák stb.) eseteiben a góc kiirtása utáni gyors gyógyulás. Ezek után a testvérek, akiket rengeteg munkájukban minden betegség akadályoz, s így bajuktól minél hamarabb akarnak szabadulni, még olyan esetben is maguk kérik a góc kiirtását (természetesen, ha gondolni lehet arra, hogy a kérdéses betegséget góc tartja fenn), ha az gégészeti, vagy fogászati szempontból a mai álláspontok szerint nem is absolut javalatú.

Alább közölt betegeink eseteiben, különösen eleinte ezek a szempontok voltak azok, amelyek miatt gócokat kiirttattunk.

1. *G. M.* 27 éves diakonissa testvér. Közepesen fejlett, közepesen táplált, halvány, arcbőre rendkívül érzékeny, szappannal mosást évek óta nem tür. A belorvosi vizsgálat negatív. Tüdejében a röntgen-átvilágítás teriedelmesebb hilusokat mutat. Tonsillái nagyok, számos tüszőjükből folyékony geny préselhető ki. Állalatti mirigyek duzzadtak.

Egy hete törzsén kiütések keletkeztek, melyek aztán napok alatt egész testét elborították. Jelenleg a törzs egész területén, a felkaron és az alkaron, valamint a combon a a bőr élénkvörös, rajta egészen sürü jellegzetes pityriasis roseás plaqueok láthatók. A folvamat egész területe viszket. A tonsillektomia gégészeti szakvélemény szerint is indokolt A mütét utáni napon a bőrvörössége teljesen megszünt, a viszketés elmúlt s 4 nap alatt valamennyi plaque lehámlott. Helyi kezelés nem történt.

Feltünő volt, hogy a beteg arcának halványsága néhány hónap múlva teljesen elmúlt.

2. *D. M.* 22 éves diakonissa testvér, közép termetü, jólfejlett, jóltáplált. Gyermekkorában vörhenyt és diphtheriát állott ki, mandulagyulladása gyakran van. 5 évvel ezelőtt megállapított cukorbaja enyhe diaetával egyensúlyban tartható. A belorvosi negatív lelet ellenére a tüdőcsúcsok röntgen alatt fátyolozottnak mutatkoznak. A hilusokban elvétve 1—1 apró meszes gócárnyék. Hőemelkedés nincs. Tonsillái kicsinyek, rejtettek, a garativ mögül előhúzva, belőlük folyékony genny ürül. Állalatti mirigyek duzzadtak. A fogászati szakvélemény szerint 3 tályogos foga van.

Bőrbaja 3 hét óta tart. Közben gyakran mosakodott szappannal. Egész bőre élénkvörös, rajta mindenütt pityriasis roseas hámlások. Plaque mere nem ismerhető fel. Bőre nagyon viszket. Tályogos fogait eltávolittatjuk, bőrtünetei erre határozottan fokozódnak, helyenként ekzemásodás látható A viszketés időnkint türhetetlen. A foghúzás utáni 5. napon tonsillektomiát végeztünk, melyre a következő napon a bőrvörösség elhalványul, a viszketés megszünik. A rákövetkező 5. napra a bőr teljesen sima, a palqueok tökéletesen eltünek.

3. D. K. 22 éves asszony, torokgyulladása évenként 2—3 izben van. Különben teljesen egészséges. Mandulái rendkívül nagyok, belőlük csapok és geny préselhető. 7 szúvas foggyökere van, állalatti mirigyei jól tapinthatók. Bőrkiütése ezelőtt 2 héttel kezdődött törzsén és hirtelen ráterjedt egész testére. Ismeretlen kenőccsel kezelte, ami után még erősebben elterjedt, Jelenleg egész bőre, a nyaktól az alszárakig élénkpiros, palqueokkal borított. — mérsékelten viszket, — Külö-

nösen jelentékeny a bőrvörösség a combok belfelületén és az emlők alatt. Körülményei miatt gócirtások nem lehetségesek, ezért zinkpasztás kezelést rendelünk és intravénás calcium befecskendezéseket adagolunk. A következő 12 napban a folyamat egyre fokozódik, egészen dermatitis exfoliativaszerűségig, úgy, hogy a beteg mégis csak rászánja magát a radikális kezelésre. Először a mandula mütétet végeztetjük el, ami után 2×24 óra mulva a combok belfelületének kivételével, a bőrvörösség az egész testről eltünt. A többi területen a bőr hámlik. A mütét utáni 5. napon a foggyökereket is eltávolitjuk. Ezekután 3 nap mulva gyógyultan távozik.

4. *B. B.* 35 éves gyári munkás, jól fejlett, jól táplált, Gyermekkora óta állandóan torokfájós, A belorvosi vizsgálat elváltozást nem talál. Manduláí heveny gyulladásban vannak belölük geny sajtolható ki, Fogai közül csak 6 van még meg, ezek közül 2 tályogos, a többin gyökhártyamegvastagdás van, Jelentkezésekor hátán, a bal lapocka alatt és tőle jobbra-balra három 5 pengősnyi plaque-mère szerü hámló pityriasis roseás kiütés, amely 4—5 napos, enyhén hámlik és kicsit viszket. Minthogy a betegnek pár hete gégészeti vizsgálaton mütétet ajánlottak, most készségesen veti alá magát a tonsillektomiának. Mütét után már 24 órára a kiütések elhalványodtak s hámlásuk, viszketésük megszünt, 3 nap mulva teljesen gyógyultan bocsájtottuk ki. A beteg azonban 5 nap mulva ujra jelentkezik: mellén és derekán szétszórtan, apró, legfeljebb fillérnyi, sürü nagyon viszkető pityriasis roseás kiütések. Most a beteg tályogos fogainak eltávolitására került volna a sor, de minthogy ezek hidakat tartanak, nem akar tőlük megválni, A beteget helyileg kezeljük,

5. *S. F.* 23 éves asszony, jól fejlett, jól táplált. Torokgyulladása szórványosan van, Terhessége alatti pyelitise miatt a szülész félévvel ezelőtt torokgyógyászati lelet alapján — tonsillektomiát ajánlott. Belső baja nincs. Tonsilláiból, melyek közepesek, nem gyulladtak, — nyomásra geny ürül. Jelentkezésekor egész testén elszórva, apró pityriasis roseás kiütéseket találunk. Bőre élénkvörös és erősen viszket. Az elváltozás 3 napja keletkezett. Tonsillektomia után 48 órára a kiütés nyomtalanul eltünt,

6. *F. N.* 38 éves diakonissa testvér. Vérszegény, egyébként egészséges. Gyermekkorában gyakran volt torokgyulladása, azonban az utolsó 15 évben nem. Belorvosi lelet negativ Toroklelete: hypertrophisált mandulák, belölük geny nyomható ki, az állalatti mirigyek, a sternocleidomastoideus mentén olvasószemszerüen tapinthatók, Fogazata ép. Bőrbaját 3—4 nap óta észleli, A bal lapocka felett gyermektenyérni „plaque mère", körülötte sürübben, a törzs távolabbi részein pedig elvétve pityriasis roseás plaqueok. A tonsillektomiát a beteg kérelmére másnap elvégeztettük, A mütét utáni 3. napra a plaqueok lehámlóban vannak, a 8. napra az egész folyamat minden helyi orvoslás nélkül, nyomtalanul eltünt,

A fenti esetekből azt látjuk, hogy a góc kiirtása után a pityriasis roseás folyamatok sokszor úgyszólván 24 óra alatt, de legkésőbb 3—4 nap mulva minden helyi kezelés nélkül gyógyulásnak indulnak. Feltünő volt a hyperaemia hamaros eltünése és a gyors lehámlás.

A mi szempontunkból, akik elsősorban a klinikus szemszögéből akarjuk a kérdést vizsgálni, végeredményben teljesen közömbös az, hogy gomba, bakterium, vagy láthatatlan virus váltja-e ki a betegség tüneteit. Felfogásunk szerint eseteinkben a bőrjelenség csak az általános betegség részletjelensége, tehát nem önálló baj.

Önként felvetődik az a kérdés, miért nincs minden olyan embernek ekzemája, dyshydrosisa, vagy más bőrbetegsége, akinek pyogen góca van? Tudvalévő, hogy a szervezet minden physikai és vegyi ártalmat, tehát bakteriumot is igyekszik ellensúlyozni, megsemmisiteni. Ez olyan mértékben sikerülhet, hogy még a mai laboratoriumi eljárásainkkal nem tudunk kóros elváltozást kimutatni. Hogy az ilyen toxikus hatás alatt álló szervezet bőre érzékenyebb physikai és vegyi behatásokkal szemben, mint a normalis, vagy pedig a még normalissá kiegyensúlyozott, az könnyen elképzelhető. Valamilyen ok folytán azonban (öregedés, betegség) az egyensúly megbomlik és észlelhető tünetek jelentkeznek. Érdekes *Hazen* észlelése, aki felhívja a figyelmet a pityriasis roseánál infiltrált mandulákra. 150—200 betege közül csak egy betegnek nem volt tonsillája. Szerinte akinek nincs tonsillája, annak pityriasis roseája sincs, akinek van, azé feltélenül fertőzött. Igen nevezetes *Szabóky* megfigyelése, akinek bár abban az időben a gócok ilyen szerepéről még fogalma sem lehetett, mégis pityriasis roseás betegeinek 50%-ában előzményképen enyhe lázat, fejfájást, hidegrázást, torokfájást is leírt. *Ullmann* bizonyos időjárással, klimával, különféle betegséggel látja együtt, dishydrosis idiopathikával és seborrhoeával — ő is belső ok mellett foglal állást. Jerome *Kingsbury* adenopathiához látja társulni, apró hőemelkedésekkel, ami főleg gyermekkorban hasonló a kanyaróhoz (kitörés előtti hőemelkedés). *G. Lewin* a kitörés előtt 6 nappal enyhe lázat, álmatlanságot, étvágytalanságot, szóval általános tüneteket figyelt meg.

Igy tehát mi a pityriasis roseát is, mint valamely genyes góc activitásának jelét értelmezzük. Ha a pityriasis rosea eseteiben a szervezetben schysosacharomices *(Benedek)*, vagy bármilyen más parasita kimutatható volna, ez sem ellenkeznék felfogásunkkal és gyógyeredményeinknek sem mondana ellen, mert mint fentebb kifejtettük, a kóros elváltozás által befolyásolt bőr alkalmas táptalaj lehet bizonyos parasiták tenyésztésére.

Összefoglalás: 1. Pityriasis roseások szervezetében genygócokat találtunk.

2. Betegeink a gócok eltávolítása után a szokásos gyógytartam töredéke alatt meggyógyultak.

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

Tuberculotoxikus exanthema meningitises betegen.

Irta: *Móritz Dénes dr.*, tanársegéd.

Gümőkóros gyermekeken a bőr ismert tuberculotikus elváltozásai mellett jelentkezhet exanthema és erythema is, amelyekre különösen az utóbbi évek irodalma hívta fel a figyelmet. *Uffenheimer* ismertette először az ú. n. „korai" exanthemát, amely kanyaró- vagy rubeolaszerű kiütés alakjában jelentkezik és megjelenése a gyümőkór első szakára esik. *Kundratitz* megerősítette *Uffenheimer*nek ezen megfigyelését és egy nagyon tanulságos esettel bővítette idevágó ismereteinket; egyik esetében a korai exanthemával együtt erythema nodosum is jelentkezett, ami a 2 bőrjelenség közti hasonlóságra mutat. *Móritz* erythema exsudativum multiforméhoz hasonló bőreruptiót látott a tüdőben lévő friss primaer-complexummal egyidőben. Erythema és exanthema azonban a gümőkórnak nemcsak kezdeti szakában jelentkezhetik, hanem későbbi stadiumában is, amint azt *Halfer*nek 2 esete is mutatja, amikor újrafertőzés, valamint *Schick* esete, amikor meningitis tuberculosa kapcsán támadt exanthema. Minthogy az ilyenféle közlések az irodalomban meglehetősen szórványosan fordulnak elő, érdemesnek tartjuk következő esetünk ismertetését, annál is inkább, mert a halál után kimetszett exanthemás bőrterület szöveti vizsgálata fényt vet az exanthema kórszármazására is.

A M. 4 éves fiú, felvétetett máj. 8-án. Szülei egészségesek, 3 élő, egészséges gyermekük van. Rendes terhesség, rendes szülés.. Heveny fertőző betegsége nem volt. Egy hét óta lázas, aluszékony, fej- és hasifájdalmakról panaszkodik.

Gyengén fejlett és táplált; bőre halvány, *a has bőrén 3 gombostűfejnyi, halvány-rózsaszínü, roseola.* Mellkas arányos, légzésben mindkét fél egyformán vesz részt. Kopogtatási és hallgatózási eltérés nincs, rekesz jól mozog. Szívcsúcslökés, szívtompulat normalis, szívhangok tiszták. Pulsus ütemes, könnyen elnyomható, percenkint 108. Has puha, áttapintható, kissé érzékeny. Lép alsó pólusa homályosan

tapintható. Sensorium tiszta. Pupillák középtágak, jól reagálnak. Kifejezett tarkómerevség; Kernig-, Hainiss-tünet positiv. Has-, patella- és Achillesinreflexek jók. Vizelet normalis. Testsúly: 12.3 kg. Hőmérséklet 37.2 C°. Tuberkulinpróba positiv. Widal- és Bang-reactio negativ. Vörösvérsejtszám: 4,000.000. Hb: 0.90%. Fehérvérsejtszám: 18.600. Minőségi vérkép: fiatal alak: 4%; pálca: 0. Neutrophil 80%, monocyta: 1%, lymphocyta: 15%, basophil és eosinophil 0. *Röntgen:* Mindkét oldalt erősebb hilus életlenszélű mirigyekkel. Jobb oldalt lennt egy kis meszesedésben levő primaer góc. Szabad rekeszek. Lumbalpunctiókor a liquor nagy nyomással ürül. Pándy-próba positiv. Sejtszám: 129. Fehérje 1.5 pro mille. Cukor 5 mg%. Az üledékben főleg lymphocyták, elvétve 1—1 leukocyta. Koch-bacillus nem látható. *Kórjelzés:* Meningitis tuberculosa.

A has bőrén leírt exanthema, bár fokozatosan halványodik, a halál bekövetkeztéig látható. A boncolás a klinikai kórhatározást megerősíti. A halál után kimetszett exanthémás bőrterület szöveti lelete: *(Romhányi-Reichenbach dr.) A haematoxylin-eosin festésű metszetekben a papilláris test capilláris hálózatainak bővérűsége látható. Sejtes beszűrődésnek nyoma sincs. A hámréteg elváltozást nem mutat. Bakteriumfestés eredménytelen maradt.*

Amint a kórtörténetből kitünik, meningitis tuberculosa lefolyása alatt megjelenő exanthemáról van szó, amely gombostűfejnyi-lencsényi, halvány rózsaszínű, a typhusos roseolához hasonló bőreruptio alakjában jelentkezett. A hasonlóság a typusos roseolához oly nagy volt, hogy a beteg felvételekor, minthogy a lép is kissé tapintható volt, hasi hagymáz gyanúját keltette és csak a lumbalpunctio eredménye és a negativ Widal-próba döntötte el a diagnosist.

Ami a gümős gyermekeken mutatkozó exanthemának klinikai-morphologiai megjelenési alakját illeti, rendkivül polymorph, a legváltozatosabb klinikai képet mutathatja: egyszer kanyaró- vagy rubeolaszerű, máskor inkább vörhenyre vagy erythema exsudativum multiformére emlékeztető, vagy mint a mi esetünkben: typhusos roseolaszerű. Morphologiai képe egyáltalán nem jellegzetes és a gümőkórra nem pathognomikus, mert hasonló kiütést más okból is láthatunk. Esetünk szöveti vizsgálata azt mutatja, hogy az exanthema alapja sem specifikus gümős szövet, nincs sejtes beszűrődés, nincsenek emboliák, a bacillaris lelet is negativ. Egyetlen elváltozás a capillaris kacsok egyszerű vérbősége. Ez a szövettani lelet magyarázza azt a klinikai tényt, hogy mindezek a kiütések múlóak, ami a bacillaris eredetet és ezen jelenségeknek a bőrgümőkórhoz tartozását már eleve kizárja.

Oki szempontból ezen kiütés ép olyan allergiás reactiónak tekinthető, mint az erythema nodosum, amely legtöbbször akkor támad, amikor a gümős szervezet allergiája erősen megnövekszik. Igy magyarázható a korai exanthema is, amely akkor jelentkezik, amikor a friss fertőzésen átesett szervezet praeallergiás állapotból allergiás állapotba jut, vagyis amikor a szervezet tuberkulinérzékeny lesz. De támadhat reinfectiók kapcsán és egyéb körülmények között is, amikor a szervezet allergiája nagyobb ingadozásoknak van alávetve. Ami ezen exanthemának éppen meningitis tuberculosa kapcsán megjelenését illeti, egyesek összefüggésbe hozzák a szervezetnek antitestekben elszegényedésével, amely a hirtelen támadó toxicosisnak a következménye. Valószinübbnek látszik azonban, hogy a meningitis folyamán mutatkozó kiütés is allergiás reactiónak fogható fel, amely összefüggésben áll az allergiának a betegség lefolyása alatt létrejövő változásaival. Hogy a szervezet allergiás állapota gümős meningitis alatt nagy ingadozásoknak lehet alávetve, mutatja *Lukács*nak a következő megfigyelése is: meningitis tbc.-és betegen 2 nappal a Pirquet-próba után azt találta, hogy a reactio egyik óráról a másikra teljesen elhalványodott, csupán csak a körvonalai voltak egészen halványan kivehetők. Ez az elhalványodás 36 óra mulva megszünt, a reactio eredeti erősségét visszanyerte és a beteg haláláig meg is tartotta. Az allergiának ilyen nagyfokú ingadozása, allergiás reactiónak, exanthemának a jelentkezésére vezethet.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Nephrosis kezelése. *W. Ercklentz* és *K. Wotzka.* (Therapie der Gegenwart. 1935. dec.)

A nephrotikus albuminuriák létrejöttében a tubulusok játszák a főszerepet. Élesen el kell különíteni a nephrotikus albuminuriáktól az ú. n. menetelők fehérjevizelését, az orthotikus és vissza maradt fehérjevizelést (pl. glom. nephritis után).

A nephrotikus nagy albuminuriák három fajtáját különböztetjük meg *a)* lipoidnephrotikus, *b)* amyloidnephrotikus, *c)* pseudonephrotikus fehérjevizelést.

a) A lipoidnephrosis oka tbc., lues, fertőzőbetegségek. Főtünetei, a diffus oedema, nagyfokú fehérjevizelés és magas vércholesterin. A vérfehérjék a durván dispers globulinok irányban tolódnak el ez és a compensatió cholesterinaemia az oedema oka.

b) Amyloidnephrosis. Megjelenésre hasonló az előbbihez. Fontos diagnostikus jel a positiv congopróba.

c) Ugy a tubulusok, mint a glomerulusok megbetegedése folytán keletkezik. Különbség a genuin nephrosissal szemben az anamnesis, a vérnyomás emelkedés és ennek következményei a cardiovascularis rendszerre, a kóros szemfenék.

Therapia: sószegény, száraz diaeta. Epstein a genuin nephrosisban fehérjebő, sószegény diaetát ajánl. Diureticum közül salyrgan ammonium citricumos savanyitás, hugyan, $CaCl_2$, thyreoidea használatos a víztelenítésre. Lues esetén antilueses kura.

Külön helyet foglal a nephrosisok között a sublimatnephrosis, ahol a vesehámsejtek nekrosisa következik be; a nitrogen tartalmú anyagok felhalmozódása révén veseinsufficientiához és kifejezett valódi uraemiához vezet.

Therapia: gyomormosás, utána 10%-os magneziumsulfat per os. 500—600 ccm-es venapunctio 3—4 naponként, infusio, szőlőcukor i. v. *Moravitz* dioxyacetont mint reducáló anyagot ajánlja. *Leschke* kalorose oldat, *Hesse* natriumhyposulphitot ajánl. *Karányi* újabban 5 l. Riger-oldatot per os és naponként 350 ccm-es vérlebocsátást alkalmaz, *Porter* és **Simons** natrium bicarbonát oldat per os, beöntés és i. v. alkalmazásától láttak jó eredményt.

A decapsulatiót az anuriás szakban teljesen céltalannak tarják.

Rybak és *Stern* röntgenbesugárzást ajánlanak a decapsulatio helyett (2—2½ H. E. D. mindkét vesére).

A gyomor- és nyombélfekélyek kezelése histidinnel. *Tószöghy Aladár,* (Budapesti Orvosi Ujság 1936. 8. sz.).

5 fentjáró, 11 fekvő fekélyes betegnek a hazai gerulkin (Chinoin) histidinkészitményt adva a következő megfigyeléseket tették: A spontán fájdalom a 3—4., a nyomásérzékenység a 10—14. inj. után megszünt. Mind a 16 betegnek röntgennel kimutatott ulcusa volt. Az 5 fentjáró beteg közül teljes panaszmentesség folytán ellenőrzésre nem került kettő, röntgenologiailag gyógyult kettő (egyikben eltünt a duodenalis fekély és 2 hónappal a kezelés után gyomorfekély fejlődött ki), az ötödik esetben elhegesedett az ulcusfészek, de a beteg recidiva miatt mütétre került. A betegek akadálytalanul folytatták foglalkozásukat. — A 11 fekvőbeteg közül röntgenologiai gyógyulás 8, javulás 2 esetben állt be, az egyetlen beteg, akin röntgenologiailag javulás nem volt látható, szintén panaszmentessé lett. A gerulkin még intravenásan adva sem okoz mellékhatásokat. A histidintherapia, ha nem is teszi feleslegessé az eddig szokásos étrendi stb. kezelést, a *gyógyulást kétségtelenül sietteti és a kezelés időtartamát mearövidíti.* Gerulkin egyforma jól hatott gyomor- és vékonybélfekélyre.

Sebészet.

Paget-kór esete a csontok multiplex sarkomatosisával. Prof. *Kienböck* és *dr. Zelka.* Wien. (Bruns Beitr. 1935. 162. 2.).

Szerző az ú. n. multiplex skleromalatiának nevezett csontmegbetegedés egy atypusosan lefolyó esetéről számol be, ahol az elsődlegesen skleromalatiában megbetegedett

egyén a betegség folyamán másodlagosan keletkezett, semmi módon befolyásolhatónak nem bizonyult multiplex sarkomatosisnak esett áldozatul.

Szerző szerint jóval gyakoribb eset a röntgenkezelésre jól reagáló mész-mentes, periostalis vagy központi forma; ez hasonló megjelenésü az ú. n. Ewing-tumorokhoz.

Szerző által közölt esetben kétségtelenül fennálló skleromalatia mellett, a mellékelt röntgenfelvételeken jól szembetünő multiplex csonttumorok láthatók, melyek a csontállományon kivül helyezkednek el gyakorta úgy, hogy magát a csontállományt nem is laedálják, erösen elcsontosodottak; szerző szerint secundaer parostalis nagyfokban elcsontosodó sarkomaként fogható fel, számuk majdnem eléri a tucatot, s látszólag egymástól függetlenül fejlödtek ki. A belső szervekben s a csontokban számos különböző nagyságú metastas's volt kimutatható. *Puskás Jenő dr.*

Extraperitonealis urologiai beavatkozások kapcsán jelentkező súlyos gyomor bélvérzések ismertetése. *Walter Pollak.* Praga. (Bruns Beitr. 1935. 162. 2.)

Szerző behatóan ismertet 5 esetet, hol extraperitonealis urologiai szempontból történt beavatkozások gyomor-bélvérzéshez vezettek. A vérzések oktanát szerző részletesen közli. Azonkivül sectio alta kapcsán jelentkező 2 halálos lefolyású ileus esetéről beszámol. *Puskás Jenő dr.*

Szülészet.

A Visscher—Bowmann-féle terhességi reactióval szerzett tapasztalatok. *C. Dolff.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 49. sz.)

Visscher és *Bowmann* reactiója a terhesség alatt fokozott mértékben termelt, a vérben megszaporodott s részben a vizelettel kiválasztott hypophysis elülsölebeny hormon vegyi kimutatásán alapul. A reactio menete a következő: 1 ccm vizelethez 1 csepp 1%-os hydrogenhyperoxid, majd 5 csepp 1%-os phenylhydrazinhydrochlorid és 5 csepp 5%-os methylcyanid, végül 5 csepp tömény sósavoldatot adva a keveréket 25 percig forró vízfürdön hevítjük. Vörösbarna szin és pelyhes csapadék jelentkezése esetén a próba positiv, míg negativ reactio esetén a kémcső tartalma szalmasárga marad porszerü csapadékkal, vagy anélkül. *Dolff* e reactióval előrehaladottabb terhességek 96.08, korai terhességek 94.45, méhenkivüli terhességek és vetélések 81.82%-ában nyert positiv eredményt. A próba legnagyobb fogyatékossága az, hogy reductiós fehérjebomlástermékeket böven tartalmazó tömény vizelet (pl. lázas és frissen operált betegek vizelete) terhesség nélkül is többnyire positiv eredményt ad s ezért e gyors, egyszerü és olcsó reactio egyelőre nem pótolhatja a terhesség korai felismerésére használatos megbizhatóbb biologiai próbákat.

ifj. Mauks Károly dr.

A méhnyak nyálkahártyájának terhesség, szülés és gyermekágy alatti elváltozásairól. *E. Petrowa és A. Berkowskaja.* (Arch. f. Gyn. 159. 3.)

A terhesség különböző idejében, a szülés alatt és a gyermekágy folyamán eltávolított méhek nyaki nyálkahártyájának szövettani vizsgálatairól számolnak be. Terhességben — annak egész fennál'ása alatt — intensiv mirigyburjánzás található, melyet a mirigyhám erös hypersecretiója és a mirigyek tágulata kisér. Eseteik felében a cervix hámja többrétegü köbhámmá alakult. A stroma kis sejtes elemek infiltratiója folytán fiatalabb characternyert. A terhesség utolsó hónapjában, valamint mola hydatidosánál a fedő- és mirigyhám polymorphismust mutatott. — Szülés alatt a méhnyak nyálkahártyája leszakad és csak jelentéktelen vastagságú stromaréteg maradt vissza, s a szük mirigylumeneket olykor degenerált sejtekből álló halmazok töltik ki. — A gyermekágy 12. napjáig teljes regeneratio megy végbe, de eredeti vastagságát csak egy — másfél hónap mulva nyeri vissza a nyálkahártya, melyben fiatal kötőszöveti elemek, tágult véredények, továbbá leukocyta, lymphocyta és plasmasejt-felhalmozódások láthatók.

Hufnagl Kálmán dr.

Urologia.

A colibacillus tulajdonságának jelentősége pyelocystitisben a normalis mikroflora szerepéről szóló tan szemszögéből. *Peretz, Schapiro, Chomjenko és Ptochoff.* (Ztschr. r. Urol. Chir. 41. 4—5.)

Abból a tapasztalati tényből kiindulva, hogy coli cystopyelitisben az illető egyén rendesen valamilyen vastagbél bántalomban szenved (colitis, obstipatio stb.), vizsgálat tárgyává tették, egészséges és pyelitises egyén bélflorajáját, úgy találták, hogy utóbbiak colitörzsei gyengébb antagonista védőhatást fejtenek ki más mikrobák (typhus) ellen, továbbá az ilyen colitörzsek mozgékonyabbak s cukorral (főleg saccharoseval) szemben a szokottól eltérően viselkednek, végül pedig elég nagy százalékban haemolysáló hatást is fejtenek ki. Pyelitisesek vizeletében főleg az utóbbihoz hasonló colitörzseket találtak s ebből arra a következtetésre jönnek, hogy a bélben, valószinüleg az ott lejátszódó kóros elváltozásokkal összefüggésben, elváltozott colitörzsek idézik elő a colipyelitist s igy a régi tapasztalati tényt, hogy e betegség bélrendellenességekkel függ össze, bakteriologiai vizsgálatokkal támasztották alá. *Remete Tibor dr.*

Uraemiás fekélyes colitis cystoskopia után. *A. L. D. Abreu és A. C. Lysaght.* (Brit. Journ of Urol. 1935. VII. 336.)

3 esetükben minden akadály nélkül véghezvitt cystoskopia után már másnap súlyos tünetek jelentkeztek. A betegek nem tudtak vizelni, véres-nyákos széket ürítettek és uraemiás tünetek keletkeztek. A vesék részéről a cystoskopia előtt elvégzett funct'onalis vizsgálatok kiesést nem mutattak, hasonlóképen nephritis is ki volt zárható. Két esetük halállal végződött, a harmadik a súlyos tünetekből meggyógyult. Sect'ókor sérülés nyomai nem voltak kimutathatók és a vastagbélben súlyos uraemiás fekélyes colitis képe volt látható. A vesék és hólyag részéről a postmortalis elváltozásokon kivül nagyobbfokú kóros elváltozások, melyek a súlyos tüneteket, megmagyaráznák, nem voltak találhatók. A súlyos tünetek okát nem tudták megtalálni. Felfogásuk szerint m'ndenképen a cystoskopiával függenek össze és valószinüleg az instrumentalis vizsgálat kapcsán jelentkezett reflex által voltak feltételezve. *Bodon György dr.*

Szemészet.

Rövidhullámú kezelés a szeműszetben. *Grüter.* (Klin, Mon. f. Aug. 1935. nov).

22 ulcus *serpens* közül a felületesek (17) hat nap alatt finom heggel gyógyultak; az előrehaladt mély fekélyek közül 2 gyógyult, 3 progrediált. Dosis: 4—7 napon át naponta 20 perces kezelés a Sanitas cég, „Undala B" szikraközös gépével.

41 herpes közül 22 volt epitheliális alak és 19 mély (disciformalis, parenchymás háló- keratitis). Kezelés után fejfényfürdő. A felületes alak igen jól reagált, a mély alak kevésbé. Eleinte a szövetek oedemás fellazulása tömöttebbé teszi a beszürödést, am't azonban csakhamar feltisztulás követ. A mély hálózatos forma 2 hét alatt gyógyult heggel, míg egyébként heteken át húzódik és recidivál. A rövid hullám mély hatásához azonban több hetes kezelés szükséges. Állatkisérletben herpes virussal oltott be nyulcorneát és 1—3 napig kezelte csak. A folyamat terjedését ugyan 1—2 napig gátolta, de azután — aktiv herpes virus lévén — az egész corneát elfoglalta a folyamat. Égést nem észlelt. A párnázott elektród jól simuljon hozzá a zárt szemhez. Váladékos szem nem kezelendő. Erös könnyezés esetén a könnyeket gondosan le kell törölni. Ezek mellett iritis és scleritis eseteiben is használta a szerző ezen eljárást. Conclusio: A rövidhullám a diathermiát hatásban felülmulja; az erös mély hatás a bakteriumok növekedés-gátlását okozza; a helybeli folyadék-cserét nagymértékben fokozza, melynek jele erösebb kezelés után normalis szemekben is jelentkező acut serofibrinosus izzadmány a csarnokban. (L. Ref. O. H. 38. szám.)

Grósz István dr.

Klinikai és kórtani vizsgálatok a typikus degeneratio pigmentosa retinae eseteiben. *K. Ohasi.* (Acta. Soc. Opht. Jap. 38. k. 75. o.)

Szerző 5 esztendő alatt 7 typikus deg. pig. ret. esetet, azonkivül deg. pig. sine pigmentot s luetikus eredetü festékes ideghártya elfajulást tanulmányozott. Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalta össze:

1. A szemfenéki képre jellemzők a papilla, az erek, s a retinalis pigment elváltozásai. A macula lutea még előrehaladottabb esetekben is ép maradt.

2. A papillán kezdetben vérellátási zavarok (hyperaemia, anaemia), később sárgás atrophia voltak észlelhetők.

3. A retina erei a bántalom kezdetétől szükek és jelentékeny sklerosist mutatnak. A sklerosis azonban különbözik attól a képtől, amit arteriosklerosis typikus alakjai esetében találunk. Az ereken érgörcs nyomai észlelhetők, az arteriákon inkább, mint a venákon.

4. A chorioideális ereken csak a betegség késői szakában találunk sklerosist. A nagy venákon kóros elváltozás nem található.

5. A retina pigmentanyagai, különösen a vörös festékanyagok mennyisége csökken. Mélyebben ülő, halványabb,

kerek, továbbá felszínesebb, nagyobb, sötétebb foltok (pigment foltok) a fundusban.

6. A szemfenéki elváltozások elsősorban az aequatori és a hátsó pólusok között kezdődnek (I. degeneratiós öv) azután a papilla és a peripheria felé, előre és hátra halad, végül csak a macula marad épen.

A deg. pig. ret. sine pigmentot a festékes ideghártya elfajulás kezdeti stadiumának lehet tekinteni. A deg. pig. ret. luetica a pigmentatio helyében, foltok alakjában különbözik a typusos kórképtől.

A szövettani vizsgálat a neuroepithel pusztulását, a pigmentréteg szélességét, a pigmentnek a sorvadó ideg elemek közötti kiburjánzását, centripetálisan haladó érsklerosist s kiterjedt gliosist mutat.

Szerző arra következtet, hogy az I. degeneratiós öv a chorioideális erekkel, a II. degeneratiós öv a venae vorticosaekkal áll szoros kapcsolatban, a papilla körüli háló a Zinn-féle érkoszorú sklerosisával, athropniájával magyarázható.

A degeneratio pigmentosa retinae végeredményben a retinochorioideális érrendszer primaer, centripetalis sklerosisával áll összefüggésben.

Bíró Imre dr.

Bőrgyógyászat.

Generalisalt favus eset a belső szervek megbetegedésével. *P. F. Beresina, Taschkent.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 171. köt. 6. füz)

A nyálkahártyák és a belső szervek favusos megbetegedése csak kevéssé ismert. Szerző felsorolja az idevonatkozó irodalmi adatokat, majd ismerteti saját esetét, amelyben egy 8 éves gyermek favusos megbetegedéséről számol be. A gyermeket 1934. januárjában súlyos állapotban szállították a kórházba colitise miatt. Három hét elmultával a kórházi osztály a dermatológusok véleményét is kikérte, akik a törzsön szétszórt, valamint a hajas fejbőrön összefolyó, favusos plakkokat állapitottak meg. A beteg lesoványodott, nyaki és submandibularis mirigyei megduzzadtak,, naponként 10-szer is székelt; nyelve kissé bevont, a hasfal tapintásra érzékeny. A bőr alatti zsírpárna úgyszólván teljesen hiányzik, az izomzat erősen atrophiás, a látható nyálkahártyák vértelenek, mindkét láb és szemhéj oedemás. A gyermek képtelen járni és önálló mozgásokat végezni. Hőmérséklete 36.4—36° C között mozgott. Erős szívgyengeség és folytonos lesoványodás után március 24-én exitus. Boncolás alkalmával a belső szerveket is megvizsgálták, amikor is kitünt, hogy a favus nemcsak a bőrfelületet támadta meg, hanem a belső szervek nyálkahártyáin és parenchmáin is elváltozásokat okozott (lép, belek). A beleken fekélyek, helyenként pigmenttel körülvett hegek voltak láthatók. A belek favusát tenyészetben is megerősitette. A lép szöveti képében, kétszeresen körvonalazott, fénytörő spórákat észlelt.

Preininger Tamás dr.

Kísérletek a bőr salvarsansensibilisálására. *H. Haxthausen, Kopenhagen.* (Arch. f. D. u. Syph. 171. köt. 6. füz.)

A salvarsantól feltételezett bőrkivirágzásokat épen annyi ideje ismerjük, mint a salarsant. *Iberson* 1910-ben irta le az első ilyen esetet. Azóta az irodalomban számos esetet közöltek és a dermatologusok még többet figyeltek meg. A salvarsan-dermatitisek tanulmányozásában általában kétféle módszert követünk: a lebenykepróbát és az intradermoreactiót. Egyes esetekben az egyik, más esetekben a másik eljárás bizonyult megbizhatónak. Szerző idevonatkozó kísérleteiben *Landsteiner* módszerére támaszkodva intracutan injiciát olyan salvarsant, amelyet diasotálás után lóvérsavóval kevert össze, annyi natr. carbonatnak a hozzáadásával, hogy a keverék gyengén alkalisan reagált. Evvel az eljárással sikerült minden egyes vizsgált esetben (4) a túlérzékenységet megállapitani úgy salvarsannal, mint más rokon arsenkötésekkel szemben. A mikor a keveréket emberi vérsavóval adta, úgy a sensibilisálás 8 eset közül csak egyben sikerült. A tiszta diasotált-salvarsan azonban minden egyes esetben cutan alkalmazás mellett túlérzékenységet idézett elő. Ezekből a vizsgálatokból arra következtethetünk, hogy a salvarsan alkalmas kapcsolatban protein-anyagokkal, vagy talán más anyagokkal is a bőrön specifikus túlérzékenységet képes létrehozni. Nem szükséges, hogy a kapcsolt anyag fajidegen legyen, mégis saját fajú serum lényegesen kisebb hatású, mint a bőrben jelenlevő anyagok. Ha neosalvarsant és lósavót tartalmazó keveréket hosszabb ideig állani hagyunk, úgy mindkét componens effectiv kapcsolata valószínűleg nem áll fenn.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A rák abc-je. *Manninger Vilmos.* (A „Népegészségügy" 1935. évi 24. számának melléklete, 44. lap.)

A rákkérdés irodalma oly mérhetetlenül nagy és napról napra annyi új problémát vet felszínre, hogy e tömkelegben már nemcsak a mindennapi gyakorlat nehézségeivel küzködő orvos, de a szakember is alig tud eligazodni. Ezért kell örömmel üdvözölni, ha a rákkérdésnek egyik leghivatottabb magyar munkása olyan vezérfonalat ad a gyakorló orvos kezébe, melyből az a rákkutatás és gyógyitás mai állásáról és eredményeiről könnyen és gyorsan tájékozódhatik. M. szerényen abc-nek nevezi ezt a jeles kis müvét, de ez több annál, mert szerzője egyéni tapasztalatairól és elgondolásairól is számot ad. Az óriási anyagból szerencsés kézzel válogatja ki azokat a kérdéseket, melyekre ma feleletet várunk. Tiz rövid fejezetbe összesürítve foglalkozik a rák öröklékenységének, fertőzőképességének, a rákesetek szaporodásának, a rák fejlődésének és terjedésének, valamint gyógyitásának kérdéseivel. Közli a kisérleti kórtani kutatás érdekes újabb vivmányait. A sugaras és mütéti kezelés eredményeit szembeállitva, tárgyilagosan, de indokolatlan pessimismus nélkül ismerteti a már elért és még várható gyógyeredményeket, megjelölve azt az utat,melyen haladva további sikereket érhetünk el. Különös figyelmet szentel a gyakorló orvosra oly fontos feladatokat háritó korai felismerés és megelőzés kérdéseinek. A sok közvetlenséggel irt, eredeti gondolatokban gazdag, szellemes apercuKKel füszerezett konyvecskét a kérdésben járatos szakemberek is élvezettel fogják lapozgatni.

Milkó prof.

Hirnpathologische Beiträge. (A budapesti és szegedi egyetemi elme- és idegklinikák és agykutató intézeteik tudományos dolgozatainak gyüjteménye.) (1935. XV. kötet.)

Bevezetőben a kötet szerkesztői, *Schaffer* és *Miskolczy* professorok az 1934-ben elhunyt *Cajal* tudományos munkásságának jelentőségét és a hazai tudományos kutatással kapcsolatát elevenitik meg kegyeletes megemlékezéseikben. A kötet 19 szövettani és kórszövettani tárgyú és 17 klinikai tárgyú dolgozatot tartalmaz; az „emeritált" *Schaffer* professor nem kevesebb, mint 8 közleménnyel szerepel ezek között, amelyek az agykórszövettan és klinika különböző vitás kérdéseiben hoznak új nézőpontokat és új érveket, bizonyságául szerzőjük töretlen munkaerejének. *Horányi-Hochst* az emberi poliomyelitis kórszövettanával foglalkozik nagyobb tanulmányban, másik dolgozata az experimentalis hyperthermiának a normalis idegszövetre hatását tárgyalja. *Juba* több tanulmányt közöl a központi látópálya lefutásáról a fasciculus arcuatus bulbi anatomiájáról és egy kérgestesthiánnyal kapcsolódó fejlődési rendellenességről. *Kiss* és *Horányi* diphtheriában elhalt egyének vasomotorcentrumát vizsgálták i kórszövettanilag. *Környey* az ú. n. „centralis" leukomyelitis kórszövettanával foglalkozik. *Lehoczky* egyik dolgozatában a Wilson-betegségben a májon kivül egyéb szervekben észlelt elváltozásokkal és ezen betegség esetében kimutatható bomlási termékekkel foglalkozik, másik munkája a paralysises agyvelőben lázkeltés után fennmaradó szöveti elváltozásokat tárgyalja. *Tokay* állatkisérletekben vizsgálta a salvarsan combinált lázkeltés hatásmódját; *Stief* és *Tokay* kisérletes vizsgálatai az insulinnak az agyvelőre gyakorolt hatásának megismerésére irányulnak. Klinikai tárgyú dolgozatok: *Miskolczy* és *Joó:* a schizophrenia kezdeti tüneteiről; *Angyal:* a szerzett schizophren reactiótypusról, *Angyal* és *Gyárfás:* a paralysis schizophren alakjának prognosisáról, *Joó* és *Meduna:* labyrinthizgatási vizsgálatok schizophreniában. *Somogyi* beszámol a budapesti elmeklinika 15 éves beteganyagán a lázkeltéssel elért eredményekről, *Somogyi* és *Angyal* néhány ritka extrapyramidalis megbetegedés klinikai analysisét közik. *Sántha* a Guillain-Barré-féle polyradiculoneuritis egy esetét közli, egy másik dolgozata a hiddaganatok tünettanával foglalkozik. *Lehoczky* az agydaganat és epilepsia vonatkozásait tárgyalja 90 eset észlelése alapján. *Eszenyi Margit* a hypnosisnak a choreás mozgászavarra befolyásával foglalkozik. *Joó* a májfunctio jelentőségével delirium tremens esetében, *Kiss* és *Fényes* a Benedict-syndromát mutató egy észleletük alapján a vörös mag localisatiós problémájával, *Stief* és *Joó* a tükörmozgások localisatiójához szolgáltatnak új adatot, *Stief* és *Tokay* az intracysternalisan adagolt pituitrin hatásáról számolnak be, *Stief* olasznyelvü közleménye a fallebeny sérülésére utaló új diagnostikai jelet ismertet. Ha az agykutatásnak ezt a hatalmas adattárát, amelyet e kötet magában foglal, összehasonlitjuk a Hirnpathologische Beiträge 1912-ben megjelent első szerény füzetével, amelyben *Schaffer* mellett még csak egy munkatárs szerepel, megelevenedik előttünk az a nagy

kulturális munka, melyet *Schaffer* egy tudományos iskola megalapításával és kifejlesztésével végzett. Aki a tudományt tiszteli és szereti, csak azt kívánhatja, hogy az a tudományos szellem, amely az eddig megjelent 15 kötetet éltette, *Schaffer* nyugalombavonulása után is fennmaradhasson és tovább fejlődhessen.

Richter Hugó dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 29-i ülése.

Bemutatások:

Zárday I.: *Sinoauricularis block érdekes esete.* A sinoauricularis block létezését elméleti megoldás alapján sokáig kétségbevonták. Később venagörbék, majd Ekg-felvételek alapján ismeretes lett, hogy létezik és két csoportja van: 1. állandó P-P távolságok mellett egy-egy pitvari systole kiesik (II. typus) és 2. olyan, ahol a pitvari sistole kiesését megelőzőleg a P-P távolságok a fokozódó sinoauricularis vezetésgátlás következtében nőnek (I. typus). Ezen I. typust ábrázoló görbe alig ismeretes az irodalomban. A jelen esetben az I. typus áll fenn; minden 4—7. fokozódó P-P távolság után esik ki egy pitvari systole (Wenkebach-periodusok), ami combinálódik Wenckebach-typus atrio-ventricularis blockkal. A hosszú szüneteket kamrai „escaped beat"-ek szakítják meg. A betegség oka belső secretiós zavarral hozható összefüggésbe, alapanyagcsere: —33%; thyreoidea kezelésre javul a rythmuszavar. Mivel nem valószínű, hogy a hormonalis zavar egyformán támadná meg a specificus vezetőrendszert és a pitvari izomszövetet, kézenfekvő az a magyarázat, hogy utóbbi helyett magában a vezetőrendszerrel azonos szövettani szerkezetű sinuscsomóban van a sinoauricularis block kiváltó oka.

Kiss P.: A budapesti gyermekklinikán észlelt két sinoauricularis block eset Ekg-it mutatja be. Első esetében diphtheria kapcsán keletkezett a sinoauricularis block, a folyamat gyógyulással végződött, a block megszünt. Második esetében a block digitalis adagolás közben fejlődött ki, a gyógyszer kihagyása után pár nappal megszünt. Mindkét eset a S-A block I. typusához tartozott.

Zárday I.: *Kiss* esetei annyiban hasonlítanak az eddig közölt I. typusu S-A-block esetekhez, amennyiben a szövet után követhető 1. P-P távolság hosszabb, mint a 2. P-P. Ezzel szemben a mi lassú cyklust representáló görbénk azt mutatja, hogy a P-P távolság a cyklus elejétől a végéig egyenletesen növekszik és evvel első esetben igazolja a Wenkebach-periodicitás szigorú törvényszerüségét S A-block esetén.

Liebermann L.: *Könnyfakasztó pisztollyal okozott súlyos szemsérülés.* A könnyfakasztó gázt porlasztó pisztolyokról az a vélemény van elterjedve, hogy kárt nem lehet velük tenni; a harcgázok szakirodalmában is a következő meghatározását találjuk ezeknek az anyagoknak: „Könnygázok olyan anyagok, melyek a szemet igen hevesen izgatják, anélkül, hogy maradandó bajt okoznának, a tüdőre sem hatnak mérgezően. Ezért pl. utcai zavargások elfojtására alkalmasak." A három legismertebb ilyen anyag: a bromeceteszter, a chloracetophenon és a xylylbromid. Hogy milyen heves a hatásuk a szemre, azt az mutatja, hogy pl. a chloracetophenonból egy harmad mg. elég egy köbméter levegőben, hogy türhetetlen könnyezést okozzon. Már most alig lehet elképzelni, hogy olyan anyag, amely ilyen végtelen nagy higításban már hevesen izgatja a szemet, a kötőhártyát és szaruhártyát, ne okozzon bajt a szemen, ha töményen jut bele. Ez történt a bemutatott esetben (20 éves férfi) a beteggel, akit összeszólalkozásból kifolyólag ilyen könnyfakasztó pisztollyal alig egy méter távolságból arcba lőttek 6 héttel ezelőtt. A kötőhártyán és a szemhéjakon csekély hyperaemiánál egyebet nem láttunk, azonban mindkét szem szaruhártyáján kiterjedt és csak nagyon lassan gyógyuló hámfoszlás keletkezett, sőt a cornea parenchimája is szenvedett, amit az mutat, hogy nagy homályok maradtak vissza. Ezek most valamit tisztultak, hogy egészen feltisztulnának, nem látszik valószínünek, mert hegesek. Az eset a második ilyen, melyet látott. Az esetről a rendőrségnek tudomása van; még nem tudja, hogy milyen következtetést fognak belőle levonni az ilyen pisztolyok szabad használatára vonatkozólag.

Előadás:

Mosonyi J.: *A C-vitamin élettani hatására vonatkozó vizsgálatainkról.* A C-vitaminnak, mint reversibilis redoxrendszernek a sejtlégzésben feltételezett szerepét bizonyítja tengerimalacokon és patkányokon végzett kisérletekkel. 2—10 mg-nyi mennyiségben a C-vitamin középértékben 14%-al emeli a tengerimalacok oxygénfogyasztását és CO_2-termelését. Az oxydatiókat thyreoidea-hormon adagolásával fokozva a C-vitamin mobilisálódik a májban, de különösen a mellékvesében; tengerimalac mellékveséjében a C-vitamin mennyisége kb. ⅓-ra csökkent. A C-vitaminnak a táplálékból elvonására előálló scorbutos állapot folyamán az állatok oxygénfogyasztása középértékben 37.5%-al nő, majd C-vitamin adagolására a normalis értékre süllyed. Azon paradoxonnak látszó észlelet, hogy a C-vitaminnak, mint oxydatiós katalysatornak elvonására az égésfolyamatok mégis fokozódnak, továbbá, hogy a C-vitamin a normalis állat gázcseréjét fokozza, a scorbutos állatét pedig leszállítja, a C-vitamin és a thyroxin közt fennálló antagonismusban bírja magyarázatát. Az experimentális scorbut folyamán ugyanis a C-vitamin hiánya miatt a thyreoidea hypertrophisál és a fokozott hormon-termelés okozza a scorbutos állat nagyobb oxygénszükségletét. De C-vitamint juttatva ismét a szervezetbe a hormon és vitamin közti egyensúly helyreállásával a fokozott oxydatiónak csökkennie kell. Athyreosisos, scorbutos állatok oxygénfogyasztása nem nagyobb, mint a normalis, s C-vitamin-adagolásra az égésfolyamatok növekedése következik be. *Marine, Baumann, Rosen,* azután *Demol* és *Ippen,* de főleg *Kreitmar* vizsgálati eredményei ugyancsak egyértelműen bizonyítják ezen antagonismus fennállását. — Folyamatban levő kisérletekről számol be, melyek a C-vitamin és a thyroxin közti antagonismust chemiai alapon volnának hivatva magyarázni. A C-vitamin tehát egyrészt mint catalysator a sejtlégzés serkentője, másrészt mint a thyroxin antagonistája az égésfolyamatokra csökkentőleg is hat, tehát a chemiai hőszabályozásban is fontos szerepet játszik.

Hattyasy D.: Tengerimalac metszőfogainak fogbelében extr. thyreoideae adagolására már 4—8 nap alatt maradandó elváltozások keletkeznek. Ezen jelenségeket diffus vérzések, szövetelhalás vagy a reticularis athrophia képe jellemzi. Az elváltozásokat diapositiveken demonstrálja.

Rejtő S.: *Ki fedezte fel a labyrinthus caloriás ingerét?* Előadó az 1870—80-as évek szakirodalmából kimutatja, hogy a fiziológusok és otologusok külön-külön fedezték fel a labyrinthus caloriás ingerét. A fiziologusok közül *Dr. A. Bornhardt* (1876.) a szentpétervári élettani intézet közleményében írja le először a hidegingerre nyert eredményeit. A fülorvosok, nevezetesen *Bárány Róbert,* bécsi klinikai assistens, csak 20 évvel később fedezete fel, hogy a hangvezetőcsőbe fecskendezett víz hőfoka (nem nyomás) okozza a labyrinthus ingert. *Högyes Endre* ismerte a labyrinthus höingerét, kortársai közül a leghatározottabban magyarázta, de ezt nem fedezte fel és kisérleteiben nem is alkalmazta, mint azt szavai is bizonyítják.

Krepuska I.: *Högyes Endre* dolgozataiban a labyrinthus calóriás ingerlését többizben említi és magyarázza és megállapítja, hogy nem az agy (flocculus), hanem az ívjárat ingerlése váltja ki a calóriás nystagmust. Állatkísérleteiben a szétterjedő hatású hő- és vegyi inger helyett főleg körülírtan ható elektromos és mechanikai ingert használt, mert eredményei így pontosabbak voltak. Akkor, amikor *Högyes* annyi korszakalkotó megállapítással gazdagította ismereteinket a labyrinthus élettanát illetőleg és ezt végre külföld is kezdi általánosan elismerni, kár egy részletkérdésben a magyar *Högyessel* szembeállítani és kiemelni olyan külföldi kutatókat, akik vagy kevesebbet foglalkoztak a labyrinthus élettanával (Bornhardt) vagy akik 26 évvel *Högyes* után (Bárány) kezdettek csak a labyrinthus ingerlésével foglalkozni.

Rejtő S.: Felkéri hozzászólót, hogy amennyiben adatait kiegészítő újabb vizsgálatokat ismer *Högyes Endre* műveiből, azt itt közölni szíveskedjék. Ő sine ira et studio az igazságot keresi és fontos kulturmunkának tartja a tévedések javítását.

Vámossy Z.: Véleménye szerint, ha valaki csak először észlelt és le is írt egy tünetcsoportot, de azt helytelen okra vezette vissza, az még nem felfedezés, csak észlelet, melynek tudományos érdeme nincsen. Azé az érdem tehát, aki az észleletet megfejtette, hogy az nem az agy, hanem a labyrinthus izgalmának következménye.

Közkórházi Orvostársulat február 5-i ülése.

Nánási L.: *Metreurynter okozta incomplet méhruptura szokatlan módon gyógyult esete.* 20 éves intersexualis typusú primipara VIII. hónapos terhesség; fájásgyengeség miatt metreuryntert vezettünk be, amely 3 ujjnyi méhszájon keresztül megszületett. A gyermekágy harmadik napján lumbalistáji fájdalmasság mellett, amelyet peritonealis tünetek is kisérnek, kialakul a veséig fekvő retroperitonealis haematoma, mely a ballonokozta incomplet méhrupturából származik. A 17-ik napig az elgenyedt haematoma, az incomplet ruptura sebén keresztül talál elfolyást, majd a lumbalis táj felől extraperitonealis megnyitással gyógyul. A ruptura oka az intersexualis typusú nő szövetileg kisértékü méhében van adva.

Mansfeld O.: A metreurynter alkalmazását veszélyesnek és nélkülözhetőnek tartja, a mütéti beavatkozást helyesli.

Raisz D.: A terhes méhnek sebészi (hysterotomia ant.) úton kitisztítását csak az egészen tiszta esetekben végzi, a lázas, pár nappal előbb elfolyt vizü esetek nem arra valók.

Zágon A.: *Hasfal-sygma hüvelysipoly és adnex hólyagsipoly mütéttel gyógyult eseteit* referálja. Az első esetben három év előtt genyes adnex-mütét után keletkezett a sipoly, mely a sérült sygma varratelégtelenségéből származott. A másodikban a pyovarium tört át a hólyagba. Az első esetben a sygmabél súlyos, lapszerinti letapadásai, a másodikban a 8 éves fennállás a kétoldali sacto salpinx, a rendkivül súlyos bélösszenövések és parametriumok kőkemény infiltratuma, mely egészen a medencecsontig terjed, még fokozták az amúgy is kényes mütét nehézségeit. Mindkét esete tökéletesen gyógyult. Az adnex eredésü sipolyok — eltekintve egyes ritkán észlelhető spontan gyógyulástól — csak radicalis mütéti beavatkozással gyógyulnak. Lehetőleg teljes méh- és függelékkiirtás végzendő, mert visszamaradt adnexrészletek mentén újabb exsudatum képződik és a sipoly varratai is insufficiensek lesznek.

Gidro L.: *Lympogranuloma inguinale esetek.* Egy férfi és két nőbeteget ismertet a Horthy Miklós-kórház sebészeti osztályáról. A férfibeteg inguinalis bubo, a két nőbeteg végbélszükület miatt került mütétre. Szövettani vizsgálat és Frei f. reactio mindhárom esetben positiv. Az esetek azt demonstrálják, hogy a megbetegedés hazánkban nem ritka és hogy kizárólag sebészeti kezeléssel gyógyítható.

Zalka Ö.: A lymphogranuloma inguinale nálunk is elég gyakran előforduló megbetegedés. Utóbbi másfél év alatt kilenc esetet észlelt. Mivel a szöveti kép csak az acut stadiumban jellegzetes, igen fontos a Frei f. cutan reactio elvégzése. Az antigen azonban nehezen szerezhető be. Ha lenne böven antigen és a figyelem még jobban fel lenne hiva, úgy bizonyára még több esetet ismernének fel.

Csatáry Szücs I.: *Cholecystitis typhosa esete.* 35 éves férfibetegen, ki csak egy napja szenvedett gyomortáji fájdalmakban, gyomorperforatiót utánzó tünetek miatt laparotomiát végeznek s hatalmas, a perforatio határán álló cholecystát távolitanak el. Mütét utáni hatodik napon végzett Widal-reactio positiv volta s az epehólyagtartalomból kitenyésztett ty. bacillus döntötte el, hogy typhusos epehólyaggyulladása van a betegnek, mely a ty. legkezdetén jelentkezett. A beteg gyógyult.

Peleskei L.: A Szent László-kórházban a feldolgozott 3899 felnőtt (15 év feletti) ty. abd. közt 36 (0.9%) volt a cholecystitis. Mütétre került 4, meghalt 3 (8.3%). Mind a három esetben a boncolás is megállapitotta az epehólyag perforatióját, amit peritonitis pur. követett. Az I. betegségi héten jelentkeztek a tünetek 0, a II. 25%, a III. 22.2%, a IV. 33.3%, az V. 11.1%, a VI. 2.8%, a VII. 5.6%-ban. A láztalan szakban 25%-ban (9 eset) jöttek a tünetek, közülük 6 még positiv széklet lelettel birt. 1315 gyermek közt egyen fordult elő epehólyaggyulladás, (0.07%). Minthogy gyermekekben ritka az epekő, tényleg valamely szerepe van abban, hogy legtöbbször a már meglévő epeköhöz csatlakozik a ty. alatt epehólyaggyulladás.

Bézi I.: Az, hogy a betegség az észlelés szerint cholecystitis tüneteivel kezdődött, nem zárja ki az előzetes typhus ambulatorius t.

A Magyar Urologiai Társaság január 27-i ülése

Elnök megemlékezik Haberern J. Pál elhalálozásáról, ki a Társaság alelnöke és tiszteleti tagja volt és méltatja az elhunyt kiváló érdemeit a sebészet és urologia terén.

Henz L.: a) *Cystitis exulcerans incrustativa története.* 12 év óta cystitisben szenvedő betegnél súlyos incrustatiók miatt sectio alta és hólyagcurettage. Állapota javult; 6 évvel később ascendáló pyelitis, incrustatiókkal a vesemedencében. Ujabb 4 év mulva a bal vese koralliköve miatt nephrektomia. 1 év mulva a megmaradt vese ureterét incrustatio zárja el és emiatt ureterotomia. Gyógyulás. b) *Solitaer vese kömütéte anuriában.* 4 év előtt tbc. miatt nephrektomia. A megmaradt vese ureterének alsó szakaszán elzáró kő miatt ureterotomia; 3 napos anuriában. Gyógyulás. c) *Hólyag belsőszáj-merevség operált esete.* 59 éves férfibeteg 16 év óta csapolja magát. Idegrendszeri elváltozás nincs és egyéb urogenitalis megbetegedés sem mutatható ki. Ékkimetszés és két oldalsó bemetszésre a merev sphincteren, gyógyulás. d) *Periureteritis, ureterolysis.* Jobboldali vesekólika után Rtg. követ nem mutat, de Uk. 5 cm-re elakad. Az ureterogrammon az ureter a sacroiliacalis izület magasságában megtört, felette tágult. Feltárásnál kiderült, hogy az uretert említett helyen vena leszorítja és emelett az ureter lenőtt. A stranguláló edény átmetszése után a lenőtt ureter felszabadítása. Gyógyulás.

Farkas I.: A prostatektomia után visszamaradt incrustált nyákhártyák eltávolításának módjáról számol be a prostataresectióban használatos diathermiás kacs segitségével. A hólyagbelsőszáj merevségében diathermiás kaccsal a záróizomból megfelelő darabot távolit el. 5 esetéből 3 gyógyult, 2 recidivált esetben az újbóli beégetéssel ért el eredményt.

Minder Gy.: A hólyagincrustatiókat conservative kezelik. Lúgos vizeletet savanyitanak. A rendszeres hólyagkezelést az incrustált részek coagulatiójával kötik össze, csökönyös esetekben az endovesicalis kikanalazást végzik. Sphincterscklerosist az urologiai klinikán ritkán észlelnek. Az endovesicalis kiégetés ezekben épp úgy szerephez jut, mint prostatahypertrophiában, de vannak esetek, ahol a sebészi beavatkozást kell választani.

Radó B.: 3 esetében a Mac-Carthy-féle urethrocystoskopon át a Rosenburg-féle diathermiás késsel a sphincter internuson vályút coagulált és functionalis szempontból jó eredményt ért el. A totalis retentio megszünt, sőt a betegek residuum nélkül vizeltek.

Mező B.: Elektroresectióval 4 sphinctersklerosisos beteget kezelt, teljes gyógyulást ért el. Azt tapasztalta, hogy Mac Carthy-Bitschay-féle eszköz teljesitőképessége elsőrangú, ha a diathermiás gép rendben van. Idővel a gép szikraközei oxydálódnak és a diathermiás gép feszültsége leszáll. Állandó rendbentartásáról tehát gondoskodnunk kell.

Rihmer B.: Esetében súlyos coccalis infectio fejlődött, mely hólyagzsugorodáshoz és incrustatiókhoz vezetett. Kezelésre a hólyag állapota annyira javult, hogy incrustatiók, exulceratiók nem voltak találhatók. Idővel az egyik vesét kitöltő korállkő fejlődött ki, az incrustatiós pyelitis a maradó vese ureterében többször eltömeszelést hozott létre, az anuriát ureterotomiával, uk.-val sikerült megszüntetni. Hasonló lefolyást divertic. — mütét után látott. Súlyos infectio esetében a veseköképződés néha latensen jön létre. Sphinctersklerosisban kétoldali bemetszést végez a sphincterbe és alsó kerületét kiirtja, máskor ékalakú kimetszést végez. Az elektrocoagulatiós resectio egy esetében tökéletlen eredménnyel járt.

Borza J.: *Mellékvesedaganat operált esete.* 33 éves nőbeteg kiirtott hypernephromáját mutatja be, amely a vese és mellékvese között lefüződött csirból indult ki, sem a vesével, sem a mellékvesével nem volt szoros összfüggésben. Mütétkor a teljesen ép vesét bennhagyta és eredeti helyére fixálta. A két férfiökölnagyságú tumort a mellékvesével kiirtotta. Szövettani metszeteken demonstrálja, hogy a tumornak saját kötőszövetes tokja van, a mellékvese pedig felette ép szöveti szerkezetü és a tumorral összefüggésben nincsen. Az eset érdekessége ritkaságában van, amennyiben eddig 4 hasonló eset ismeretes az irodalomban, amelyek közül az elsőt *Illyés* prof. közölte 1929. évi anyagából.

Dózsa J.: *Vesekövet utánozó epekő.* 48 é. nőnek 12 év óta gyomorpanaszai, 2 izben haematuria. Vizeletlelet negativ, kifogástalan vesefunctio. A röntgenfelvételen a jobb vese hilusának megfelelőleg mogyorónyi köre jellegzetes árnyék. Pyelographiában a kő a pyelumban, mint árnyékkiesés látható. Tekintettel a kő szélén kivehető gyürüs körvonalra, a beteg rézsutos fektetésével még egy felvételt készittetett. A filmen, a vesekőre suspect árnyék messze lateralisan kivetítődik a veséből. Ez, valamint az elvégzett cholecystographia kétségtelenül megerősitették, hogy nem vesekővel, hanem epekővel állunk szemben.

Minder Gy.: Esetében megegyező, a vese felületén fekvő egyenetlen szaggatott körkörös árnyékot kapott, melyről a

vizsgálatok kimutatták, hogy epekő. A kórismézést még megnehezítette, hogy a gyanus oldalon egy izben vérvizelés volt észlelhető. Nehéz esetben a pyelographia, cholecystographián kivül az oldalfelvétel, vagyis a veseárnyék vetületének megváltozása dönti el a kórismét.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának január 29-i ülése.

Domány E.: *Tüdőlues esetek.* 1. 53 éves nőbeteg klinikai tünetei bronchitisre utalnak, a röntgenképen kiterjedt foltos árnyékok. Jó erőbeli állapot, láztalan, köpetleletet negatív. War. +|++. Antilueses kúrára a panaszok megszűnnek, a röntgenkép teljesen feltisztult.

2. 41. éves nőbeteg súlyos nehézlégzéssel jelentkezett. War. ++|+. A röntgenképen az aorta mellett körülírt árnyék. Egyre fokozódó nehézlégzés és fulladásos tünetek között néhány nap mulva exitus. A boncolás eredménye gumma lobi sup. l. d. cum abscedatione et perforatione tracheae.

Hollós L.: *Állatvérkezelés súlyos szövődménye Basedow-kórban.* A beteg az eredeti előírás szerint először birkavért, hat nap mulva marhavér befecskendezést kapott. A marhavérbefecskendezés után a legsúlyosabb szívgyengeség, sárgaság, haemolysis keletkezett. A vörösvérsejtszám 1.140,000, Hb. 27%, fehérvérsejtsz. 42,000 volt. A súlyos haemolysis és igen nagyfokú elesettség, néhány nappal később végzett 300 ccm vérátömlesztésre teljesen meggyógyult. A hyperthyreosis tüneteire az állativérkezelés egyébként jó hatással volt.

Hajós K.: *A kryptorchismus hormonalis kezelése.* Négy esetét ismerteti, melyekben a kryptorchismus elhizással és a másodlagos nemi jellemvonások kifejlődésének visszamaradásával párosult. Mind a négy beteg pubertas korában volt. Rendszeres prolankezeléssel (nagyobbára *glanduantin* tablettákkal és befecskendésekkel) sikerült úgy a kryptorchismust megszüntetni, mint a dystrophia adiposogenitalisra emlékeztető tüneteket visszafejleszteni. Arra a megállapításra jut, hogy a sebészi beavatkozással várakozás különösebb bajokat nem okoz, ezért minden esetben meg kell kísérelni az egyszerű, kellemetlenségekkel nem járó hormonkezelést a hypophysis, illetőleg a terhes vizelet gonadotrop hormonjával.Ha ez nem járna eredménnyel, még mindig van idő a műtét elvégzésére. A hormonkezelés hatása abban nyilvánul meg, hogy a gonadotrop hormon két fractiója úgy a here belsősecretiós, mint germinativ működését fokozza és az ivarmirigyeket kifejezett növekedésre ingerli. Valószínüleg ez a gyorsított és fokozott növekedés az, ami a heréket leszállásra kényszeríti.

Lobmayer G.: A bemutató összes esetei a hormonalis működészavar stigmáival bírnak. Ezekben eredményes lehet a hormonalis therapia. Van azonban a kryptorchismusban szenvedő gyermekek egy másik, még pedig nagyobb csoportja, akiken a dystrophia adiposo genitalis semmiféle jelét nem találjuk. Míg az első csoportba tartozók esetében a descensus testis incompletusról beszélhetünk, addig az az utóbbi csoportban a here tökéletlen leszállásának mechanikai akadályai vannak, melyek sokszor műtét közben is csak nehezen oldhatók meg. Hogy milyen természetüek ezen akadályok, azt a műtét előtt biztosan megmondani sokszor nem lehet. A műtétre legalkalmasabb életkort 4—8. év között véli megtalálni.

Milkó V.: A kryptorchismus műtétjének legalkalmasabb időpontja 6—8. év körül van. Nem kell operálni, ha kifejezett alkati anomáliával dystrophia adiposo-genitalis-sal állunk szemben, mikor is hormonalis kezelés helyénvaló. Ha ez eredménytelen, akkor operálni kell, mert a műtéti eredmények jók, mert ezzel a későbbi sérv-képződésnek elejét vesszük, a szülőket megnyugtatjuk és a gyermek későbbi sexualis functióit kedvezően befolyásoljuk. A műtéti siker titka az ondózsinór magas subperitonealis mobilitásán kivül, megfelelő scrotalis ágy készitésében áll. Hozzászóló a heréket mindig a bőr és tunica dartos közötti tasakban helyezi el.

Dózsa J.: A canalis inaguinalisban megrekedt herék sokkal több bajt és tünetet okoznak, mint a retentio abdominalis. Előbbieket könnyebben éri inzultus és sorvadásra is inkább hajlamosak. A here lehozatalát és orchudopexiát a 8—12. év közt szokta elvégezni. Ha a here magasan akad meg, a Pólya-féle szöglet-kiegyenlítő eljárást alkalmazza. A csatornából leszállást, a környéki gyulladásból származó összenövések akadályozzák, ami atrophiára is hajlamositó tényező. Az adhaesiók és némelykor az ondózsinór rövidsége a hormontherapiát a leszállás szempontjából kétségessé teszi, de azért megkísérelhető, s azt különösen kétoldali rentetio esetén ajánlja.

Petényi G.: *Pubertas praecox.* 9 éves fiun pubertas praecox szokatlan megjelenési formában: puber mammaduzzanat s e mellett a külső genitálék nem vesznek részt a fejlődésben. Here- vagy mellékvesedaganat kizárható, glandulapinealis daganatra utolsó tünet nincs, enkephalitis vagy meningitis nem volt előzőleg. A gyermeken korábban más helyen hypogenitalismust állapitottak meg, ezért hypophysis-therapiát kezdtek. Az utolsó ötnegyed évben 110 hypophysiselülsölebeny-injectiót kapott, ezen kúra alatt fejlődött ki a pubertas praecox.

Kemény E.: *Akromegalia és graviditas.* Akromegaliában a terhesség a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Egy beteg öt éve áll észlelés alatt, kinek akromegaliás tünetei a röngenkezelés óta megállapodtak. Havivérzés a besugárzás után hosszabb ideig kimaradt, a terhesség előtti időben azonban már rendes volt. A terhesség az akromegaliás állapoton nem változtatott, a tünetek nem romlottak. Egészéges, jól fejlett fiúgyermeket szült.

Róna A.: A bemutatott beteg szülése a primaer fájásgyengeség typikus tünetei között folyt le. Gondolni kell arra, hogy a fájásgyengeséget a hypophysis hátsó lebenye hormontermelésének zavara okozta, amit a mellső lebenyben lévő tumor compressiója idézett elő. Feltevése szerint a gyermekágyban észlelt tejelválasztási zavarok a hypophysis mellső lebenyében létrejövő prolactin-kiválasztás és felszivódás zavarára vezethetők vissza.

Faragó P.: *Az allergiás betegségek histaminkezeléséről.* Ugy látszik, hogy az antitest-antigen egymásra hatásakor histamin szabadul fel, ilyenkor a kivülről bevitt k smennyiségü histamin a szervezet védőfolyamatait alátámasztja. Histamin-befecskendezésekkel a szervezet histamin dehistaminálását érjük el. Allergiás betegségekben a histamin kis adagaival (0.1—0.01—0.1 mg-ig subcutan) kezdjük el a kezelést és figyelve az általános reactiót, óvatosan emelkedünk egészen 0.5 mg-ig.

Négyéves tapasztalatokra visszatekintve azt találták, hogy bronchialis asthma, urticaria esetekben voltak gyógyitó eredmények és a kezelés folytatását olyan esetekben ajánlják, amikor az ismert specifikus egyéb módszerekkel eredményt nem érünk el.

Grosz V.: *Myalgiák kezelése intracutan befecskendezésekkel.* A fájdalmas izomzatot fedő bőrbe több ponton 0.1—0.2 ccm novocaint fecskendeznek intracutan. A fájdalom rendesen másodpercek alatt megszünik, vagy lényegesen csökken. A beavatkozás olyan egyszerü, hogy mindig megkísérlendő, a járóbetegrendelésen számos esetben megszünt a myalgia, lumbago torticollis, stb. okozta nagy fájdalom. Neuritis esetén a beavatkozás teljesen hatástalan.

A Debreceni Orvosegyesület február 6-i ülése.

Előadás:

Szendi B.: *A magzat tüdejének és májának működése a méhenbelüli életben.* Nagyszámban vizsgálta a debreceni női klinika utolsó négyévi müvi és spontán vetéléséből származó friss magzatok szerveinek glykogenjét szövettanilag és mikrochemiai elemző módszerekkel, melyek a következő eredményeket adták: A magzati tüdők és a máj a terhesség meghatározott szakaszaiban valóságos glykogen szervekké alakulnak át és nagymennyiségü glykogenjükkel specialis működéseket végeznek, szabályozzák és irányitják azzal a magzat szénhydrat anyagcseréjét és pedig egymást felváltva: előbb a tüdők — emberben a II—III. hónaptól a VI—VII. hónapig, nyúlban a terhesség 18. napjától a 25-ik napig vérképzéssel van elfoglalva, később (emberben a terhesség VI—VII. hónapjától, nyúlban a 25. naptól a terhesség végéig) mindinkább a máj veszi át az irányitó szerepet. A magzat tehát, amint szervei annyira fejlődtek, igyekszik azokban beállitani és igy függetleniteni szénhydrat anyagcseréjének irányitását és pedig a tüdőkben, majd a májban. A többi szervvel arányosan fejlődő tüdő tehát a méhenbelüli életben nem pusztán fejlődő szerv, mint eddig hittük, csupán más feladatot tölt be, a születés után, épp úgy, mint a májnak is más feladata van a terhesség első nagyobb részében. A többi magzati szerv közül még a szivben és az izmokban van különösen nagymennyiségü glykogen. A magzati szervek általában bővebb glykogentartalmúak, mint a születés utáni életben.

Bemutatások:

Ökrös S.: *Ujszülött magzat ritka szülési sérülése.* Az ikerterhességből származó, egy nappal az első magzat után született leánymagzat kitolási időszaka fél óra. Extractio: Smelli-Wigth-műfogás. Szívműködés a születés után 15 percig, légzés nincs. Félóráig élesztés, Schultze-lóbálások is. Boncoláskor tentoriumszakadás, a nyaki gerincoszlop alsó határán kettészakadás a keményburokkal együtt, a kisagy, nyúltagy szétmorzsolódása és a gerincszakadás résén át a karidegfonatok mentén a mellkasi paravertebralis szövetbe, a hátsó fűrészizmok alá és a bal mellkasfélbe történt bepréselődése. Bal kulcscsont és bal combcsont törése. A kiterjedt vérbeszűrődések a sérüléseknek az életben keletkezését bizonyítják.

Szendi B.: *Ujszülöttek halála szívsövényhiány miatt.* A debreceni női klinikán az utóbbi 4 évben 4585 szülés között 2 esetben észlelt szívsövényhiányt mutatja be, mint újszülöttek halálának okát. Az első eset teljesen normalis, jól fejlett magzat 2 napig élt, a teljes pitvar-sövényhiánnyal. A következményes súlyos keringési zavar cyanosison kivül más klinikai tünetet nem okozott. Igy élőben a kórképet nem állapithattuk meg. A második eset félóráig élt. A kamrasövényen ujjnyi rést, teljesen elválasztott pitvarokat, a bal szívfél hypoplasiáját s a venae pulmonalesnek hiányát találtuk. A pulmonalis a Botall-vezetékkel alkotja az aortaivet és az aortát, ebből erednek az aa. pulmonales is. A szív mint egypitvarú és egykamrájú szív müködött. A szív és nagyerek fejlődési zavara ebben az esetben más fejlődési zavarokkal (hydrokephalus, oligodaktylia stb.) társult.

Ökrös S.: A veleszületett szívbaj folytán szülés után röviddel spontán elhalt magzatok törvényszéki orvostani szempontból is fontossággal birnak. A közelmultban rendőrileg két ilyen esetet boncolt. Az egyik házasságon kivül született magzat volt. Orvos egyiket sem látta. A halál okát a boncolás kiterjedt kamra-pitvar defectusban és pulm. stenosisban megnyugtató módon kiderítette.

Kudász J.: A bal szívfélnek billentyü-rendellenességei általában együttjárnak a szívnek más nagyobb fejlődési zavaraival, míg a jobb szívfél billentyü-rendellenességei rendszerint egyedül fordulnak elő. Ha a fejlődés kezdetibb stadiumában jön létre a zavar, úgy súlyosabb fokú, míg a fejlődés későbbi stadiumában enyhébbfokú rendellenesség keletkezik. Hivatkozik két bemutatott és több észlelt esetére.

Törvényjavaslat

a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények módositásáról.

Közegészségügyünket rendező 1876-iki XIV. törvénycikkünk éppen 60 éves és minden bölcsesége, kitűnő fogalmazása, tágítható keretei mellett is elavult. A későbbi közegészségügyi törvények, s a kormányrendeletek sokasága csak foltozást, pótlást jelentettek, de nem tudták közegészségügyünk szervezetének szellemét a tudomány haladása és a modern felfogás értelmében átalakitani, melynek alaptétele ma már nem a gyógyítás, hanem a megelőzés. Távolról sem akarjuk e kijelentéssel azt az utopisztikus gondolatot szolgálni, hogy a praeventio teljes sikerével meg fognak szünni a betegségek, s a kórházak és gyógyító orvosok feleslegesek lesznek, habár az olyan tapasztalatok, mint amilyeneket a himlőoltással, újabban a diphtheria-oltásokkal szereztünk és a világháborúban teljes sikerrel keresztülvitt egészségvédelem megengednének ilyen következtetéseket: — de meggyőződéssel valljuk, hogy az állam orvosainak hivatása és feladata ma nem annyira a betegellátás és gyógyítás, mint inkább a reábizott legértékesebb állami vagyon: az emberanyag védelme, munkaképességének megőrzése és fokozása. Ennek az idealis állami és nemzeti feladatnak pedig első parancsa: távol tartani a néptől minden ártalmat, ami szaporodását, egészségét és munkabirását csökkenthetné.

Ez a bajt megelőző munka pedig az állami administratio tekintetéből egészen más, mint a gyógyító munka. Míg ez utóbbi jóformán csak addig kell, hogy szervezett legyen, hogy a beteg, ha a kapott orvosi segitség nem elegendő, minél előbb kórházi kezelésbe kerüljön, tehát főleg kórházak létesítéséből áll, amelyekben már nem az állam által szervezett, hanem egyéni munka folyik: — addig a praeventio munkája elejétől végig olyan kell, hogy legyen, mint egy előnyomuló, taktikázó, bekerítő hadseregé, ami a legperipherikusabb csapatmozdulatoktól a központi tüzérség és vezérkar működéséig egyetlen elgondolás törvénye szerint kell hogy peregjen és nem nélkülözheti a központból irányított szervezettséget soha és sehol egy percre sem. Természetes, hogy azért ez is egyéni munka mozaikja, még pedig minél értékesebb egyének munkája, annál szebb és jobb; — de itt a legkiválóbb egyén sem mentheti meg a célt, az eredményt, mint a brillians operateur a beteg életét, — ha a közvetlen szomszédja vagy alantasa nem végez vele egyenértékű munkát. Világos dolog tehát, hogy ez a nagy és nemzetmentő munka, melynek kereteit annyi bámulatos hozzáértéssel vázolta előttünk mult évi dec. 3-iki beszédében *vitéz Kozma Miklós*, a mi közegészségügyi ministerünk és amelybe annyi életet és lelket tudott lehelni a maga sok szenvedést, sok balfogást és sok becsület-sikert átélt lelkéből, — vezért és hadsereget kíván, amelynek minden tagját a biztos siker és a saját felelősségének gondolata hatja át, aminek suggestiv ereje a vezér hozzáértésében való korlátlan bizalomból ered és ott válik bizonyító valósággá a maga becsülettel végzett munkakörében.

Ezt a hadsereget akarja *Kozma Miklós* elsősorban megteremteni, mikor e törvényjavaslattal az országgyűlés elé lép. Kétségtelen, hogy ez még nem a kívánt és szükséges reform, de első lépésnek a legjózanabb és a legszükségesebb. Talán helytelen, hogy közegészségügyi téren a takarékosság jogosultságát emlegetjük, de tekintve országunk mai gazdasági helyzetét, mégsem volna jó olyan reformokat erőszakolni, melyek túlságos megterhelést, más igények fájó csorbitását jelentenék, kedvetlenséget okozván politikai és laikus körökben éppen most, mikor a közegészségügy valahogy népszerűségre kezd szert tenni. Mi ismerjük a belügyminister közegészségi terveit, ez évi 3. számunkban részletesen foglalkoztunk velük és teljesen rábízzuk, hogy mikor és hogyan akarja azokat megvalósitani. Ő a politikus, aki érzi, hogy mikor *tudja is* megvalósitani azokat. E nélkül kár volna e szép ideákat áldatlan harcokba vetni, ahonnan csak megtépázva kerülnének ki.

Az a hadsereg, amelyikre támaszkodni akar a belügyminister, a hatósági teendőket ellátó orvosok serege, kik közül a tiszti főorvosokat és a járási vagy városi orvosokat mágy. kir. államhivatalnokokká avatja. A magasabb beosztásúakat az államfő, a többieket (a törvényhatóság első tisztviselőjének meghallgatásával?) a belügyminister nevezi ki, szolgálati beosztásukat, szolgálati szabályzatukat, mellékjövedelmeiket is ő állapítja meg. *Illetményeiket* az állampénztárból kapják, *átköltözési költségeiket* is az állam viseli, de mivel a törvényhatóság, illetve a megyei város ügyeit szolgálják, a kormány által megállapított *kiküldetési átalányaikat,* valamint hivatali működésükkel kapcsolatos *dologi szükségleteiket* (nyomtatvány, hiv. helyiség, fűtés, világítás) és a szükséges *segédszemélyzet díjazását* továbbra is a megye, illetve a város fedezi. A *gyakorlattól* eltiltatnak, de a már említett kiküldetéseken kívül lesznek megengedett *mellékfoglalkozásaik* (egészségvédelmi szolgálat, magánfelek részére teljesített hatósági orvosi szolgálat), melyeket a minister rendeletileg szabályoz, s amelyek a gyakorlat hiánya pótlására szolgálnak, csak persze nem a magánféltől fogja kapni díjazását.

Mindez világos, hogy a hatósági *orvosi szolgálat államosítását* jelenti, — de sajnos csak félig, mert *a városi orvos, a községi- és körorvos illetményeit* és a rendeletben nem szabályozott feladatkörét meghagyja a javaslat továbbra is a törvényhatóságok, városok és községek hatáskörében, megengedvén nekik a magángyakorlatot is. Azonban kétségtelenül a városi, községi és körorvosok dolgába is erélyes kézzel nyúl bele a javaslat, ami jelentse bár sokak előtt az állam politikai hatalmának nem kívánt növelését, a magyar ember által mindig rossz szemmel nézett „centralisatiót", előttünk és a közvetlen érdekeltek: orvosok és betegek előtt csak örvendetes változásként jelentkezik. Ez egyfelől az, hogy a belügyminister *a városokat, községeket az orvosi létszám emelésére kötelezheti,* hogy minden, legalább 5.000 lélekszámú község köteles községi orvosi állást beállítani, az ennél kisebb községeket *„közegészségügyi körökbe"* ő osztja be, székhelyét, — ahol a körorvosnak laknia kell, — ő jelöli ki: — másfelől az, hogy mind a városi orvos, mind a községi és körorvos *kinevezését magának tartja fenn* — a törvényhatóság első tisztviselőjének meghallgatása után, amiben érvényesülhetnek a helyi, közönség köréből eredő óhajtások is. De nem lesz többé tág tere a politikai pártok, megyei hatalmak, protectiójának, nem kell többé megalázó kilincseléseket, parolázásokat faluszerte végezni és nem kell annyira tartani az itt-ott jelentkező incollegialis versenytől. Mert ezeknek hatása nem ér föl vagy szertefoszlik a belügyminister szakreferensei előtt, akik ha papírforma szerint is ítélnek, mégis tárgyilagosabban döntenek és megszokták mondani a maguk véleményét még erős politikai vagy más protectiós befolyásokkal szemben is.

Hogy ez az államosítás indokolt-e vagy sem, az orvosi körökben már annyira kialakult és annyi congressusi és közegészségi tanácsi határozatban nyert már kifejezést, hogy fölöslegesnek tartjuk részletesebben bizonygatni. Csak idézzük az Orsz. Közegészségi Tanács 1893 májusában hozott határozatát, amely szerint: „a közegészségügyi érdekeket minden körülmények között csak úgy oldhatjuk meg, ha a közegészségügynek orvosi közegei teljesen függetlenek azoktól, akinek érdekében, *de akiknek magánérdekével szemben* kénytelenek akárhányszor intézkedni. Erre pedig nem a választott és a választóktól függő és azoknak lekötelezett, hanem csakis az állam által fizetett független közegek alkalmasak." Ezt mondta ki az 1917-ben tartott Népegészségügyi Nagygyűlés és ezt erősítette meg 1918-ban újra az Orsz. Közegészségi Tanács.

A magunk részéről szívesebben láttuk volna az *egész vonalon* a közegészségügyi szolgálat államosítását. De ha ez országunk mai gazdasági helyzetében nem lehetséges, bele kell nyugodnunk ebbe a fél megoldásba is. Ha majd néhány év alatt mutatkozni fognak jó eredményei, kiegészülnek talán a ma még csonkán maradt részei is ennek az annyi jót rejtő, de kissé bátortalan javaslatnak.

Kiegészíti még a közegészségügyért felelős belügyminister befolyását a dolgok menetébe az is, hogy úgy a tisztifőorvosokat és tisztiorvosokat, mint a főváros tiszti orvosait is — noha kimondottan az alispánnak, polgármesternek, illetve főszolgabírónak a *szakközegei, — a belügyminiszter közvetlenül is utasíthatja* (egységes eljárást célzó országos intézkedések, gyors beavatkozás szüksége, stb.); továbbá a közmegnyugvást keltő *16.* §. „A belügyminister főfelügyelete alá tartozó hatóságoknál, közintézeteknél (kórházak) és közintézményeknél (OTI, MABI, stb.) akár végleges, akár ideiglenes hatállyal kinevezni vagy szerződéssel alkalmazni csak azt az orvost lehet, *akinek kinevezéséhez, illetőleg alkalmaztatásához a belügyminister előzetesen hozzájárult."* Amennyiben ez biztosítani kívánja a belügyminister beleszólási jogát az ország területén működő összes vezető és felelős állásban levő osztályos-főorvosok és rendelő-orvosok kinevezésének szakszerű intézésébe a maga pártatlan szakforuma, a Közegészségi Tanács jelölésének igénybevételével, — nagy örömmel kell üdvözölnünk e paragrafust, ami véget vetni hivatott sokszor egész vidékek egészségének, jólétének fordulatát jelentő nagy felelősségű orvosi állások rokonság, komaság révén elpactálásának. Az ilyen „házi" vagy „helybeli" elintézése pl. egy sebészeti vagy szülészeti osztály főorvosi állásának, aztán 25—30 esztendőre elintézi annak a városnak és egész környéke népességének azt a reményét is, hogy súlyos bajában a kor színvonalának megfelelő segítséget kaphasson. — Igy azonban valóban nyilt pályázat után (és nem egy helybeli lapban!) a Közegészségi Tanácsnak nemcsak papírforma, de többnyire egyénismerete alapján adott véleménye mellett lehet reményünk arra, hogy minden ilyen fontos felelős állásba megfelelő ember fog kerülni.

Ha azonban ez a cikkely, mint azt talán hiányos fogalmazásából olvashatjuk, — azt akarná elérni, hogy a belügyminister minden al- és segédorvosi állás betöltésével törődjék, akkor azt nemcsak elhibázottnak, hanem kivihetetlennek is kellene tartanunk.

Miután látjuk, hogy a belügyminister mind a gyógyítás terén szerepet betöltő, mind a közegészségügy terén hatósági ténykedést végző orvosok *személyi kiválasztására* magának a jövőben ilyen messzemenő jogokat követel, lássuk most azt is, hogy személyi minősültség tekintetében micsoda követelményeket állít fel a kinevezendő vagy előléptetendő orvosokkal szemben. A csupán a gyógyítás terén működő vezető állásban levőkkel szemben ezt a minősítést — mint láttuk — a közegészségügyi tanácsra bízza. A hatósági orvosi szolgálat terén pedig a következő megnyugtató követelményeket írja elő a javaslat, amelyek magát a belügyministert is kötelezik és áttörhetetlen határt szabnak a kevés tapasztalattal, készültséggel, de nagy protectióval rendelkező fiatalok gyors előretörésének és az évek során végzett lelkiismeretes szolgálat jutalmazását helyezik kilátásba előmenetelt és jobb egészségügyi körökbe áthelyezés formájában.

Kezdjük elölről. Mindjárt az *1.* §. *4.* pontja kimondja, hogy tiszti főorvosi, tiszti orvosi és városi orvosi, valamint a fővárosban még a a kerületi orvosi állásokra is *csak azt az orvost lehet alkalmazni, aki a tiszti orvosi vizsgát letette.* Községi és körorvosi állásra pedig csak azt, aki legalább *a községi orvosi vizsgát letette.* A vizsgák előtti tanfolyamok hallgatása pedig kötelező. Az *5.* §. pedig így folytatja: „M. kir. tiszti főorvossá azt lehet kinevezeni, aki legalább 5 évig tiszti orvosként működött." Ezt kitűnő intézkedésnek tartjuk ama még legkedvezőbb protectiós esetekkel szemben is, midőn egy különben jól képzett 4—5 éves klinikai orvos ütött el a tiszti főorvosi állástól 15—20 éve járásorvosi szolgálatot ellátó collegákat. — Szinte sajnálkozva olvassuk a folytatását, hogy „Ettől a kelléktől a jelen törvény hatálybalépésétől számított öt év alatt el lehet tekinteni". Miért ez a hosszú türelmi idő? Három év is untig elég lett volna, mint a községi orvosoknak a vizsga letételére nézve. Igaz, hogy itt vizsga is kell (még pedig nem „hozom"-ra), meg öt évi gyakorlat is kell és lehet, hogy éppen a fiatalabb generatio, amelyik jól vizsgázott, még nem rendelkezik íly hosszú hatósági gyakorlattal. A már hosszú ideje járási orvosi állásban levők jórésze pedig vagy korbeli, vagy anyagi okokból nem ké-

pes már 9 hónapos tanfolyamot hallgatni és vizsgázni, vagy megalapozott orvosi gyakorlatát nem akarja feladni és nem reflectál a tiszti főorvos tekintélyes, de szűkebb kenyeret adó állására. Kétségtelen, hogy tekintve az értesülésünk szerint 25-re tervezett tiszti főorvosi állások számát és azt, hogy 7 tiszti főorvosi állás jelenleg is üres és néhány magasabb korú főorvos nyugalomba vonul, — valamint az évente 9 hónapos tanfolyamra felvehetők 24-re korlátozott számát, — itt egy túlszigorú intézkedéssel esetleg bizonytalan helyzet állott volna elő a tiszti főorvosi állások betöltésében. Ezt akarja elkerülni a javaslat a kezdet éveiben, de bizvást feltételezhetjük, hogy ez a kapu első sorban nem a fiatal és tapasztalatlan vizsgázottak előtt lesz nyitva, hanem eltöltött szolgálati évek szerint azok előtt, akik tiszti vizsgájuk előtt vagy után a tiszti orvosi működéshez közelálló vagy legalább hasonló szolgálatot teljesítettek.

Ha ennek mérlegelését a m. kir. tiszti orvossá kinevezhetésre nézve a *2.* és *3.* pontban fenntartja magának a belügyminiszter, miért nem jár így el a tiszti főorvosi kinevezést megelőző 5 évi szolgálat elbírálása tekintetében is? Mert igen helyesen így rendelekezik a 2. pont: *„M. kir. tiszti orvossá azt lehet kinevezni,* aki legalább öt évig városi, községi, vagy körorvosként működött *vagy ezekkel a szolgálatokkal egyenlőnek tekintendő tevékenységet fejtett ki.* Hogy mi tekintendő egyenlőnek, azt pedig a 3. pont szerint *a belügyminiszter rendeletben fogja megállapítani.* Tehát nem is az „ad hoc" esetekben dönti el; — ez így sokkal jobban van szabályozva, mint a tiszti főorvosi kinevezést megelőző öt — esetleg 0 évi tiszti orvosi szolgálat minősítése.

Az alacsonyabb hatósági orvosi kategóriákban a vizsga megkövetelésében már nem oly szigorú a törvénytervezet. *A 12. §. három évet ad arra, hogy községi orvosi vizsga nélkül is ki lehessen valakit városi, községi vagy körorvossá nevezni.* De aztán, ha az illető kinevezése napjától számított 3 éven belül ezt a vizsgát le nem teszi, *elveszti állását,* mint szolgálatképtelen! Mi ezt is túlságos türelmi időnek tartjuk. A kinevezésre nézve elfogadható a 3 év türelmi idő. De már azt, hogy egy 6 hetes tanfolyamhoz kötött vizsga letételére mindenki 3 évet kapjon, nem tartjuk helyesnek, mert a jó közegészségügyet sürgősebbnek véljük. Hiszen így ha valakit a 3 évi türelmi idő utolján neveznek ki, az ezt még a maga 3 évi jogával 6 évre tólja ki! — Ahhoz még hozzá tudnánk járulni, hogy 3 évig még vizsga nélkül is ki lehessen nevezni valakit — *természetesen csakis azon esetben (és ez miért nincs benne a törvénycikkben?), ha képesítéssel rendelkező pályázó nincs!,* de aztán ez a szerencsés collega tegye le azt a vizsgát 3 hónap, vagy no legfeljebb 6 hónap alatt a kinevezéstől számítva vagy pedig álljon odább — mint szolgálatképtelen. — Látjuk az egyetemi vizsgákon, hogy míly kínos helyzetet teremt a vizsgák halogatása vagy az avval egyenértékű ismételt bukdácsolások eltűrése. — A vizsga vagy szükséges, vagy nem. De ha az előbbi mellett foglaltunk állást, akkor vegyük komolyan.

Ezt a szigorúbb állásfoglalást talán a sűrűbb és népesebb tanfolyamok rendezésének lehetetlensége tenné meggondolandóvá. De ezen nem meghátrálással, hanem nagyobb activitással — ha kell *pénzáldozattal* kell segíteni; hogy a tanfolyamok bővíthetők és sűríthetők legyenek. De talán nincs is ilyen aggodalomra ok, mikor *csak az új* városi, községi és körorvosok kitermeléséről van szó, mert *a már állásban levőktől ez a vizsga nem kívántatik meg.*

Ami a *hatásköröket* illeti, azt a tiszti orvosokra nézve az *1.* § 3. és 5. pontja és a *2.* §. 2. pontja állapítja meg. Ezek szerint a tiszti orvosok a működésük területén szolgálatot teljesítő hatósági orvosoknak és egészségvédelmi szerveknek *szakfőnökei* és a tiszti főorvos a törvényhatóság első tisztviselőjének, a tiszti orvos pedig a főszolgabírónak és a megyei város polgármesterének *szakközege.* Ez utóbbi természetes; eddig is így volt, novum csak a belügyminister közvetlen utasítási joga, mit a közegészségügy egységes és centralis szervezésénél fogva nélkülözhetelennek kell tartanunk. Az első pedig nagy örömmel üdvözölt hézagpótló rendelkezés, ami sok anomáliát van hivatva megszüntetni, első sorban az autonóm egészségügyi intézmények hozzáférhetetlenségét és ellenőrizhetetlenségét. Ha a tiszti orvos ezentúl beteheti a lábát az autonómiájukra oly féltékeny intézmények működési területére, nem fog előfordulni, hogy az ország legnagyobb gyógyszertára nincs felszerelve sem tablettázó géppel, sem a szerek pontos vizsgálatára szolgáló eszközökkel, hanem ellenőrizetlen bérmunkára szorul.

A tisztifőorvos hogy a tőle megkívánt befolyást gyakorolhassa *szakszerűség képviselete címén* tagja a törvényhatósági bizottságnak és a közigazgatási bizottságnak is, a tisztiorvos pedig a megyei város képviselőtestületének *(2. §. 2. p.).* Ennek a szakszerűségnek magas értéklését azonban legjobban a *22.* §. domborítja ki, amely megszünteti a nehézkes járványbizottságokat és felhatalmazza a tiszti orvosokat, hogy „járvány fellépésének vagy terjedésének megakadályozása céljából sürgős szükség és közvetlen veszély esetében *saját felelősségére* — a közigazgatási hatóság rendelkezésének bevárása nélkül is — *elrendeli és foganatosítja* mindazokat az intézkedéseket, melyeket a fennálló jogszabályok a közigazgatási hatóság hatáskörébe utalnak. Szakértelmünk nélkülözhetelenségének ez az elismerése kétségtelenül jól esik, csak az a „saját felelősségére" kitétel hangzik kissé fenyegetően, bár az orvos megszokta, hogy mindíg a saját felelősségére cselekszik (ezért is kap annyi pert szegényjogon a nyakába). Harmonikus hivatali együttműködés esetén nem lesz baj, de egy rosszmájú szolgabíró, vagy polgármester ezen a sokszor nehezen bizonyítható címen sok bajt okozhat egy lelkiismeretes tiszti orvosnak, mitől a hátunk borsódzhatnék, ha nem éreznénk a hátunk mögött a minisztériumi egészségügyi osztály mindenkori védelmét. Kibújni pedig alóla passivitással (ami vétkes is lehet) nem lehet, mert ez az „elrendeli és foganatosíthatja" szintén felelősséget jelent, mert nem az mondatik, hogy elrendelheti és foganatosíthatja — ha tetszik.

A 3. §. a tiszti főorvosok és orvosok működési területének és székhelyének megállapítását a belügyminiszterre bízza, ami kétségtelenül jó lesz az elfoglaltság és a mellékjövedelmek egyenlőbb megosztásának céljából. Nem lehet érintetlenül hagyni a mai közigazgatási beosztást, amely mellett egyik körzetben vagy megyében majd megszakad a feladatok terhe alatt a tiszti orvos, a másik helyen pedig összetett kézzel keseregve gondolkozik az eltiltott gyakorlatról. *2. pont* jogot ad még arra is a belügyminiszternek, hogy a *tiszti főorvosi tennivalók ellátását több törvényhatóság területén egy tiszti főorvosra, — több járás és több megyei város területén egy tiszti orvosra bízhatja.* Ezt az erősen centralistikus intézkedési hatalmát a ministernek nyugtalansággal fogadjuk, habár elismerjük, hogy a munkaerők rationalisabb kihasználása és az ezzel kapcsolatos költségmegtakarítási szempontok parancsolólag írják elő, mint a belügyminister a javaslat indokolásában is mondja. Illetékes körökből ugyan azt a megnyugtatást kaptuk, hogy a jelenleg Budapest kivételével fennálló 342 tiszti főorvosi, járásorvosi, megyei és törvényhatósági városi orvosi állások mindössze 335-re összevonása

terveztetik, még pedig az egyenlő munkamegosztás elve alapján a leghelyesebben, mégsem szeretjük a tiszti főorvosi és orvosi körzetek számát, beosztását könnyen változtatható ministeri rendeletektől függőnek tudni. Nem mindig *vitéz leveldi Kozma Miklós* lesz a belügyminister, ki annyi megértést tanusít az egészségügyi érdekek és annyi rokonszenvet az orvosok iránt, sőt — sajnos! — még avval sem áltathatjuk magunkat, hogy mindig orvos-szakember fog állani a közegészségügy központi irányítása élén, különösen nem ezután a törvényjavaslat után, mely általánosítja úgy ahogy a közegészségügy egész periferiás szervezetét — központi vezérkar és *vezér nélkül!* Elismerjük, hogy új beosztásra szükség van, hogy az a közigazgatási beosztástól eltérő is lehet. De ha egyszer jól megcsinálták, az mégsem tekinthető olyan változónak, hogy állandóbban lerögzíthető ne legyen és a mindenkori belügyminiszterektől és a reájuk gyakorolt politikai és házi befolyásoktól tétessék függővé, sőt takarékossági okokból talán még a pénzügyminister is beleszóljon.

Épen ilyen nyugtalansággal, de a mai vezéreink iránti teljes bizalommal várjuk a 4. §.-ban foglalt V—VIII. fizetési osztályokba sorozását is tiszti orvosainknak. Vajjon hányat fognak a 335 közül az V. rangosztállyal megtisztelni, ami a régmult fizetésrendezések után szinte váratlan kitüntetés és az orvosi rendnek nagyon jól esik.

Nem tudjuk mennyi lesz az egyes rangosztályokba sorozottak száma, de bízunk belügyministerünknek mindig tapasztalt jó szándékában és megértésében. Boldogulás szempontjából sokat jelent, hogy az előlépés székhelyváltozást is jelenthet (átköltözés államköltségen), úgyhogy mire a kezdő községi vagy körorvos már családot alapít és iskolaköteles gyermekei lesznek, belép mint kezdő tiszti orvos a VIII. fizetési osztályba és már jó iskolákkal bíró városba vagy nagyközségbe kerül. Mire a középiskolára kerül a sor, már a VII. vagy a VI. osztályban van és olyan székhelyen működik, ahol középiskolát is talál, sőt a VI-ban esetleg már egyetemi városba is kerülhet.

Még a 6. §. érdekelheti olvasóinkat, ami a tiszti orvos *fegyelmi hatóságául* elsőfokon a közigazgatási bizottság fegyelmi választmányát, másodfokon a belügyministert jelöli meg. Semmi további részletes intézkedés nincs a javaslatban, mert útban van az állami tisztviselők fegyelmi ügyét általánosan szabályozó intézkedés.

Az államosítás keresztülvitelére nézve a javaslat nem tartalmaz semmit. Eleinte az volt a terv, hogy rendelkezési állományba kerül mindenki és úgy válogatják ki közülük a megtartandókat. Ez mélyen sértette és elkedvelenítette volna az érdemes tiszti orvosi kart. Most a 7. §. röviden csak azt mondja, hogy akit a törvény életbelépése napjáig, 1936 július 1-ig, nem neveznek ki, vagy saját kérelmére más állásra nem alkalmaznak, *azt szabályszerű elbánás alá kell vonni* annak a törvényhatóságnak vagy városnak nyugdíjalap-terhére, melynek területén működik. Ugyanígy kell eljárni avval is, aki kinevezését 15 nap alatt át nem vette. Kiegészíti ezt a 8. §., mely amaz általánosan szokásos határozatot tartalmazza, hogy akinek kinevezése utáni járandósága kevesebb a jelenleg élvezett illetményeinél, az ezen magasabb illetmények (és nyugdíjjogosultság) élvezetében meghagyandó addig, míg annak megfelelő fizetési fokozatába elő nem lép.

Hogy itt lesznek keserűen eső meglepetések, avval számolnunk kell, de reméljük, azok nem lesznek sem igazságtalanságok, sem besugások és bosszúállások eredményei. Ha egyszer az állam maga akarja kezébe venni az ország közegészségügyének intézését, érthető, hogy maga akarja végezni az intézők személyi kiválogatását is. Nincs okunk feltételezni, hogy ezt a maga érdekei — tehát a közérdek ellen végezné és hogy a tőle elvárható méltányosságot is ne gyakorolná adott esetekben.

A javaslat *vegyes rendelkezéseiben* több olyan intézkedés mellett, melyekről már megemlékeztünk, az Országos Közegészségi Tanácsot is újra törvénybe iktatja, mint a belügyminister véleménynyilvánító és indítványozó szervét. Uj neve: *Országos Közegészségügyi Tanács* és három hónapon belül újjá kell alakítani nagyjából az eddigiek szerint. Novum, hogy a tagok megbízatása 6 év helyett csak 3 év és az újraalakítás minden harmadik évben megtörténik és hogy az elnök meghallgatásával kinevezett tagok száma minimálisan 24, mit az egyes szakmák kellő képviselete követel meg. De kapott a tanács egy csomó új „hivatalbóli" tagot, akiknek mint laikus elemeknek ilyen tömeges bevonását a tanácskozásokba nem tartjuk sem szerencsés, sem takarékos gondolatnak, tekintve, hogy az esetek 95%-ában hozzáértés és érdeklődés nélkül fognak ott ülni. Ez pedig avval jár majd, hogy elmaradoznak és akkor sem lesznek ott, mikor tárcájukba vágó dolgokról lészen szó. Eddig csak a belügy, a közoktatásügy, a földmívelésügy és honvédelmi tárca volt képviselve egy-egy többnyire orvoskiküldöttel. Az újak között magától értetődőknek látjuk az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatóját és az Országos Orvosi Kamara elnökét; — de teljesen fölöslegesnek érezzük az iparügyi-, a kereskedelem és közlekedésügyi-, az igazságügyi ministeriumok állandó képviseletét és a központi statisztikai hivatal elnökét, akiknek képviseletét a Tanács mindig kérheti, ha tárcájuk érdekeibe vágó tárgyak kerülnek napirendre, mint az eddig is történt. Nem találjuk azonban a hivatalos képviseletek között Budapest székesfőváros tiszti főorvosát, akinek pedig mindenkori jelenléte — mint a tapasztalat mutatja — szinte nélkülözhetetlen.

Még egy komoly kifogásunk van az 5. pont ellen, amely azt mondja, hogy *„A Tanács szervezeti szabályzatát és ügyrendjét a belügyminister állapítja meg."* — Ez csak tévedés lehet. Elvégre a Tanács és a belügyminister viszonya épen olyan bizalmon alapuló, mint a háziorvosé és a családé. Ha még tanácsadó orvosainak kiválogatásában is legalább meghallgatja a minister a Tanács elnökét, miért akarja minden meghallgatásuk nélkül maga szabni meg, hogy miként gyógyítsanak és hogy végezzék dolgukat? A legtermészetesebb az volna, hogy a Tanács maga alkossa meg szervezeti szabályzatát és ügyrendjét; — de ha már beleszólást és correctiót akar magának a belügyminister biztosítani, kösse ki magának a jóváhagyást, — úgy mint az eddig is volt.

Fontos itt még az a közérdekű rendelkezés, hogy *kolera* és *pestis*, továbbá a *diphtheria* és a *hastyphus* meg előzése céljából a belügyminister *a kötelező védőoltást rendelheti el*, aminek haszna és helyessége orvosok előtt bizonyításra nem szorul. Aktuális nálunk jelenleg csak a diphtheria és hastyphus elleni védekezés. Az előbbit máris 18 vármegye elrendelte és eddig egymillió iskolás gyermeket oltottak be anatoxinnal igen jó eredménnyel. Komoly mérlegelés tárgya, hogy ne rendeltessék-e el országszerte kötelezőnek. A hastyphust úgy látszik nem sikerül egyes fertőzött területekről gyökeresen kiirtani. Itt a józan védekezés egyik életmentő eszköze a fenyegetett lakosság typhusvaccinával beoltása, ami a betegség ellen ha nem is véd, de azt sokkal könnyebb lefolyásúvá teszi.

*

Evvel befejeztük a törvényjavaslat ismertetését. Legyen most szó arról, ami nincs benne, vagy kimaradt

belőle. Már bevezető szavainkban kifejtettük, hogy az a nagyvonalú egészségvédelmi munka, melynek alapjait csendes munkával, az Országos Közegészségügyi Intézet áldásos működésének támogatásával és az egész országra kiterjesztésével már *Scholtz Kornél* államtitkár rakta le, központból egységesen irányított szervezést és szakemberekből álló vezérkart és vezért kíván, ha értékes eredményeket akar felmutatni. Csalódottan állapítjuk meg, hogy ez a törvénytervezet nemcsak azért félmunka, mert a hatósági orvosi szolgálat államosítását csak a felsőbb regiókban viszi keresztül, meghagyván azt a peripheriákon továbbra is a gyógyítással amúgy is túlterhelt városi, községi és körorvosok kezében, — hanem csonka és tökéletlen azért is, mert ennek az egészségvédelmi harcba vitt seregnek nem gondoskodik kellő és szakszerű vezetéséről. A belügyminister úr elgondolásából ez nem hiányzott, tanuskodik róla mult év decemberében tartott parlamenti beszéde, s hivatalos lapjának, a *„Népegészségügy"*-nek januári számában megjelent egészségügyi programmja, melyben egy *„egészségügyi csúcsszerv"*-ről emlékezett meg, mely a jól megszervezett és államosított egészségvédelmi munkát a belügyminister oldalán és politikai felelőssége mellett központilag irányítani és vezetni fogja. A képviselőházhoz benyújtott javaslatból azonban már ez a „csúcsszerv" vagy „közegészségügyi csoport", melynek vezetője természetesen csak szakember, tehát orvos lehet, — kimaradt és csak az „indokolásban" szól róla némi melankoliával belügyminiszterünk, avval vigasztalva bennünket és — úgy érezzük — önmagát is, hogy a *központi vezetés kérdését legközelebb külön törvényjavaslatban fogja szabályozni.* Ez mindenesetre kissé különösen hangzik az indokolásnak ama pár sorral előbb elhangzó vallomása után, hogy „A központi főhatóság, valamint az alsófokú szervek közötti szoros egység és összhang garantiája a közegészségügyi tevékenység hatásosságának."

Mi történt itt, ami a belügyministert a hangoztatott „szoros egység és összhang" ellenére a központi vezetőfactor egyidejű megalkotásától visszatartotta? Itt valami hibát sejtünk; valami idegen befolyás érvényesülését, ami mindig olyankor szokott bekövetkezni, amikor már senki sem várja; hogy kicsúfolja és megrontsa mindazoknak örömét, akik szépet és jót akarnak alkotni, vagy évtizedes áldozatos munkájuk és tudásuk alapján méltán remélhették, hogy végre elismertetik az ő érdemük és hozzáértésük is. Ez a káros befolyás pedig nem lehetett más, mint alacsony és kicsinyes féltékenység az orvosi szakértelem előretörése, vezető szerephez jutása miatt, amit ha az adott helyzet folytán kényszerűségből el is kell viselni, de intézményesen törvényben biztosítani, — az már minden jogászi képzeletet felülmúl!

Pedig nem fog menni máskép — tisztelt jogász uraink! Ha legalul és alul mindenütt mi fáradunk és áldozunk életet és egészséget, ha az országmentő szervezet törzsét és lüktető szivét is a mi munkánk teszi, nem engedhetjük, hogy egy idegen fej üljön e törzsön: — nem azért, mert jogászi, hanem mert nem ért hozzá! — Minden más tárca-resorthoz érthetnek a jogász urak a pénzügytan, nemzetgazdaságtan, kereskedelmi jog, büntető jog, és nem tudom micsoda jogok révén: — de egészségjog nincs, és a mi tudományunkhoz még csak nem is konyítanak. Hogy volna hát egy ilyen „közegészségügyi csúcsszerv" felelős vezetése másra — mint a közegészségügyben jártas orvosra bízható? És ha már ezt évek óta mindenki be is látja, kiváló orvosvezetők bizonyították be vezető államtitkári állásban arravalóságukat, mi akadálya lehet annak, hogy a való élet bevált tapasztalata törvényben nyerjen állandósítást és biztosíttassék ebben a belügyministerünk által is hangoztatott continuitas? Kinek árt ez?, milyen jogászi dogmát vagy érdeket sért ez épen ma, mikor annyit szónokolnak a szakértelem megbecsüléséről és érvényesülésének lehetővé tételéről? vagy csak csalétek akar ez lenni?

Komoly szavunk van a kormányhoz és parlamenthez, ahol most dől el a jasalat sorsa, hogy ilyen csonkán, „központi csúcsszerv" és orvos-vezér nélkül kerül-e ki abból a kohóból, melyben az ország és a nemzet sorsa ízzik. Kezünk ökölbeszorul és pirultan égő arccal kérdezzük *vitéz leveldi Kozma Miklóst,* kiben bízni meg nem szüntünk, hogy vajjon kap-e az orvosi szakértelem törvényben biztosított vezető-szerepet az ország közegészségügyének intézésében, — vagy álljunk hát félre valamennyien, akik szakértelmünkkel mindíg készségesen állottunk a magyar állam és igazságszolgáltatás rendelkezésére? *Vámossy prof.*

Pavlov Iván

Pavlov Iván Petrovics bekövetkezett halála az emberiséget nemcsak a legnagyobb fiziologusától, hanem általában egyik legnagyobb zsenijétől fosztotta meg. Pavlov élete műve egyike azoknak a keveseknek, amelyek az ember életét döntően befolyásolják. Bertrand Russell a modern angol filozofus Pavlov zsenijét Galileivel helyezi egy színtre.

Pavlov 1849 szeptember 14-én (ó-görög időszámítás szerint) született Ryazan kerület kis falujában, hol atyja a kis orosz falu pópája volt. A szent-pétervári orvos-sebész akadémiát végezte; 1883-ban nyert orvosdoktori fokot, de az első dolgozatai már 1878/79-ben jelentek meg. 1884-ben magántanár. Két évig dolgozott Németországban *Ludwignál* és *Heidenhain*-nál, 1896-ban a tomsk-i egyetemen a gyógyszertan ny. rk. tanára, de már ebben az évben a szt.-pétervári katonai orvosi akadémiára hívják. 1897-ben lett ordinarius és a kisérleti orvosi intézet fiziologiai osztályának vezetője. 1904-ben megkapta az orvosi Nobel díjat. 1907-ben az orosz tudományos akadémia rendes tagja és a Royal Society of London Foreign memberje. 1928-ban a Harvey trecentenarium alkalmából a londoni Royal Coll. of Physician tiszteletbeli tagjává választották. A 15. moszkvai fiziologus világkongresszus elnöke volt. Hosszú pályafutása során tehát megkapta mindazt, amivel a társadalom a kutatóval szemben hálá-ját és elismerését igyekszik kifejezni. És mégis, olyan jellemzően az igazi alkotó zsenie művére, mindezek a kitüntetések eltörpülnek eredményeinek objektiv értékei mögött. Olyan nagyok ezek, hogy sokkal inkább kölcsönöz *Pavlov* fényt ezeknek a kitüntetéseknek, mint ezek a kitüntetések őneki.

Munkássága főként két területen mozgott. Egy rövidebb időszak után, amely során a sziv beidegzésével foglalkozott, az emésztő mirigyek fiziológiájára tért át. Felújította *de Graaf*-nak 1677-ben kidolgozott nyál és gyomorfisztula módszerét és ezzel a módszerrel úgyszólván maradék nélkül megoldotta a nyál, gyomor és pankreas nedv elválasztás élettanának minden problémáját. E munkája közben fedezte fel az u. n. feltételes reflexet. És ez volt azután az a kulcs, amely *Pavlov* kezében alkalmasnak bizonyult arra, hogy vele a központi idegrendszer normális működési módjának számos problémáját megoldja. *Pavlow* felfedezéséig a fiziologusok csak a feltétlen reflexet ismerték, mint az állatnak a külvilág ingereire adott válaszának egyetlen módját. A feltétlen reflexnek egyik legegyszerűbb esete a következő. Ha a szájba hust teszünk, akkor azonnal megindul a nyál elválasztás. Ez

a reflex feltétlenül minden esetben végbe megy az illető állatfaj minden egyes tagjában, mégpedig mindegyikben teljesen azonosan. Ugy, hogy azt lehet mondani, hogy a feltétlen reflexek a faj által szerzett tapasztalatoknak az egyén által örökölt emlékképei.

De az emberi és az állati viselkedést jórészt a saját élete folyamán szerzett tapasztalatok alakítják ki. Az állat vagy ember megtanulhat valamilyen új ingert, mint jelet és összekapcsolhatja valamilyen feltétlen reflex ingerével, úgy hogy később a feltétlen reflex ingere nélkül már csupán a jelre is bekövetkezik a feltétlen ingerhatás. Másrészt az egy bizonyos ingerre adott örökölt reflexválaszt az ember vagy állat módosítani tudja, vagy pedig teljesen új választ tud felépíteni mint pl. a beszéd. Mindezek feltételes reflexek. *Pavlov*-nak az érdeme, hogy felderítette mindezt a finom és bonyolult mechanizmust, amellyel ezek a reflexek felépülnek, kombinálódnak, élnek, módosulnak, elhalványodnak vagy kitolódnak. Hogy milyen alapvetők ezek a felfedezések, azt mutatja az a körülmény, hogy a feltételes reflexek fiziologiájának objektiv eredményeire alkalmazhatók az emberi viselkedés és gondolkodás analyzisének egészen más módszerrel — az introspektiv psycho-analysissel — nyert következtetései. —

A tudományos kutatómunka értékét is csak úgy lehet mérni, mint valamilyen energiát. Ennek is megvan az intenzitási és kapacitási faktora. Az intenzitási faktort úgy mérhetjük, ha összehasonlítjuk az ismertnek világosságát és pontosságát a felfedezés előtt és a felfedezés után. A kapacitást pedig azzal a változástömegel mérhetjük, amelyet a felfedezés a kutatómunkában és általában az ember életében okozott.

Pavlov munkássága mindkét szempontból nézve óriási. Felfedezései előtt a nyál elválasztásának csupán reflexpályái voltak ismertek és azok a változások, amelyek ezek mesterséges ingerlésére következtek be. A gyomor és pankreas esetében pedig még ezek sem. *Pavlov* mindezeket a kérdéseket tisztázta még pedig — és ez az élettan számára különösen fontos — nem erőltetett és mesterséges kisérleti körülmények között, hanem a legtermészetesebb, fiziologiás viszonyok alatt. A központi idegrendszer élettana esetében a felfedezésnek az intenzitási faktora pedig még magasabb, mert itt *Pavlov* voltaképen teljesen újjonnan fedezte fel nemcsak a központi idegrendszer működésének törvényeit, hanem az azok felfedezésére alkalmas módszert is.

Az Edingbourgh-ban tartott élettani kongresszuson midőn az akkor még élő Sir Eduard Sharpey-Schäfer az angol fiziologia nestora és *Pavlov* találkoztak, *Pavlov* azzal üdvözölte *Schäfert*, hogy „Ön és én ketten maradtunk meg csupán fiziologusnak". — A fiziologiára is csak úgy mint minden tudományra érvényes a fejlődés könyörtelen törvénye: „Progress is from simple to the complicated". A fiziologia talán jobban esett ennek a törvénynek áldozatául, mint bármely más tudomány, sokszorosan túlnőtte egyetlen emberi agyvelő kapacitását. Már egyes ágai is túl nagyok. *Pavlov*-val tehát nemcsak az utolsó emberi mester-agyvelő szünt meg működni, amelyik képes volt a fiziológiát egészében alkotóan magába foglalni, hanem vele együtt a fiziologiának az az átfoghatósága is, amelyet ezek az agyvelők még bírtak.

Pavlov hűséges jellem volt. Hű volt tudományához és nemzetéhez. Világháborúban, teljes társadalmi és gazdasági összeomláson, s egy ideig tartó személyes nyomoron keresztül is kitartott mind a kettő mellett és soha sem hagyta el a hajót akár milyen veszélyben forgott is. „Tout passe, mai la vie est immortelle c'est elle qu'il faut aimer, dans ses figueres sans cesse renouvellées."

Beznák prof.

Megjegyzés
a „Histaminkezelés okozta gyomorpanaszok"-ra

(Friedrich L. O. H. 9. sz.)

Histaminiontophoresis, sőt histaminkenőcs erélyes bedörzsölése alkalmával a bőrön át histamin kerül a szervezetbe. Ezt már *Deutsch* is észrevette és több szerző megerősítette ezirányú tapasztalatait. Míg azonban *Deutsch* megfigyelései közvetlen a kezelés alatt vagy után előálló vasoneuralis tünetekre (szédülés, hevülés, vértolulás, rosszullét) vonatkoztak, *első izben én tettem említést azokról a gyomortünetekről,* melyek sorozatos histaminkezelés nyomán bizonyos egyéneken mutatkozhatnak. Ugyanis 1932-ben, amidőn histaminnal huzamosabb időn át önkísérleteket végeztem a histaminiontophoresis elméleti és gyakorlati kérdéscomplexumának kutatása céljából, észrevettem, hogy egyébként is savbőségre hajlamos gyomrom minden alimentaris ártalom nélkül renitenskedni kezdett, többnyire gyomorégést kaptam, néha azonban enyhe görcsökig is fokozódott panaszom. Hasonló megfigyelést tettem egyik betegünkön is, kit subacut vállizületi gyulladása miatt histaminnal kezeltem és akinek kórtörténetében idősült gyomorhurut szerepelt. Hogy a mi nagy poliklinikai anyagunkon ilyen észleletre alkalmam többé nem nyílott, azt kizárólag annak tudhatom be, hogy 1932 óta iontophoresis céljaira *histamin helyett dionint alkalmaztunk,* mely anyag az én felismerésem alapján iontophoresisben *a histaminnal teljesen azonos gyógyhatásúnak bizonyult* (Strahlentherapie 1934, 49. k. — Münch. med. Wschr. 1934. 50. sz. stb., stb.). Legyen szabad a figyelmet felhívni az O. H. 1934. 21. számában megjelent munkámra, melyben a histamin és a dionin alkalmazhatóságát összehasonlítólag tárgyalva a histamin ellen a következő kifogásokat hoztam fel: „A histamin 1. bomlékony; 2. bizonyos egyéneken apró kellemetlenségtől kivételesen rosszullétig fokozódó mérgezési tüneteket képes kiváltani; 3. a gyomormirigyekre serkentőleg hat, ezért savbővés egyéneken hosszabb kezelés folyamán gyomorpanaszokat idézhet elő."

Friedrich idősült gyomorhurutban szenvedő betegek histaminkezelésével szemben messzemenő óvatosságot ajánl. Én a fentiek alapján ezt nemcsak helyeselem, hanem a dioniniontophoresis teljes ártalmatlanságára hivatkozással elvként szögezném le, hogy általában histamin helyett a jóval olcsóbb dionint alkalmazzuk iontophoretikus kezelésekhez. A kezelés kivitele egyszerű és azonos a histaminével. Az anódként szolgáló lemez nedvesítésére a következő oldatot használjuk: Rp. Aethylmorphini hydrochlor. gm 1.0, Sacchari gm 40.0, Aquae fontis ad gm 200.0. Mfs. A rendelő részére a legalkalmasabb, ha az orvos maga készíti el az oldatot.

Lévai Mihály dr.,
tb. plk. assistens.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Bíró Béla dr.*, m. kir. rendőrorvostanácsosnak és *Markovits Ferenc dr.* egyetemi tanársegédnek a budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerős tette.

Bársony János professor emléke. Tíz éve, hogy meghalt *Bársony János* professor, volt rector manificus, az egyetemi I. sz. női klinika 23 éven át igazgatója, a *Magyar Orvosok Nemzeti Egyesületének* disztagja. Em-

lékére március 1-én a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete gyászünnepséget rendezett a Kerepesi-úti temetőben, ahol a sürü eső ellenére is hatalmas tömeg jelent meg. Az emlékező beszédek a halottasház előtti fedett térségen hangzottak el. Elsőnek *Darányi Gyula* professor, ei. dékán szólott a Pázmány Péter Tudományegyetem *orvostanári karának nevében. Darányi* professor beszéde és bölcs intelmei után *Kenyeres Balázs* prof., prorector, a *MONE elnöke* szólott a közönséghez, majd *Bakay Lajos* professor, mint a *Csaba Bajtársi Egyesület* magistere emlékezett meg szép és lelkes szavakkal Bársony Jánosról. *Thurn-Rumbach István* egyet. m. tanár, az *I. sz. női klinika nevében* és képviseletében mondott ezután meghatódott szavakat. *Batizfalvy János* egyet. m. tanár, a *II. sz. női klinika képviseletében* emlékezett meg Bársony Jánosról *A Budapesti m. kir. Bábaképző Intézet* nevében *Burger Károly* igazgató-tanár mondott beszédet. *Az Országos Stefánia Szövetség képviseletében a Szövetség védőnőképző intézete növendékeinek élén Szénásy József főorvos jelent meg. Az egykori tanítványok nevében Avarffy Elek* főorvos szólott.

A beszédek elhangzása után a nagyszámban összegyült közönség hosszú menetben indult el Bársony professor sírjához. Elől haladtak *Bakay* professor vezetésével *Radnóthy Gábor* vezérrel az élén a Csaba díszszázada, majd a védőnők díszes csapata, *Darányi Gyula, Balogh Ernő, Frigyesi József, Kelen Béla, Safranek János, Wenczel Tivadar* egyet. tanárok *Bársony János professor özvegyével és leányával,* majd a főorvosok, volt asszisztensek, tanítványok, barátok, tiszteletők, a régi hü bábák és intézeti alkalmazottak lépkedtek. A sirnál a koszoruk elhelyezése következett, a koszoru tömeg magasan beborította Bársony János sirját. A hatalmas tömeg a magyar földet termékenyítő márciusi esőben lassan szétoszladozott azzal a felemelő érzéssel a szivekben, hogy *Bársony János szelleme él és élni fog ezután is közöttünk mindig!*

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége f. évi február hó 22-én tartott választmányi ülésén elhatározta, hogy az ezidén az *Orvosi Nagyhét*-tel kapcsolatban megrendezendő *Kórházügyi Kiállítás*-át az eddig szokásosnál lényegesen nagyobb keretek között kivánja megvalósítani. Erre a lehetőséget az adja meg, hogy a József Müegyetem Rector Magnificusának megértő támogatásával és előzékenységével sikerült az Orvosi Nagyhét és a kiállítás részére a Müegyetem központi épületében a szükséges helyiségeket biztosítani. A kiállítás, amelyen a *magyar gyógyszervegyészeti, orvosi műszerészi és élelmezési ipar* vonul fel újdonságaival, ez idén *fürdőügyi és orvostudományi* kiállítással bővül. A fürdőügyi kiállítás megvát a *Budapest Fürdőváros Rectospectiv Bibliographiai Kiállítása* fogja képezni, melyhez remélhetőleg vidéki fürdőink is csatlakozni fognak. A tudományos kiállításon a Nagyhét vitakérdéséhez alkalmazkodva a luesre vonatkozó tudományos anyag kerül bemutatásra. Miután a Nagyhetet közvetlen megelőzve nemzetközi rák-tanfolyam is lesz Budapesten, a rákkutatásra vonatkozó tudományos anyag is kiállításra kerül. Ezenkivül tervbe van véve a Szövetség részéről az *ideális kórház és az eddigi kórházi szabványozott felszerelési tárgyak* bemutatása is. Nagyban fokozza az idei kórházügyi kiállítás jelentőségét, hogy nemcsak a hazai orvostársadalom, de a fentjelzett rák-tanfolyamra meghivott kiváló külföldi tudósok látogatására is számithat, miért is nemzeti feladat, hogy úgy az ipari, mint a tudományos és fürdőpropaganda-rész teljesitőképességének a legjavát nyujtsa. A rendezőség tagjai a *Magyar Orvosok Tudományos Egyesületeinek Szövetsége* részéről *Manninger Vilmos dr.*, egyetemi rk. tanár, a *Budapesti Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság* részéről *bilkei Pap Lajos dr.* egyetemi magántanár, igazgatóföorvos és a *Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége* részéről *Rausch Zoltán dr.* egyetemi magántanár.

A Ferencvárosi Orvostársaság *Torday A.* elnöklete alatt márc. 2-án tartott népes választmányi ülésén elhatározta, hogy folytatja vezetőségének azon actióját, amelynek célja a kamarai választásokra egységes lista megteremtése olymódon, hogy az egyes kerületekben lakó orvosok számarányát kerületenkint arányosan tekintetbe véve, — azok az orvostársaságokon belül állapitassanak meg. Oly egységes lista összeállítása kivánatos továbbá, mely biztosítja minden számbavehető egyesülésnek igazságos igénylését. Az előkészületek folytatására, nevezetesen a többi kerületi orvostársasággal szoros együttmüködésre és az érdekelt egyesületekkel történő tárgyalások kivitelére *Herepey Csákányi, Cseh-Szombathy, Kollarits* és *Faragó* főtitkárokból álló bizottságot küldte ki.

Az „Association Internationale de Médicine Physique et de Physiotherapie" VI nemzetközi congressusát Londonban tartja f. év május 12-től 16-ig *Günzburg* professor elnöklete alatt, aki felhivással fordul magyar barátaihoz, hogy a tudományos szempontból és külsőségeiben is fényesnek igérkező londoni physikotherapiás congressuson Magyarország is minél tekintélyesebben képviselve legyen. A Nemzetközi Physikotherapiás Orvosok Egyesülete müködését nemzeti bizottságok útján fejti ki és ezért a congressus sikere érdekében magyar nemzeti albizottság megalakitását javasolta. A bizottság két megbizottat küld Londonba a congressusra, akik a hivatalos képviseleten kivül kellő súllyal vesznek részt mindazon tárgyalásokon és munkálatokban, melyek a physikotherapia egyetemi tanításának európaszerte való megvilágitására vonatkoznak, melyek a különböző physikalis gyógytényezők élettani hatásainak pontos vizsgálatait célozzák és pontos therapiás javalatait lehetővé teszik.

Időközben a magyar comité megalakult körülbelül 20 taggal és felszólit minden magyar orvost, aki physikotherapiával és orvosi physikával foglalkozik (pl. röntgen szakorvosokat) és ezen nemzetközi munkában résztvenni kiván, hogy belépési szándékát *dr. bilkei Pap Lajos* címére (Budapest, I., Szt. Gelért-fürdő) jelentse be. Tagsági díj ez évre 50 belga Fr. (kb. 9 P.).

A comité nemzeti célja: a physikalis gyógymódok hatásmechanismusának közelebbi megismerése, tanításának és müvelésének népszerüsítése hazánkban.

A III. nemzetközi összehasonlító pathologiai congressust idén április 15. és 18.-a között Athenben tartják. A congressus tanácskozásainak tárgyait az emberi, állati s a növényi pathologia rokonvonatkozású kérdései képezik. Az echinococcus-betegségen, leishmanniosison, a spirochaeták által okozott infectiókon kivül az emberi pathologiából a nephrosisok, avitiminosisok, az állati pathologiából pedig az anaerob fertőzések szerepelnek vitakérdésekként. A növényi pathologiában különösen a növények immunitása kerül napirendre. A congressus keretén belül a résztvevők természetesen megtekintik Görögország történelmi és mithologiai nevezetességeit. A hajó- és vasuttársaságok nagy kedvezményeket nyujtanak. A congressus elnöke *W. Bensis,* az athéni orvosi facultas belgyógyász-professora. Magyarországról részvételüket eddig *Balogh Ernő, Belák Sándor* és *Darányi Gyula* professorok jelentették be. Érdeklődök *Dr. Ant. Codounis* magántanár titkárhoz fordulhatnak, Club Universitaire, 15 rue Hippocrate, Athénes, esetleg a hivatalosan megbizott „Transcontinent" utazási iroda (V., Dorottya u. 7.) révén.

Egészségvédelmi előadás Cegléden. A ceglédi tiszti orvosi hivatal, a Stefánia Szövetség, a MANSZ fiókja, az Ipartestület és a Népmüvelési Bizottság együttesen *egészségvédelmi előadást* rendeztek Ceglégen, melyen 870 Cegléd városi és a környező tanyák magyar asszonyai vettek részt. Az előadáson megjelent *Sárkány Gyula* kormányfőtanácsos, Cegléd város polgármestere, *Dezső Kázmér* Nagykörös polgármestere, *Lux Ervin dr.* városi orvos és még számosan a város előkelőségei közül. Az *„Anyák iskolája"* keretében *Szénásy József dr.*, az Orsz. Stefánia Szövetség főorvosa tartott előadást, amely után *Avarffy Elek dr.*, a MONE alelnöke szólott a ceglédi magyar anyákhoz és nemzeti szempontból megvilágította a magyar anya- és gyermekvédelem nagy jelentőségét.

A rheumakórház felállitása. *Kozma* belügyminiszter a sajtónak adott tájékoztatójában az általános közegészségügyi kérdések mellett kitért a kórházügyre is és úgy nyilatkozott, hogy nem tartja szükségesnek Budapesten az újabb kórházépítkezéseket. Kivételt képez azonban a rheumakórház (fürdőkórház), mely egy régi hiányt van hivatva pótolni és annak a megvalósitása időszerü és szükséges. A miniszternek ezzel az állásfoglalásával a rheumakórház ügyének megvalósítása döntő stadiumba jutott, mert máris folynak atekintetben tárgyalások, hogy hogyan lehetne egy hosszú évek óta vajudó kérdést dülőre vinni. Socialis szempontok is indokolják ennek a kérdésnek minél sürgősebb elintézését és a tudományos fürdőkutatás is hiányt szenved mindaddig, amig nem lesz olyan alkalmas beteganyag, amelyen elért eredményekkel ki tudjuk mutatni a budapesti gyógyvizek hatását a beteg szervezetre. A multban különböző tervek merültek fel, a kérdés azonban még teljesen tisztázatlan. Szóbakerült a rheumakórház szempontjából a Széchenyi-fürdő, egyesek a Szent Imre Gyógyfürdőt hozták javaslatba, mig újabban úgy halljuk, hogy a Császár-fürdő foglalkozik egy rheumakórháznak a felállításával. Akárhol legyen is ez a fürdőkórház, feltétlenül mulhatatlan hiányt fog pótolni, mert addig nem beszélhetünk Budapest Fürdővárosról, amig nem tudunk produkálni egy olyan fürdőkórházat, amely szegény és gazdag előtt egyformán meg tudja nyitni a gyógyulás lehetőségeit.

A nemi betegségek elterjedése Németországban. 1934. január 15-től február 15-ig Németországban az összes orvosok és gyógyintézetek 97.3%-ának részvételével összeszámolták a nemi betegségben szenvedőket. A beérkezett adatok szerint ez alatt az idő alatt 225.000 új megbetegedést számoltak össze, melyek 77.8%-a kankóra, 20.8%-a vérbajra (syphilis) és 1.4%-a más nemi betegségekre esett. A 20. életévtől a 34-ig terjedő legfontosabb életkorban 115.000 beteg férfit és 48.000 beteg nőt találtak. Kb. 4000 gyermek született vérbaj külső jeleivel. Ha ehhez kb. háromszor annyit veszünk hozzá olyanokként, akik hasonló bajok miatt még mindig kezelés alatt állanak, akkor ezek száma kb. 675.000-et tesz ki. Ez esetben azokról még nem is szóltunk, akik rendszeres orvosi kezelésben nem részesülnek.

Ha a nemi betegségben szenvedők gyógykezelésére évenként és fejenként csak 100 birodalmi márkát számítunk is, akkor 90 millió összeg jön ki. Ehhez még hozzá kell számítani azokat a veszteségeket, amelyek azáltal jönnek létre, hogy beteg, vagy legalább is gyenge utódok jönnek a világra, nem is szólva arról, hogy e betegségek következtében hány születés marad el egyáltalában. Nem csoda, ha a nemzetgazdaság ilyen óriási kára Hitlert a következő szavakra ragadta: *„A nemi kérdés nem a kérdések egyike a többi között, hanem maga a nagy kérdés."*

Brüsszeli orvosok tanulmányi kirándulása Budapestre. Április közepére egy nagyobbszámú belga orvoscsoport érkezését jelezték Budapestre. Az orvoscsoportot *Török Richárd* brüsszeli hazánkfia szervezi. Az orvosok 6 napot fognak Budapesten tölteni és 4 napot a Balaton meglátogatására fognak szánni.

A svéd Orvosszövetség főtitkára *Gunno Wilners dr.*, aki az ősszel Budapesten járt és a Svéd Orvosszövetség megbízásából Budapest gyógyfürdőit tanulmányozta, a napokban a Svéd Királyi Orvosszövetségben képekkel is illustrált tudományos előadást tartott Budapest gyógytényezőiről igen előkelő hallgatóság előtt.

Amint látjuk, orvoskörökben fokozottabb érdeklődés mutatkozik most már Budapest gyógytényezőivel szemben. Az előadás füzet alakjában is megjelent és azt minden számottevő belgyógyásznak elküldötte az illustris előadó, aki Magyarország igen nagy barátjának mutatkozott már a multban is.

Pályázat egyetemi tanszékre. A vallás- és közoktatásügyi miniszter a szegedi Ferenc József Tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő bonctani, szövet- és fejlődéstani tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A pályázni óhajtók kérvényeiket mostani előljáró hatóságuk útján, amennyiben nem állami alkalmazottak, közvetlenül a szegedi Tudományegyetem orvostudományi karához március 31-ig nyújtsák be.

Kimutatás 1936. február 2.—29-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	3	1	1	—	1	—	3	—	—	—	1	—	56	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	6	2	1	—	5	—	8	—	—	—	—	—	7	4	2	—	—
4. Békés	335.874	3	—	—	—	4	—	13	—	—	—	—	1	78	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	1	—	2	1	2	—	—	—	—	—	59	3	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	7	—	3	—	2	1	3	1	—	—	—	—	23	3	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	—	—	—	8	—	4	—	—	—	—	—	62	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	—	1	—	—	4	1	8	—	—	—	—	—	19	1	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	1	—	3	—	3	—	—	—	1	—	45	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	6	—	6	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
12. Heves	322.207	5	—	—	—	9	—	2	—	—	—	—	—	23	2	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	1	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	32	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	—	—	3	—	10	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	2	1	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	62	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	10	1	7	3	24	2	41	—	—	—	—	—	122	6	—	—	—
17. Somogy	389.792	—	1	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	71	1	1	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	6	1	1	—	9	1	15	—	—	—	—	—	35	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	8	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	7	—	14	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
22. Vas	273.776	3	—	2	—	5	—	6	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—
23. Veszprém	246.551	5	1	—	—	2	1	8	—	—	—	—	—	63	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	—	—	—	5	1	4	—	—	—	—	—	39	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	10	2	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
I. Baja	29.791	1	1	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	—	—	3	—	32	—	65	—	—	—	—	—	55	4	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	1	—	5	2	—	—	—	—	9	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	4	2	1	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	—	—	2	—	1	—	1	1	—	—	14	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	81	13	22	3	176	10	260	3	1	1	3	1	984	38	7	—	—
Előző évben:		40	6	14	—	248	25	223	7	—	—	1	—	817	81	4	—	—

Az ábrán a lábhátnak erös sérülése, egyidejüleg a nagyujjnak mély zuzódási sebe is látható.

A gyógyulás tíz ultraibolya besugárzás után igen előrehaladott, a hegesedés esztétikai szempontból semmiféle zavaró nyomot nem hagyott vissza. Némely esetben a sarjképződés olyan gyors, hogy a folyamatot pokolkőedzés útján lassítani kell, ami azonban a végeredményt egyáltalában nem befolyásolja károsan.

„Műhibának tartom...

ha a modern seb- és égési seb-kezelésnél nem alkalmazzák az ultraviolett besugárzást, illetve a combinált kezelést kvarc- és Sollux-lámpával, mert ez az ideális kezelési mód." Ezt írja dr. *Bach* titkos eü. tanácsos a „Med. Welt" 1935. évi. 7. számában.

Igen érdekes fejtegetést közöl az ultraviolett besugárzásról Donelly az American Journal of Physical Therapy-ban. Leírja, hogy a Pakard Motor Car Comp. üzemében az ultraviolett besugárzások alkalmazása **üzemi baleseteknél** — mint dr. Georg megállapitotta — 80%-kal csökkentette az ujjamputációkat. Kézsérüléseknél is a **munkaképesség 40%-kal rövidebb idő alatt** állott be újból. — Kessler St. Josephből (Montreal, USA) **az égési sebeknél** alkalmazott új therapiáról, ultraviolett sugarakkal (kvarclámpával) és világító hősugarakkal (Sollux-lámpával) történő combinált besugárzásokról számol be, amelyet ultravörös sugár-hyperaemia-therápiának nevez. Ezt a combinált gyógyeljárást az égési sebek ideális gyógykezelésének mondja, mert a fájdalmat gyorsan csökkenti, az infectiót pedig meggátolja. Ez a gyógymód erös vérbőséget okoz és ezáltal gyorsítja a mérgező anyagok kiválását és a beteg testet újból egyensúlyba hozza.

Az eredeti hanaui mesterséges magaslati nap

új, automatikus gyujtású típusa kapható a **szaküzletekben.**

Az elavult billentő lámpák gyártását a hanaui gyár beszüntette.

Kérje dr. Bach titkos tanácsos „Behandlung von Wunden, auch Brandwunden mit ultravioletten Lichte" című munkájának különlenyomatát.

Részletes ajánlattal, felvilágositással készséggel szolgál:

SIEMENS, BUDAPEST, VI. NAGYMEZŐ-U. 4.

Telefon: *24—3—96.

Organikus chemia. Irta: *Zechmeister László*, egyetemi tanár, két kötetben, I. k.: 1930, II.: 1932, Egy-egy kötet bolti ára 15 P, az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói 12 P-nyi kedvezményes áron portómentesen kapják, az egész munkát pedig 24 P-ért, ha az összeget előre beküldik Egyetemi chemiai intézet Pécs címre (nem a szerző címére).

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

Soós Aladár: Étrendi előirások III. bővitett kiadás — — —	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old, műmelléklettel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)	6.50 P helyett 5.50 P
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve —	25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — —	2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal	4.— P helyett 3.50 P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára	4.— P

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

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

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

Hézagpótló szakujdonság! **Most jelent meg!**

NŐGYÓGYÁSZAT

Pathologia-Diagnosztika-Therápia

Tankönyv gyakorló orvosok számára.

Irta: DR. MANSFELD OTTÓ PÁL egyet. m. tanár, az Uj-Szent János-kórház szülő-nőbeteg osztályának főorvosa.

A magyar szakirodalom husz év óta nélkülözi a gyakorló orvosok számára megfelelő teljes nőgyógyászati szakkönyvet! Ez a mű elsősorban a gyakorló orvos szükségleteit tartja szem előtt, — részletesen tárgyalja az egyes kórformák kórismézését és gyógykezelését, — világos és szemléltető ábráival, a nőgyógyászatban használatos vények teljes és legrészletesebb ismertetésével minden gyakorló orvos könyvtárának legnélkülözhetetlenebb és legtöbbet forgatott kötete!

Általános therápia — organo- és hormontherápia — műtéti javallatok — bőséges receptura!

E mű megjelentét a teljes magyar orvostársadalom oly általános és osztatlan érdeklődésben részesitette, — **hogy megjelentekor 8 napon belül több mint 800 példány kelt el.**

Különösen gondos és szép kiállitásban rendkivül gazdagon illusztrálva ára füzve P 12·-, kötve 14·-

Előnyös ***havi részletre is*** beszerezhető!

NOVÁK RUDOLF és TÁRSA Orvosi Szakkönyvkereskedés

Budapest, VIII., Baross-utca 21. Telefon: 130-2-17.

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március hó 7-én, délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének napirendje. Előadások: 1. *Steiner Béla:* A gümös agyhártyagyulladások számának emelkedéséről. 2. *Sivó Rudolf* és *Egedy Elemér:* Therapiás kisérletek a kóros vérnyomás-emelkedés befolyásolására. 3. *Julesz Miklós:* Allergiás betegségek és ketogendiaeta.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának március 9-i előadását este 7 órakor *Sebestyén Gyula dr.* egyet. magántanár tartja „Thorakoskopia és thorakokaustika" címmel.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya március 10-én d. u. ½7 órakor a Szent-Gellért-szálló félemeleti dísztermében tartandó ülésének napirendje: 1. *Safranek János:* Balneo-physikalis gyógyitó eljárások jelentősége a felső légutak betegségeiben. 2. *Bilkei Pap Lajos:* A Szent Geilért-gyógyfürdő gyógytényezőinek ismertetése.

A Kir. Magyar Természettudományi Társulat Élettani Szakosztálya márc. 12-én d. u. ½ 7 órakor ülést tart a következő programmal: 1. *Berend Miklós:* Szénsav anhydrase meghatározások a gyomorban. 2. *Simon Sándor, Zsoldos Pál* és *Nagy Ferenc:* A chinin társalkaloidáinak hatása a hőmérsékletre és a simaizmokra.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Fogorvosnak nagyon alkalmas **hallos** ötszobás csukott-erkélyes **lakás** azonnalravagy májusra **kiadó** VII., RÁKÓCZI-UT 52., III. em. (lift)

Pályázati hirdetmény.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórház férfi elme- és idegosztályán elhalálozás folytán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra.

Az állás az állami rendszerü IX. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő illetményekkel van javadalmazva. Előléptetés szempontjából a 300/1935. B. M. sz. rendeletnek a nagyobb kórházak csoportjára vonatkozó intézkedései az irányadók.

Pályázati kérvények a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház igazgatóságához címezve f. é. április hó 30-ig nyújtandók be.

Pályázati kérvényekhez csatolandó:

1. Születési anyakönyvi kivonat.
2. Erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatósággal).
3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány.
4. Magyar orvostudori oklevél, vagy annak hiteles másolata.
5. Szakképzettséget igazoló okmány.
6. Curriculum vitae.
7. Esetleg egyéb szakképzettségről szóló okmányok és eddigi működésről szóló bizonyítványok.

Az állás a választás jogerőre emelkedése után foglalható hel.

Gyöngyös, 1936. március hó 1-én.

Frindt F. József dr.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató.

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLICATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

NOVURIT kup „CHINOIN"

Praeoedema, kezdődő cardialis hydrops kezelésére még fentjáró betegnél. **NOVURIT** injectio helyett minden olyan esetben, ahol befecskendezés nem adható. Hydrophil elhizás kezelésére.

NOVURIT kup darabszám is rendelhető!

1 kup kartonban . . . . . P. 1·30
5 kupot tartalmazó doboz . . . . . P. 6·10

Alkalmazása gazdaságosabb, mint a purindiureticumoké!

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

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

80. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1936. március 14.

ORVOSI HETILAP

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

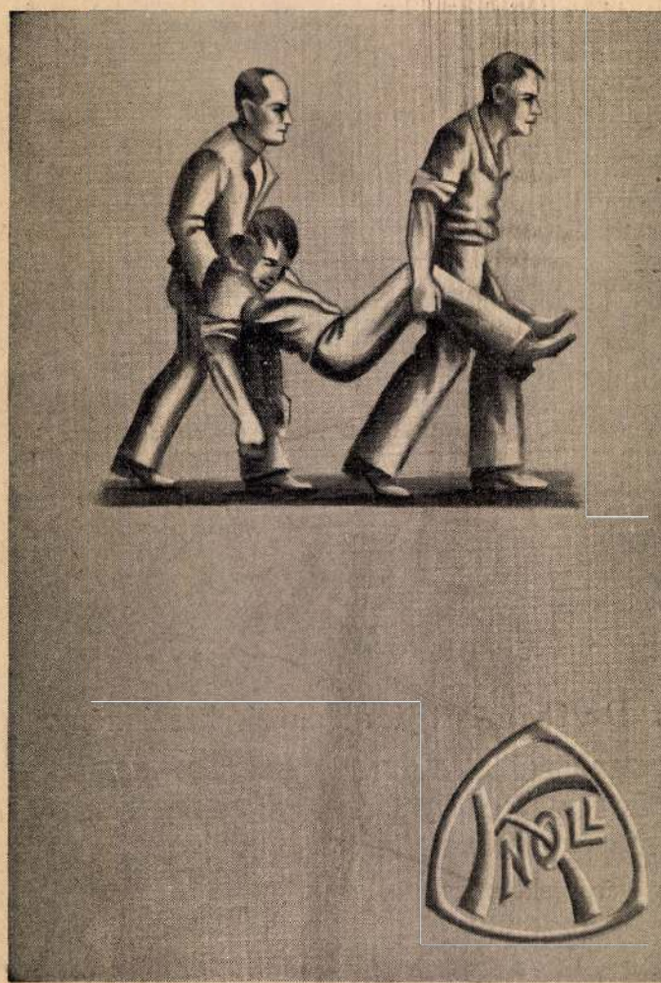
MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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



Cardiazol
(Név védve)

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

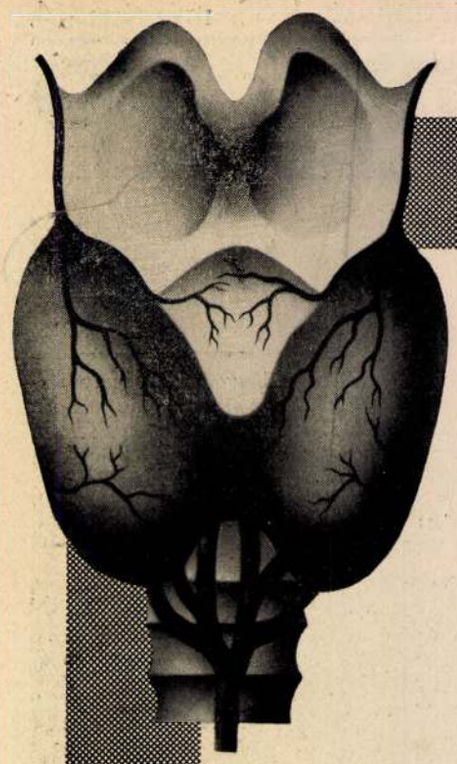
Keringésgyógyszer
cirkulációs zavaroknál (fertőzések, kimerültség stb. következtében).

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

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

a pöstyéni
Gamma iszapkompresz
universalis gyógyeszköze a praktikus orvosnak rheuma, ischias, köszvény, csúz, házikezelésében.

Irodalom főraktár:
PÖSTYÉN fürdő-iroda
Budapest, Károly-körut 3/a.
Telefon: 45-3-82.



Elhizásnál, myoedemánál, kretinizmusnál

ELITYRAN

a standardizált pajzsmirigy-készitmény a teljes mirigy hatásával

Nagy adagokban is jól tűrhető.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:

Tabletták: Cső 30 tablettával à 0.025g
Oldat: Doboz 10 ampullával à 2 ccm

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

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

HALSTERIN

Koncentrált A- és D-vitamint tartalmazó készitmény.

A rachitis prophylaxisára és therapiájára. Étvágytalan, sápadt, gyenge és reconvalescens gyermekeknek.

5 cm^3 solutiót tartalmazó üvegekben.

HALIVITAN

Standardizált és concentrált A-vitamin készitmény.

Növekedésben, fejlődésükben vagy testsulyukban visszamaradt csecsemőknek és gyermekeknek.

Xerophtalmia, keratomalacia és hemeralopia esetén.

5 cm^3 solutiót és 50 tablettát tartalmazó üvegekben kerül forgalomban.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.T., Budapest X.

80. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1936. március 14.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Fekete Sándor: A szövődményes petefészek-daganatok műtéteiről. (235—239. oldal.)
Hajós Károly és Faragó Pál: A környezetallergenek mint a bronchialis asthma okozói. (239—241. oldal.)
Végh József: A hajas fejbőr időleges epilatiojáról. (241—244. oldal.)
László Tibor és Kemény István: A gyomornedv savanyúságának szabályozása „Optacid"-dal. (244—247. oldal.)
Müller Ferenc: Endourethralis primaer sklerosisok. (247—249. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (41—44. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Urologia. — Börgyógyászat. (249—251. o.)
Könyvismertetés: (251. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (251—253. oldal.)
Héjja Pál: Az olasz gyarmati háború egészségügye. (253—256. oldal.)
Vámossy Zoltán: Egy érdekes könyv. (256—257. oldal.)
Vegyes hirek: (257—258. oldal és a borítólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A gr. Apponyi Albert Poliklinika szülészeti és nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: nagyiványi Fekete Sándor.)

A szövődményes petefészek-daganatok műtéteiről.

Irta: *Fekete Sándor dr.*, egyet. magántanár.

Általános az a vélemény, hogy a petefészek valódi daganatait minél előbb műtéti úton el kell távolítani. Ha szövődmények támadnak, akkor a várakozás csak fokozza a bajt. Ez az egységes felfogás hozza magával, hogy a petefészekdaganatok műtéteiről aránylag ritkán jelenik meg közlemény. Többszáz petefészekdaganat műtéte alkalmával mégis adódnak olyan észlelések, amelyek — alkalomadtán hasznos irányítást adnak. Ilyenekről lesz szó a következőkben.

1. A petefészekdaganatok legsúlyosabb formái kétségtelenül a *malignus* daganatok. Lehet, hogy a szövettanilag jóindulatú daganatok kocsánycsavarodása, elgenyedése, megrepedése átmenetileg súlyos klinikai tünetekkel jár, épen ezek miatt azonban a beteg hamarabb keresi fel az orvost s így nagy valószínűséggel gyógyíthatók. A malignitas vagy az eredetileg jóindulatú daganat rosszindulatú elfajulása ilyen, a betegnek is feltűnő jelenségeket nem hoz létre s a beteg elkésve kerül orvos elé. Azonkívül még a gyökeresen s látszólag idejében operált betegeket is nagymértékben fenyegeti a kiujulás — akár a kismedencében, akár a szervezetben másutt, leginkább a csepleszen, gyomorban és májban. 310 petefészekdaganat közül 45 volt rosszindulatú (14.5%); mind a carcinoma különféle szövet formái s ezek közül 26 már cseplesz, s béláttételekkel, tehát inoperabilis szakban kereste fel osztályunkat. A malignus daganatok még egyéb szövődményekre is hajlamosak. Kocsánycsavarodás, bevérzés, nekrobiosis, áttörés több esetben előfordult. Mindkét petefészek eltávolítását 16 esetben végeztük, 3-ban a méhet is eltávolítottuk, 6-ban explorativ hasmetszésre szorítkoztunk. Még az egyszerű műtéteknek is fokozott a halálozása: 2 esetet vesztettünk el a műtét utáni napokban. Ezek egyikében egyik oldalon kiterjedt rákos folyamat volt, ezt az oldalt békén hagytuk, a másik oldalon a daganat kigördítése teljesen simán ment, a műtét percek alatt folyt le, a betegnek mégis nagy láza támadt, s harmadnapra meghalt. A boncoláskor semmi hashártyaizgalmat vagy egyéb, kézzelfogható elváltozást nem találtunk; fel kell tennünk, hogy a daganat kigördítése közben idegen fehérje (daganatanyag) került a keringésbe s ez okozta az intoxicatioszerű állapotot, amellyel az erősalkatú szervezet nem tudott megbirkózni. Az ilyen eset természetesen nem tarthat vissza attól, hogy a daganatot még nehézségek árán is el ne távolítsuk. Az eltávolításnak határt szab ha a daganat sokszorosan össze van kapaszkodva a hólyaggal, sigmabéllel, vékonybelekkel, vagy a medencefallal — úgyszintén ha terjedelmes cseplesz-, bél- s mirigyáttételek vannak.

Rosszindulatú daganat esetén a beteget röntgenbesugárzással igyekszünk a kiújulástól megóvni. Bennhagyott daganat esetén a röntgenezéssel igen óvatosnak kell lenni, mert ezt fokozott szétesés kiséri, a senyvedés fokozódik s a beteg halálát ez még csak sietteti. Nem tudjuk megállapítani, hogy a daganat sikeres eltávolítása után van-e haszna a röntgenbesugárzásnak, de ártalmát egyszer sem láttuk, betegeink közül pedig több 2—3 év mulva is recidivamentes.

2. *Genyedő petefészekdaganatra* kell gondolnunk, ha a betegnek daganatos tünetein kivül láza is van, vérsejtsüllyedése gyors, fehérvérsejtszáma növekedett s ha szervezetében másutt a láz okát nem találjuk meg. Az elkülönítő kórisme szempontjából tekintetbe jön a gyulladásos eredetű genyes adnextumor s a nemzőszervek közelében lefolyó genyes gyulladás, így elsősorban appendicitisből eredő tályog, elgenyedt vesemedence, fertőzött vándorlép. Az elkülönítő kórisme nagy gyakorlati jelentőségű. Elgenyedt adnexdaganat esetén ugyanis lehetőleg nem végzünk műtétet, ha azonban a lázaskodás a conservativ gyógyítás ellenére elhúzódik, a daganat szemlátomást növekedik, áttörni készül a hasürbe vagy a környező szervekbe, akkor palliativ műtétet végzünk, lehetőleg a hüvelyen át vagy a hasfal felől extraperitonealisan. Elgenyedt

petefészekdaganat inkább fenyeget áttöréssel a hasürbe, mert körülötte még nem képződött ki a védő kötőszövet, a kötőszöveti reactio csekély foka miatt önkéntes gyógyulásra nem számíthatunk — míg adnextumor kapcsán ez gyakori. Evvel szemben az elgenyedt petefészekdaganat egészben végzett eltávolítása inkább lehetséges, a kötőszövet sebzése nem oly nagy, mint gyulladásos adnextumor alkalmával. Amíg tehát gyulladásos adnextumor esetén a conservativ kezelés s palliativ műtét a követendő eljárás, addig az elgenyedt petefészekdaganat mellett elsősorban a gyökeres eltávolításra törekszünk; ha ez a hasüreg súlyos fertőzése nélkül nem lehetséges, a palliativ genylebocsátás kerül szóba. Ha a hüvelyboltozaton át hullámzást érzünk s a beteg lázas, a beavatkozás módja adnextumor, izzadmány vagy elgenyedt petefészekdaganat esetén egyaránt a kolpotomia. Elgenyedt petefészekdaganat mellett értékesíthető, ha az előzmények felvételén azt halljuk, hogy a hasi panaszok előtt valamely genyes fertőzése (tonsillitis, influenza stb.) vagy bélhurutja volt a betegnek — ha a nemzőszerveknek előző gyulladása nem forog fenn — ha a lázaskodás időtartama a daganat nagyságával nincs összhangban (nagy daganat, rövid idő óta tartó láz). A vizsgálati lelet adatai közül petefészekdaganat mellett szól a daganat nagysága, jól körülirt volta, a méhtől elkülönithetősége; magas fekvés, vékony fala, rugalmas tapintata; adnextumor mellett értékesithető a méhvel való széles összefüggés, a daganat rögzült volta, terjedelmes összenövések, mély elhelyezkedése.

Nagyon nehéz, néha lehetetlen a kór tisztázása műtét nélkül, ha petefészekdaganat mellett appendicularis tályog van jelen. Általában az appendicularis tályog nem éles határú, magasabban fekszik a csipőtányéron, felette izomvédekezés van, positiv Romberg- és psoas-tünet, peritonealis izgalom, fájdalom a Douglasban, hányás, székrekedés, az appendix fölött fájdalmas a kopogtatás, — a méh viszont elkülöníthető.

Ha a genyedés tünetei súlyosbodnak, az áttörés veszélye fenyeget, akkor próbalaparotomia jogosult, melyet jól elkülöníthető petefészekdaganat esetén a daganat in toto végzett eltávolításával, elgenyedt adnextumor vagy appendicularis tályog esetén a geny lebocsátásával kapcsolunk össze; ilyenkor természetesen extraperitonealisan kell maradnunk, amely célból esetleg új metszést kell ejtenünk: adnextumor esetén a Poupart-szalaggal párhuzamosan, vakbélgyulladáskor pedig a szokott módon.

De még a has megnyitása sem hozza meg mindig a biztos kórismét, bár ilyenkor gyakorlati szempontból ez már másodrendű jelentőségű, hisz a gyógyítás mikéntjére nézve a helyzet már tisztázódott. A has megnyitása után előtünő, jól körüljárható vagy csak szalagos csepleszlenövésekkel borított daganat esetén petefészekdaganattal számolunk s azt eltávolítjuk. Petefészekdaganat mellett szól, ha rajta a petevezető — akár megduzzadva s kivongálás miatt megnagyobbodva — elkülöníthető. Ha a daganat a béllel sokszorosan összekapaszkodott, akkor annak egészben végzett eltávolítása a hasüreg súlyos szennyezése nélkül nem lehetséges s ilyenkor csak a geny lebocsátására szorítkozunk akár petefészekdaganat, akár elgenyedt adnextumor, akár appendicularis tályogból származik is az.

Punctiókor, illetve a geny lebocsátásakor is kapunk olyan adatot, amely a diagnosist tisztázza. Ha a genyes zsák nyúlós pseudomucint tartalmaz, petefészektömlő mellett bizonyít — ha régi vér, véralvadék is van benne, elgenyedt méhenkivüli terhességgel állunk szemben, bár a bevérzés torsio kapcsán is keletkezhetett. A daganat falából kimetszett darabka továbbmenőleg is tisztázhatja a helyzetet — de néha még ez sem hozza meg a kórhatározást. Hosszantartó gennyedés után ugyanis a petefészekdaganat jellegzetes hámbélése tönkremegy, megmarad a kötőszövetből álló fal, amelynek szerkezete, legalább is ilyen kis próbakimetszésből származó darabka nem különbözik jellegzetesen a petefészektályog falától. Ezt a körülményt ismételten is megállapithattuk, ennek nagy gyakorlati jelentőséget tulajdonitunk, mert magyarázatot ad több betegünk gyógyulására, akiket elgenyedt petefészektömlő miatt tisztán csak a geny lebocsátásával kezeltünk.

13 beteget operáltunk meg elgenyedt petefészekdaganat miatt. Ezek közül 7 esetben végeztünk gyökeres műtétet, 4 esetben csak a daganat drainezésére szorítkoztunk. 2 esetben onkotomiát s hónapokkal később radicalis műtétet végeztünk. A gyökeres műtét a daganat eltávolitásában áll. A méhet magát lehetőleg meghagyjuk: csak egyszer kelett azt csonkolnunk, amikor a szivós összenövések oldása közben a méhtest hashártyaborítéka súlyosan sérült. A daganat szádlása (drainezése) rendszerint a hasfalon át történik; csak egyik esetünkben volt az kolpotomia útján elvégezhető. A daganatot ott nyitjuk meg, ahol az a hasfallal össze van kapaszkodva. Ha a daganat mellső fala szabad, akkor azt óvatosan kivarrjuk a hasfalhoz, s csak 24 óra mulva nyitjuk meg, amikor már az összenövések a szabad hasüreg fertőzését megakadályozzák. Ha a megnyitás nagyon sürgős, a szabad hasüreget legalább is szádló csikokkal igyekszünk a szenyeződéstől megóvni. Szádlás után a geny kiürülése sokszor rövid idő alatt elapad, — ha tovább tart, rivanolos átöblítéssel igyekszünk a daganatbenneket feltisztitani. Az ilyen módon drainezett betegek közül 3-t hónapok mulva ujból vizsgáltunk s meglepetésünkre az eredetileg emberfőnyi vagy még nagyobb daganatnak csak a nyomát találtuk kis tojásnyi conglomeratum alakjában, amely semmi panaszt nem okozott, úgy hogy a tervezett gyökeres műtéttől is elállottunk.

Egyik esetünk története:

1934. 365. Cs. P. 48 éves. Hat év óta vannak deréktáji és alhasi fájdalmai; két hónap óta lázas és növekszik a hasa. Leromlott. Nagy golyvája van. Az előredomborodó hasat egy hullámzó, rugalmas, bordáig érő resistentia tölti ki. A fehérvérsejtek száma 7500. Vörös vérsejtsülyedés 25 perc alatt 18 mm. Hasmetszés Frigyesi-féle hypogastrikus érzéstelenitésben. A köldök táján sikerül a szabad hasürbe bejutni. A hasat kitölti egy cysta, amelyre a cseplesz s a belek rá vannak nőve s amely köldök alatt a hasfallal összekapaszkodott. A cystát az összenövés területének megfelelően pungáljuk, majd szélesen megnyitjuk s belőle több liternyi zöldes, genyes, de szagtalan bennék ürül. A cystafalat bevarrjuk, a cystát szélesen szádoljuk. A beteg időnkint lázas, a draint fokozatosan csökkentve 5 hétig kénytelenek vagyunk benntartani. A szádlócsövön keresztül időnkint rivanollal öblítjük a cysta egyre zsugorodó üregét. 6 hét mulva a beteg távozik. Egy év mulva látjuk a betget: középnagy méh, mellette resistentia nem tapintható. Hasfalában sondázható sipolyjárat, amely kezelésre napok alatt begyógyul. Golyváját a sebészeti osztályon operálták.

Váratlan volt számunkra a drainezett esetek gyógyulása, illetve a daganat felszívódása. Magyarázatát abban véljük, hogy a daganat secernáló, sajátos hámja a genyedés következtében tönkremegy. Ezt a már említett szövetleleteink ismételten mutatták. A kötőszövetből álló daganatfal éppen úgy felszívódik, mint a gyulladásos tumor fala. *A. Mayer* monographiájában (Halban-Seitz V. 2. 957.) az ilyen gyógyulást nagy ritkaságnak tartja.

Szó sincs arról, hogy ezek alapján elgenyedt petefészekdaganat esetén a drainezést mint véglegesen gyógyító műtétet ajánljuk. A daganat szádlása továbbra is csak szükségmegoldás marad. A kedvező eredmény azonban oly irányban befolyásolja műtéti megválasztásunkat, hogy

a hasüreg erős szennyezésével vagy melléksérülésekkel fenyegető gyökeres műtétet inkább elkerülünk, illetve egy második alkalomra halasztjuk.

2 radicalisan operált esetünkben hónapokkal előbb onkotomiát, illetve kolpotomiát végeztünk. A műtétkor súlyos összenövéseket találtunk, de sem a hasfalhoz történt régi kivarrás, sem a kolpotomia hege nem igen nehezítette a daganat felszabadítását.

3. *A torsio* megállapítása könnyű akkor, ha a beteg tudja, hogy daganata van s hasában hirtelen erős fájdalom támad. Akkor sem okoz nehézséget, ha a tünetek jelentkezése után hamarosan látjuk a beteget s benne kialakult nagy daganatot találunk, amely fölött a has fájdalmas. Hőemelkedés esetleg nincs — de a hashártya részéről kiváltott reflexek (hányás, székrekedés, défense) annál kifejezettebbek. Ha a beteget csak később látjuk, a daganatban keletkező nekrobiosist már láz is kíséri. Az elkülönítő kórhatározás szempontjából figyelembe veendők a méhenkivüli terhesség, ileus, friss vagy régi adnexgyulladás fellobbanása, appendicitis, méh-, appendix-, gyomorátlyukadás, peritonitis. Gyakorlati szempontból megint arra egyszerűsíthető a kérdés: kell-e azonnal műtétet végezni, vagy megengedhető-e a várakozás a kórisme tisztázásáig? Ha a diagnosis bizonyos, a leghelyesebb a beteget azonnal megoperálni. Az azonnali műtét ellen azt az érvet lehetne felhozni, hogy a torsio shokot okoz s ha ezt még a műtéti shokkal súlyosbítjuk, a szervezetet igen súlyos megpróbáltatásnak tesszük ki. Ez az ellenvetés ma már inkább csak elméleti, mert egyrészt a műtéti érzéstelenítés már maga is csökkenti a torsio reflex hatásait, másrészt igen hatásos gyógyszerek és eljárások állanak rendelkezésünkre a shok-hatással szemben, harmadsorban pedig a műtét segítségével a legcélszerűbben tudjuk megszüntetni a shok okát. Az azonnali műtéttel szemben csak ott tehetünk engedményt, ahol a kórisme nem bizonyos s heveny gyulladás fennforgásával kell számolni. Ilyenkor megengedhető az 1—2 napi megfigyelés, amely idő alatt a kórisme tisztázódik. Abból a körülményből, hogy csaknem valamennyi torsiós esetünket a torsio bekövetkezése után csak napokkal, vagy hetekkel operálhattuk s akkor is kedvező viszonyokat találtunk, arra kell következtetnünk, hogy a torsio, illetve érelzáródás csak ritkán annyira teljes, hogy a rövid várakozás végzetes lenne. Azokban az esetekben, ahol a torsio frissen, napok alatt került műtétre, nem egyszer azt láttuk, hogy a kocsánycsavarodás helye körül a hashártya erősen belövelt, vérbő. A szádlás ilyenkor fölösleges: a daganat eltávolítása után a hashártya izgalma hamarosan visszafejlődik. Ha valaki komoly fertőzéstől tart, betehet 2—3 napra gazecsikot, amelyet a bélműködés megindulása után könnyűszerrel el lehet távolítani.

11 esetünkben valamennyiben el tudtuk távolítani a daganatot, bár abban bevérzés, nekrobiosis, s körülötte friss bélletapadás volt. Ha a torsio jelentékeny volt s elég régi, mikroskop alatt a daganat hámjainak elpusztulását észleltük, ugyanúgy, mint az elgenyedt petefészekdaganatok esetében. Torsiókor azonban ennek a jelentősége más, mint genyedéskor, mert palliativ műtét esetén ott marad a gyors szétesésnek induló nekrobiotikus cystafal, amely súlyos zavarokat okoz. Kocsánycsavarodáskor a palliativ műtétet lehetőleg el kell kerülni.

4. A kocsánycsavarodás súlyos következménye a daganat *nekrobiosisa*. A daganat fala mállékony, a műtétkor olyan szakadékony, mint a vizes itatóspapír, vizsgálatkor, de magától is könnyen megreped s a daganat bomló tartalma a hasüregbe jut. Az elhalóban levő daganat fala a hasüregben reactiót vált ki, letapad rá a cseplesz, belek, hólyag — azok fala is lobosan beszűrődik, átjárható lesz bakteriumoknak, a daganat benneke fertőződik. Máskor a daganat s a hasűri szervek összekapaszkodása helyén a daganat áttör a bélbe, hólyagba. A szervezetre ez a folyamat súlyos kihatással van: hosszantartó lázaskodás, fájdalom, hashártyagyulladás, bélzavarok kisérik s ha segítség nem érkezik, végzetes lehet.

A daganat falának elhalása nemcsak kocsánycsavarodás folytán jön létre, hanem pl. a kocsány ereinek trombosisos elzáródása útján is, vagy ha a daganat falában a keringés a daganat nagy feszülése miatt leromlik. Ez akkor következik be, ha a daganat növekedése nem tart lépést a secretióval. 3 olyan esetünk volt, ahol a daganat súlyos nekrobiosisa a daganat falának elhalására vezetett. A nekrosis okát egyik esetben sem tudjuk megmondani, mert a daganatot egész terjedelmében összenövések fedték, úgy hogy kiindulásához, vagy a kocsányhoz nem lehetett hozzáférni. Mindhárom esetben csak palliativ műtétet végezhettünk s a betegek meggyógyultak. A folyamat súlyosságára s a beavatkozás veszélyeire rámutat az a körülmény, hogy két esetünkben hólyagsérülés történt, miközben a daganatot felszabadítani igyekeztünk annak elbirálására, hogy gyökeres műtét végezhető-e. A melléksérülések magas arányszámát az mutatja, hogy 2058 hasmetszésünk alkalmával e 2 eseten kivül még csak 3 esetben fordult elő hólyagsérülés. A hólyagsérülést elvarrtuk, állandó hólyagcsapot helyeztünk be, mire azok jól gyógyultak. A daganatot magát mind a három esetben draineztük. Gyökeres műtétről szó sem lehetett, egyrészt a daganatot egész felületén borító összenövések, másrészt a daganatok szakadékonysága, mállékonysága miatt, amely minden lekötést, vérzéscsillapítást meghiúsított volna.

Egyik esetünket hónapok mulva vizsgálhattuk: a méh mellett az emberfőnyi daganat helyén kis tojásnyi resistentiát találtunk, ami semmi panaszt nem okozott, úgy hogy a tervbe vett gyökeres műtéttől elállottunk.

Másik esetünk kórtörténete: 1924. 56. sz. P. L. 26 éves; havi vérzése csekély. 2 hét óta fáj a hasa s növekedik. A hasat egy a köldök fölé érő rugalmas resistentia domborítja elő, amelynek alsó polusa a Douglasba nyulik. A portio magasan, a méh nem különíthető el. A fali hashártya lapszerűen le van nőve a cystafalhoz; tompán sikerül az összenövéseket tenyérnyi területen felszabadítani. Közben a cysta mállékony, nekrobiotikus fala megpukkad s a cystából több liter csokoládé szinü colloid bennék ürül. További felszabadító kisérletkor elől beszakad a hólyag, amelyet 2 rétegben elvarrunk. Minthogy a cysta egész terjedelmében össze van kapaszkodva környezetével, a cysta ürét szélesen drainezzük. Állandó katheter 38 C° körüli hőmérsék; secretio a 7-ik nap már alig mutatkozik, a draint eltávolítjuk, helyébe vékony gummicsövet helyezünk. Műtét után 4. hétre zavartalanul gyógyult tályog, a hasfali járat teljesen záródott. 6 hó mulva kis méhet találunk, töle jobbra kis almányi, elég jól megmozgatható képlet: a beteg panaszmentes.

A szervezet bámulatos gyógyítóképességét mutatja, hogy olyan súlyos betegség és szövődmény, mint az elgenyedt és nekrobiotikus petefészekdaganat, aránylag kis műtéti segítség utján meggyógyulhat. Természetes azonban, hogy a helyes beavatkozás genyedés, torsio s nekrobiosis esetén egyaránt a radicalis eltávolítás — ha keresztülvihető, s csak a műtéttel tökéletesen meg nem oldható esetekben tesszük ki a szervezetet kénytelen-kelletlen annak a nagy erőpróbának, amit a fertőzés leküzdése s a hatalmas tömegű nekrobiotikus fal felszívódása jelent.

5. A petefészekdaganat *intraligamentaris* elhelyezkedése nem szerepel ugyan a klinikai szövődmények között, mégis műtéti szempontból bizonyos esetekben odaszámitandó. Nem osztozunk *Kermauner* felfogásában (Stoeckel-Veit: Handb. d. Gyn. VII. 161.), amely szerint a petefészekdaganatok közül csak a rosszindulatú növekszik in-

traligamentarisan. Az intraligamentaris daganat műtétének esélyei kevésbbé kedvezőek, ha a daganat fala szakadékony, vagy ha annyira a medence oldala felé terjed, hogy kifejti a lig. infundibulopelvicumot s így megközelíti a bél falát. Különösen baloldalt fordul ez elő, ahol a daganat kifejti a mesosigmoideumot s hozzáfekszik a bél falához.

A daganat szakadékonysága avval a veszedelemmel jár, hogy a daganat egészében történő kihámozása a lig. latum lemezei közül nem sikerül; a visszamaradt részek rendesen a legmélyebb helyen tapadnak, ahol az ureter s az art. uterina fut. Ha ezeknek a darabkáknak az eltávolítását éles praeperálással megkisértjük, könnyen megsérülhet az ureter vagy az uterina. Ilyen kényszerhelyzetben előfordul, hogy a vékony cystafal gyermektenyérnyi darabkáját bennhagytuk. Hónapok mulva újabb cystaképződésnek nyomát sem találtuk, csak az intraligamentum volt tömegesebb a rendesnél, ami hasonló beavatkozások után alig kerülhető el. Hasonló eredményre persze csupán akkor számíthatunk, ha csak kisebb darab maradt vissza s ennek táplálása az a. spermatica és a r. ovaricus lekötése után, illetve a nagyobb ágakkal kapcsolat hijján elégtelen. 3 ilyen esetünk van, s ezekben mindezideig nem mutatkozott hátránya a műtét alkalmával tett emez engedménynek — viszont elértük azt, hogy intraligamentaris cysta műtétekor egyetlen uterina vagy uretersérülésünk vagy haemotománk nem volt. Egyik esetünk története:

1926. 210. G. M. 36 éves. Hájas hasfal, előbomborodó hasür. A méh nagyobb, jobbra döl, tőle balra csecsemőfejnyi, rugalmas resistentia, amely a hüvelyboltozatot is kitölti. Diagn.: Intraligamentaris cysta. Hasmetszéskor nagyobb, gömbös méhet találunk s baloldalt az intraligmentum lemezei között cystát, amely fölött a kitágult petevezető halad. Az intraligamentum mégnyitása után igyekszünk a cystát tompán kihámozni, de megpukkad; tartalma tiszta savó. A cysta fala vékony, rendkivül szakadékony, csak darabokban lehet eltávolítani, de egy részlete visszamarad. Jobboldalt kis almányi cystikus petfészek, amelyet resecálunk. A myomás méhet supravaginalis csonkolással eltávolítjuk. Zavartalan gyógyulás. Két hónap mulva középnagy méhcsonkot s baloldalt kis tojásnyi, nem fájdalmas képletet tapintunk. Panaszmentes.

A balodali intraligamentaris daganatok esetében különösen veszélyes, ha a daganat eléri a sigmabelet s hozzáfekszik. A daganat kifejtésekor könnyen megsérül a bél s e sérülések prognosisa határozottan kedvezőtlen. De még ha nem történik is igazi bélsérülés, a lecsupaszított bélfalon át könnyen bekövetkezhetik az intraligamentum fertőzése, vagy legalább is izzadmányképződés. Ilyen esetben különös óvatosságot igényel a daganat felszabadítása, inkább rajta kell hagyni egy kis részletet a bélen. Ha pedig sikerül a teljes lefejtés, gondoskodni kell a csupaszon maradt extraperitonealisan fekvő bélrészlet hashártyaborításáról. Egy ilyen esetünk volt, ahol a sigma bél fala kétujjnyi szélességben érintkezett a daganattal; ezt a lecsupaszított részt a lig. latum összehúzása révén fedtük hashártyával s betegünk zavartalanul gyógyult. Ugyanezen vonatkozás a hólyaggal szemben is előállhat.

Az intraligamentaris daganat a lig. infundibulopelvicum lemezeit annyira szétfejtheti, hogy az mint kialakult szalag hashártyakettőzet nem szerepel. A benne futó képletek, az a. és vv. ovaricae is széttolódnak s teljesen szokatlan helyre kerülnek. A daganat tokjának meghasításakor s a lig. latum sebének ellátásakor erre gondolni kell.

Talán nem érdektelen azon észlelésünknek a közlése, hogy a has megnyitása alkalmával az intraligamentaris elhelyezkedés ellen szól, ha a petevezető a daganat mellső felszínén s a lig. rotundumhoz közel halad. Ha a petevezető hosszú s a daganat hátsó falán fut, a daganat egyaránt lehet intraligamentaris, vagy pseudointraligamentaris elhelyezkedésű. Ennek eldöntésére a műtéti technika szempontjából szükségünk van. A méh és daganat között levő szegletben mutatkozó szalagos, vagy lapszerinti összenövések mellett pseudointraligamentaris elhelyezkedés jön létre, úgyszintén ha a petevezető abdominalis vége a daganat mögött le van nőve. Előfordul az is, hogy a daganat egyik része intraligamentaris kifejlődésű s a lig. latum kinyújtott felső részét a daganat még magára is gördíti pseudointraligamentaris daganat módjára. Ilyen esetünk is volt.

6. Egyéb szövődmények között meg kell említenünk, hogy 2 esetünkben papillás cysta mellett a burjánzás kifelé *áttört*. Egyik ilyen esetünkben évek mulva a kismedencét kitöltő papillás burjánzás miatt meg kellett ismételnünk a műtétet; újabb röntgenkezeléssel a burjánzást éveken át meg tudtuk állítani, de végre is kitöltötte az egész kismedencét s a beteg 6 év mulva meghalt. (Zbl. Gyn. 1928. 2592.) A szövettanilag jóindulatú daganat végeredményben mégis elpusztította a szervezetet. Volt egy pseudomyxoma peritonei esetünk is, ahol a colloid cysta már régebben megpukkadt s a hasürbe kiürült tömlő bennék a hashártyán szervült. 5 olyan *nagy daganatot* is operáltunk, ahol a cystatartalom 20 és 30 l. közt volt. Az ilyen nagy daganat súlyosan veszélyezteti az életet a szívműködésre kifejtett hatása folytán. Ezek közül kettőnek a műtétét megnehezítette az, hogy ismételten csapolták s ezeken a területeken bél és csepleszlenövések keletkeztek. Feltünt, hogy ennek a két igen nagy daganatnak esetében a daganatok alsó polusa az intraligamentumba is beterjedt. Operáltunk előzőleg röntgenezett cystát, amelyet másutt myomának véltek; itt csak a hasfali szövetek hegszerű merevsége nehezítette a behatolást. Volt olyan többrekeszű cystánk, amelyiknek csak egyik részlete mutatott erős bevérzést, a többi részlet tiszta savót tartalmazott. Volt több esetünk, ahol a tömlő mellett myoma is volt, 1—1 esetben méhenkivüli terhesség, haematosalpinx, genyes gümős adnexum volt a túloldalon. Ismételten láttunk jóindulatú petefészekdaganat kapcsán is súlyos összenövéseket minden felderíthető ok nélkül.

Egyik esetünket genyes cysta kórjelzéssel operáltuk. (1934. 263. *Sz. J.*) A hasfalat a középvonalban nyitottuk meg s feltáráskor jobb oldalt bélletapadásokkal elzárt genygyülemet találtunk. A középvonalú hassebet elvarrva pararectalis metszést ejtünk s ezen át 1½—2 liter zöldes genyet bocsátottunk le. Betapintva újabb üreg nyilt meg, amelyből 150—200 ccm tiszta savó ürül. A genyes zsákot draineztük. A beteget hónapok mulva berendeltük gyökeres műtétre s akkor almányi dermoidot távolítottunk el. Az appendix idülten lobos volt, szalagos összenövések közt; ezt is eltávolítottuk. Esetünket úgy magyarázhatjuk, hogy a dermoidtömlő egy folyékony bennékü rekesze valószinüleg appendicitis folytán fertőződött — ez adta a genyes tartalmat — s alatta még hydrosalpynx vagy parovarialis cysta volt, amelynek benneke savósszerü volt, ezek az első műtét alkalmával kiürültek. A daganat szilárd magva, a szőrcsomót tartalmazó dermoid csak a második műtéttel került eltávolításra.

Ha számbavesszük, hogy 310 petefészekdaganat közül 45 volt rosszinulatú (14.5%) s még 40 (12.7%) mutatott olyan szövődményt, amely az életet komolyan veszélyeztette, — összesen tehát 27.2% volt életveszélyes, valóban indokoltnak kell tartanunk ezt a felfogást, hogy a petefészekdaganattól minél előbb meg kell szabadítani a szervezetet. A szúrócsapolást a petefészektömlők kezelésében azokra az esetekre kell szorítanunk, ahol előzetes próbalaparotomia megmutatta, hogy a daganat nem távolítható el. A próbalaparotomia veszélyei helyi érzéstelenítésben nem érik fel a vaktában végzett csapolás veszedelmét s megadják a lehetőséget a végleges gyógyításra.

A műtéti szövődmények nagy száma mutatja, hogy a petefészekdaganat műtéte nem mindig egyszerű. A szövődményes petefészekdaganatok műtétekor is mindenképen igyekezzünk a daganatot egészében eltávolítani s így anatomiailag helyesen operálni. Kényszerhelyzetben azonban — amikor a bonctanilag helyes műtét a beteg súlyos veszélyeztetésével járna, így: amikor fertőzés kiterjesztése fenyeget az elgenyedt vagy nekrobiotikus daganat esetében, továbbá visszamaradt kis részletek eltávolítása intraligamentaris elhelyezkedéskor csak melléksérülések árán volna elvégezhető — meg kell elégednünk a palliativ, illetve részleges műtéttel, bízva abban, hogy a szervezet gyógyító ereje biztosítja a functionalisan kielégítő eredményt.

A Gróf Apponyi Albert poliklinika I. belosztályának közleménye (főorvos: Hajós Károly egyet. magántanár).

A környezetallergenek mint a bronchialis asthma okozói.

Irta: *Hajós Károly dr.* és *Faragó Pál dr.*

Az asthma eredményes kezelése csakis az okok felismerése után lehetséges. Ebben nagy segítségünkre van maga a beteg, mikor kórelőzményében a legapróbb részletekre kiterjeszkedve, elmondja az első rohamok jelentkezésének körülményeit. A pontos kórelőzmény szolgál további irányítóul a szükséges vizsgálatok elvégzésére.

Ha az első rohamok megfázás és a légutak hurutus vagy gyulladásos betegségei után jönnek létre, akkor rendesen bakteriumok okozzák a túlérzékenységet. A virágzáskor keletkező légzési nehézséget himporérzékenység, a rendes foglalkozás folytatása közben jelentkező rohamokat valamilyen chemiai anyag, por, illóolajok stb. belégzése okozza. A foglalkozás okozta nehéz légzést nemcsak az allergenek iránti túlérzékenység, hanem mechanikus inger is okozhatja. Ezek az utóbbi esetek nem tartoznak tárgyalásunk keretei közé (l. pl. a textilmunkások, kőtörők, molnárok nehéz légzése).

Betegeink gyakori panasza az, hogy a nehéz légzés csak lakásukban, bizonyos szobákban, diványon, vagy csakis az ágyban jelentkezik. Az éjjeli rohamok gyakori oka az ágynemű ártalmas allergeneivel szemben fennálló túlérzékenység, nem pedig mint sokan gondolják a vegetatív idegrendszer valamilyen különleges éjszakai tonusállapota.

A beteg környezetében található káros anyagokat *környezetallergennek* nevezhetjük. A környezetallergen fogalma legtöbb esetben megfelel a klimaallergennek, de jobban meghatározza a nehézlégzést kiváltó anyagok mibenlétét.

A környezetallergenek kórokozó szerepét különféle módon állapítjuk meg. Legegyszerűbb a beteg eltávolítása a káros környezetből, néha lakásváltoztatás, a bútorok, esetleg csak az ágynemű kicserélése is megszüntetheti a rohamokat. Gyakori, hogy a rohamok a kórházi felvételkor rögtön megszünnek. Különösen akkor fordul elő, ha a beteg otthoni szükségleti és ruházati tárgyaiból semmit sem vihet magával a kórházba. A háziallergenek kikapcsolásának sokkal nagyobb jelentősége van, mint a kórházi tartózkodás esetleges lelki, megnyugtató hatásának.

Másik elterjedt diagnostikai módszerünk az ártalmas allergenekkel, illetőleg azok vizes kivonataival a bőrpróbák elvégzése. A bőrpróbák elvégezhetők a cutan módszerrel (scarificálás után bedörzsölés), az intracutan módszerrel, ritkábban percutan módon, az allergeneknek a sértetlen bőrre alkalmazásával (ragtapasz módszer). Legfajlagosabb a cutan módszer, míg az intracutan módszerrel gyakran kapunk nemspecifikus reactiókat is.

A bőrpróbák fajlagosságát sok körülmény befolyásolja, így a bőr általános érzékenysége, az idegesek labilis vasomotoros beidegzése, esetleges előbbeni gümőkóros fertőzés, mely *Hajós* és *Korányi András* vizsgálatai szerint a positiv reactiók értékelését megnehezíti.

Ha a bőrpróbák eredménye nem is biztos jele minden esetben a túlérzékenységnek, mégis tájékozódást nyujt a betegség eredetének felismerésére és a további kezelésre.

Hajós vizsgálatai szerint 492 asthmás beteg kórelőzményében 121 esetben gümőkórra utaló elváltozások találtattak; továbbá a hazai asthmás betegek 40%-ában bakteriumérzékenységet lehet kimutatni és ezért *Hajós* az asthma okát a tüdő, illetőleg a légzőtractus nyálkahártyájának valamely bakteriumos megbetegedésével hozta összefüggésbe. *Faragó* régebben közölt vizsgálatainak eredménye az volt, hogy az asthmások kétszer olyan nagy számban reagáltak külöféle bakteriumokból készült autolysatumokra, mint más egyének.

Amerikai vizsgálók különösen az állati bőrfüggelékek (toll, szőr, gyapju stb.) kórokozó szerepére mutattak rá. *Storm v. Leeuwen* emberi bőrkivonatokkal asthmás betegeken 90—95%-ban positiv bőrpróbákat észlelt, melyet saját anyagunkon igazolni nem tudtunk.

Az érzékenység megállapítására szolgáló kivonatok között nagy szerepe van a házi- és lakáspor kivonatainak, melyek tartalmazzák a lakásban lévő összes használati tárgyak, penészgombák, bakteriumok, állati szőrök, tollak, ágynemük, derékaljak stb. levegőbe kerülő, apró, mikroskopikus részeit (lakásallergenek). A házi por különösen penészgombákkal és bakteriumokkal fertőzve kerül a levegőbe, mely belélegezve az arra hajlamos vagy sensibilisált egyénen az asthmarohamokat kiváltja.

A háziporkivonatok az esetek 68%-ában positiv bőrreactiót adnak, a nem fajlagos reactiókat bizonyos hozzákeveredött izgatóanyagok, festékek stb. is okozhatják. A háziporkivonatokat diagnostikai célra nemcsak a szokásos sterilitási próba elvégzése után használtuk, hanem minden esetben megvizsgáltuk spórákra és toxicitásukra vonatkozólag is állatkisérletben (egéroltás).

Nehézlégzésben szenvedők bőrérzékenységét rendszeresen vizsgáltuk a különféle allergenekkel szemben. A szokásos tápszer-, bakteriumérzékenységi vizsgálat mellett nagy gondot fordítottunk a lakásporból, ágynemű-, ágybetét-töltelékből, tollból, szőrökből készült kivonatokkal történő bőrpróbák elvégzésére. Mindig a beteg saját használati tárgyaiból frissen készített kivonatokat vizsgáltuk meg, mert valószínű, hogy a készenálló laboratoriumi, vagy a kereskedésben kapható allergenkivonatok nem annyira fajlagosak. Ez főleg azokra vonatkozik, kik csakis otthonukban szenvednek nehézlégzésben, ezek a betegek vizsgálati célra, a kórházi felvételkor magukkal hozzák az otthoni allergentartalmú anyagokat, melyekből esetenként készítettünk diagnostikai kivonatokat.

A kivonatok úgy készültek, hogy az anyagokat megfelelő zsírtalanítás (aetherrel) után 0.9%-os konyhasóoldattal leöntöttük, öt napon keresztül áztattuk és naponta jól összeráztuk. Az ötödik napon az anyag feletti kivonó folyadékot Berkefeld-szűrőn átszűrtük, sterilitási próbát végeztünk. Ha a kivonat sterilnek bizonyult, akkor 0.5% phenol hozzáadása után a túlérzékenységi bőrpróbák elvégzésére használtuk.

A bőrpróbákat a kar hajlító oldalán végeztük, intracutan 0.1 ccm-t adtunk. A nemspecifikus reactiók kikü-

szöbölése céljából nem allergiás egyénnek is adtunk ellenőrzésképen 0.1 ccm-t intracutan. A reactiót 1 és 24 óra mulva figyeltük meg, positivnak mondottuk azokat a reactiókat, melyek a controllal (0.9% NaCl-oldat 0.5% phenollal) összehasonlítva nagyobb és pirosabb udvarú csalánfoltot mutattak, továbbá akkor, ha a controll személyeken végzett reactio negativnak bizonyult. Pseudopodák megjelenése fajlagosság mellett szólt.

44 asthmás betegen végzett vizsgálataink eredményét az alábbi táblázatban foglaltuk össze. A táblázatban csak a positiv reactiót mutató betegek szerepelnek.

Lakáspor	Tollpárna	Matrac	Takaró (kapok)	Egyéb butor	Kezelés és megjegyzés
+	+	+	+	ϕ	lakáscsere
—	—	+	—	ϕ	matraccsere
—	—	+	—	ϕ	ágycsere
+	+	+	—	ϕ	ágynemű fertőtlenítés
ϕ	+	+	+	ϕ	lakás és ágycsere
—	+	—	—	ϕ	fertőtlenítés
—	—	—	—	+	lakáscsere
—	—	—	+	ϕ	ágyneműcsere
—	—	+	—	ϕ	lakáscsere
—	—	—	+	ϕ	lakáscsere
+	ϕ	+	+	ϕ	lakás és ágycsere
+	ϕ	+	+	ϕ	lakás és ágycsere
+	+	—	—	ϕ	lakás és ágycsere
+	+	+	+	ϕ	lakás és ágycsere
+	+	+	+	ϕ	lakás és ágycsere
+	+	+	+	+	tbc.
+	+	—	+	—	lakáscsere
+	+	—	—		lakáscsere
ϕ	ϕ	+	+		tbc.
+	+	+	+		ágyneműcsere, tbc.
—	+	+	+		ágyneműcsere, tbc.
+	+	+	—		lakáscsere
+	+	+	—		fertőtlenítés
—	ϕ	+	—		
+	—	—	—		lakáscsere
+	+	+	—		fertőtlenítés
+	+	+	+		ált. bőrérzékenység

A táblázat eredményéből kitűnik, hogy 44 beteg közül 16 esetben találtunk szobaporral szemben túlérzékenységet, ágyneműből készült kivonattal szemben 22 esetben volt positiv a bőrpróba. A gümőkóros és általános bőrtúlérzékenységben szenvedő betegeinket a táblázatban külön megjelöltük. A fenti számok is bizonyitják, hogy a nehézlégzés előidézésében milyen nagy szerepe van a lakásnak, főleg azonban a kártékony allergent tartalmazó ágyneműnek.

Néhány érdekesebb eset adatait a következőkben ismertetjük: a 2. és 3. esetben határozottan ágyneműérzékenység volt az asthma oka.

K. K. 12. é. leány, családjában allergiás megbetegedés nem fordult elő. 5 é. kora óta vannak rohamai, de otthonától távol, vidéken a rohamok kimaradnak, Az utóbbi hónapokban halmozódtak. A lakáspor, paplan, matracpenész és baktériumpróbákban mucor, penicilium +; tápszerpróbák negativok. A kórházban jól érezte magát. Egy próbaalvásra hazaengedtük, másnap jelentette, hogy odahaza rohama volt. Hálószobájának teljes kicserélését ajánlottuk és a szervezet áthangolására köpetvaccina injectiókat kapott. 1932 szeptembere óta állandóan megfigyelés alatt áll, de nehézlégzési rohama nem volt. Az ágynemű és szőnyeg pora volt a kiváltó allergen, melyet eltávolítva a beteg panaszmentes lett.

2. *A. J.* 11 é. fiu. 3 é. kora óta időnként éjjeli nehézlégzésben szenved. Ugyanabban az ágyneműben alszik 3 é. kora óta, nyáron, ha hegyvidékre viszik, panaszmentes. Tápszer-, bakterium- és penészérzékenységi próbák negativak. Porkivonat negativ; toll, matrackivonat, paplan töltelék positiv reactiót adott. Ágyneműcsere után hazabocsátottuk, otthon még köpetvaccinát is kapott. Megfigyelésünk alatt áll, teljesen panaszmentes.

3. *D. D.* 29 é, üzemvezető, 4 é, óta beteg, rohamait *csak* lakásában kapja, Tápszer-, baktérium-, penészérzékenységi vizsgálata: negativ. Por: negativ, toll: negativ, matrac: positiv. Kórházi felvétel után egy nappal a nehézlégzése megszünt, próbaképen hazaengedtük, otthon éjjel nagy rohama volt, ágyneműcsere után ismét elbocsátottuk, azóta régi lakásában lakik és rohammentes.

A táblázatban összefoglalt eredmények kellőképen megvilágítják a háziallergenek nagy jelentőségét az asthma okai között. A próbák fajlagosságát mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a betegek otthonukból eltávozva, a kórházakban teljesen rohammentesek voltak és ha csak egy éjjelre mentek is haza, újra rohamot kaptak.

A positiv bőrreactio, kivéve a gümős és általános bőrérzékenységben szenvedőket, specifikusnak fogható fel.

Kórtörténeti adataink még azt is bizonyítják, hogy megfelelő hajlam esetén milyen fontos az asthma megelőzésében a lakáshygiéne; a házak alápincézése, jól szellőztethetősége szárazsága, tágas, napos volta nagyjelentőségű az asthmás roham távoltartásában.

A szűk, nedves, dohos lakás jó táptalaja a penészgombáknak és bakteriumoknak, tehát a sokszor veszélyes allergeneknek.

A házi allergenek okozta asthma kezelésének alapelvei, a kiváltó okok távoltartása, a túlérzékenység leküzdése, csökkentése, a desensibilizálás és a megszoktatás. A háziallergenek elleni védekezés egyik módja, a *Storm van Leeuwen* által szerkesztett allergenmentes kamra, melyben a beteg teljesen kikapcsolódik a környezet vagy ú. n. klimaallergenekkel való érintkezésből. A kamrában lévő levegő és bútorok allergenmentesek. Az allergenmentes kamra felépítése olyan nagy anyagi áldozatokkal járt, hogy a gyógykezelésben nálunk gyakorlati jelentőségre nem tett szert, hátránya pedig, hogy a beteg a kamrából eltávozva, ismét beleheli az asthmát kiváltó anyagokat, ezért a rohamok újból jelentkeznek. *Fränkel* és *Lewy* maszkot ajánlottak, mely allergolix néven került forgalomba. Allergenmentes ágyat is szerkesztettek typikusan ágy-asthmások részére.

Saját betegeinket a lehetőséghez képest más lakásba költöztettük át, ágyneműiket kicseréltettük, ha ez anyagi okokból keresztülvihető nem volt, úgy az ágyneműt, matracokat, takarókat száraz gőzzel fertőtlenítettük. Igy értük, hogy a magas hő a porban, a tollban, a tengeri füvön, lószőrön stb. lévő gombák spóráit és a bakteriumokat elpusztította. Specifikus desensibilizálást a készült kivonatokkal ritkán végeztünk, mert az említett eljárásokkal sokkal könnyebben volt keresztülvihető az allergenek kiküszöbölése. A kezelést azzal is támogattuk, hogy megkíséreltük a betegek hajlamát megváltoztatni, illetőleg a szervezetet áthangolni. Ezt fehérjebefecskendezéssel, köpetvaccinával, peptonnal, sajátvérrel, lázkeltő kénbefecskendezéssel értük el.

Háziártalmak mellett megemlítjük a foglalkozással együttjáró asthmás betegségeket is. Angliában *Moll* a yorkshire-i gyapjúgyárak felülvizsgálata közben azt találta, hogy az asthmások 18%-ban gyapjúval szemben túlérzékenyek, míg az ország többi részében, hol gyapjúgyárak

nincsenek, ez a túlérzékenység sokkal ritkábban észlelhető. *Hernis* perui gyapottal foglalkozó asthmásokon gyapotból készült kivonattal szemben túlérzékenységet talált. *Hernis* a gyapotot górcső alatt megvizsgálva azt sterilnek találta, de sikerült belőle aspergillust kitenyészteni.

L. M.-né előadta, hogy 15—20 év óta légcsőhurutos, 8 hét előtt megnáthásodott, majd pár nap mulva rohamok lepték meg. Kiderült, hogy rohamai előtt szőnyegszövéssel foglalkozott és lakása alatt tollgyár van. Az érzékenységi vizsgálatok szőnyeg- és tollkivonatokkal szemben positiv reakciót mutattak. Nemfajlagos desinsibilisálást kíséreltünk meg, a beteg peptonvizes köpetvaccinát kapott, mire állapota megjavult, de a következő év tavaszán, midőn a tollgyár ismét működött, a rohamok újra jelentkeztek, elköltözés után és peptonkúrára panaszmentessé vált.

N. J.-nek 1923 óta van nehézlégzése az üzletében, azonban lakásában éjjel, valamint nyáron, ha nem tartózkodik foglalkozása helyén, jól érzi magát. Munkahelyéről származó zsákporból és zabból kivonatokat készítettünk, melyek a betegen positiv reactiót adtak. A beteget a kivonatokkal desensibilizáltuk, a kezelés sikeres volt, foglalkozását továbbra is zavartalanul látta el, nehézlégzése megszünt.

Szűcsök szőrmehulladék belehelése útján, másrészt festékkel szemben fennálló érzékenység következtében kapnak nehézlégzést.

Sch. M-né 3½ é. szücsműhelyben dolgozik, egy évvel ezelőtt a műhelyben nehézlégzése támadt és megfigyelte, hogy nyáron, vidéki tartózkodása alatt a rohamok teljesen elmaradtak; midőn visszatért, a műhelyben a rohamai újból jelentkeztek. A szőrmekivonatok positiv reactiót adtak. A kivonatokkal desensibilisálva, a szücsműhelybe újra visszatért és foglalkozását továbbra is kifogástalanul látta el.

Az asthma kiváltó okait megtalálni sokszor nagyon nehéz, nagy türelmet és kitartást kiván a betegtől is, az orvostól is. Legtöbbször nem is egy, hanem több allergen az, mellyel szemben a betegek túlérzékenyek. *Törekvésünk a kiváltó okok felkutatásán vagy távoltartásán kivül arra irányul, hogy a hajlamot, mely fogékonnyá teszi a betegeket, megváltoztassuk. Ha a lakásban ú. n. környezetallergenek is hozzájárulnak a betegség előidézéséhez, a kiváltóokok távoltartása lakáscsere, bútorcsere, fertőtlenítés útján is sikerül.* A foglalkozás következtében keletkező megbetegedésekben, ha annak megváltoztatása nem lehetséges, elvégezzük a specifikus desensibilizálást. Ilyenkor néha sikerül, hogy a beteg továbbra is zavartalanul elláthatja hivatását.

Összefoglalva tehát, a felismert környezetallergenek kártokozó szerepét elsősorban azok eltávolításával sikerül megszüntetni. Megfelelő módszerek, a lakásváltozás, a bútor, az ágynemű kicserélése, vagy az ágynemű fertőtlenítése.

A környezetallergenekre való rászoktatás vagy a desensibilizálás ritkábban eredményes és mindig támogatni kell valamilyen más desensibilizáló eljárással is (sajátvér-, vaccinabefecskendezés, lázkeltés kénkészítményekkel stb.).

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Etrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 helyett 2,— P. *Krepuska István:* A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A MÁV Horthy Miklós kórháza és központi rendelője röntgenosztályának közleménye (osztályvezető főorvos: Hrabovszky Zoltán).

A hajas fejbőr időleges epilatiojáról.

Irta: *Végh József dr.*, röntgenszakorvos.

Az epiláló hatás a röntgensugárzás egyik legkorábban megfigyelt biologiai effectusa. *Röntgen* korszakalkotó felfedezése után alig néhány hónappal 1896-ban *Daniel, Marcuse,* majd *Boca* írtak a röntgenvizsgálatok kapcsán jelentkező dermatitisről és a következményes alopetiáról. A századforduló elején a szerzők egész sora ajánlotta a röntgenkezelést, mint egyetlen eljárást a dermatomykosisok kezelésére. A nagy úttörők csaknem teljes számban résztvettek a probléma megoldásában annál is inkább, mert a röntgenepilatio kizárólagosan dosimetriai kérdés volt ezelőtt 35 évvel és az maradt a mai napig.

A gombás hajmegbetegedések régebben ritkán fordultak elő és a század elején terjeszkedtek nyugatról kelet felé; a világháborúban feltűnő módon elszaporodtak. Az endemiás mikrosporiasis, trichophytiasis és favus jelentkezésének kedvenc ideje a 6—8 év. Statistikánk szerint 404 epilált betegünk közül 85.9%-ban fiúgyermekeken fordult elő. Mikrosporiát és trichophytiasist felnőtteken sohasem észleltünk. A felnőttek hajtüszőmegbetegedései közül a szakáll és bajusz területén előforduló kerion Celsi, sycosis parasitaria, folliculitis sklerotisans nuchae és folliculitis decalvans a fontosabbak. Ezen okokból kezelt betegeink száma 84. Az I. táblázat 404 kezelt betegünk eloszlását mutatja kórjelzés szerint, az 1. ábra pedig a megbetegedések előfordulását demonstrálja életkor szerint. A hajzat gombás fertőzése a fejen kezdődik és ráterjedhet a lanugoval fedett egyéb bőrrészletekre is. Kerek, ovalis, kisebb-nagyobb foltok jelentkeznek előbb isoláltan, majd pedig összefolyóan. A hajzat a fertőzött helyen szürkés-fehér, az elváltozás élesen elhatárolt. A hajszálak e területben törékenyek, alapjuktól kezdve 2—7 mm hosszúságban a sporáktól fehéren elszíneződtek. A gombák myceliuma a hajszál belsejében van s körülményes eljárással mutatható ki. A beteg gyermekek iskolába nem járhatnak, testvéreiket a legnagyobb elővigyázat mellett is többnyire fertőzik. Kezelés nélkül a gombás megbetegedés a pubertas korában magától meggyógyul. Közegészségügyi feladatot teljesit az orvos, midőn a fertőzés terjedésének meggátlása végett a beteget megfelelő kezelésre utalja.

I. táblázat.

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	
Mikrosp.	19	24	57	58	43	56	51	308
Trichoph.	30	11	16	4	10	7	9	87
Favus	2	2	—	—	1	2	2	9
Összesen:	51	37	73	62	54	65	62	404

A betegek megoszlása diagnosis szerint.

A kezelés lényege a hajas fejbőr időleges epilatiója. Ha a hajzatot eltávolítjuk, a gombás fertőzés táptalaját vesztve megszünik. Gyógyszeres kezeléssel a gombákat nem pusztíthatjuk el, mert ezek a szerek a hajszálba és a folliculusokba nem képesek behatolni.

A hajas fejbőr epilatiójára a röntgenbesugárzás kényelmes, gyors és a mai technikai berendezések mellett teljesen veszélytelen eljárás; szakember kezében sem kockázattal, sem pedig kellemetlen melléktünetekkel nem jár.

A röntgensugár epiláló hatása direct és indirect okokra vezethető vissza. In vitro gombakulturák az epilatiós dosis két-háromszorosára sem szenvednek változást, tehát ily értelemben gombapusztító hatásról nem beszélhetünk. A sugárhatás következményeként a hajtüszőben és a haj hagymasejtjeiben gyulladás keletkezik. A hajtüszők sugárérzékeny és szabályosan reagáló szövete valóságos indicator a röntgenhatás időbeli kimutatására. *Krantz* szövettani metszeteket készített a hajas

1. ábra. Az epilált gyermekek megoszlása életkor szerint.

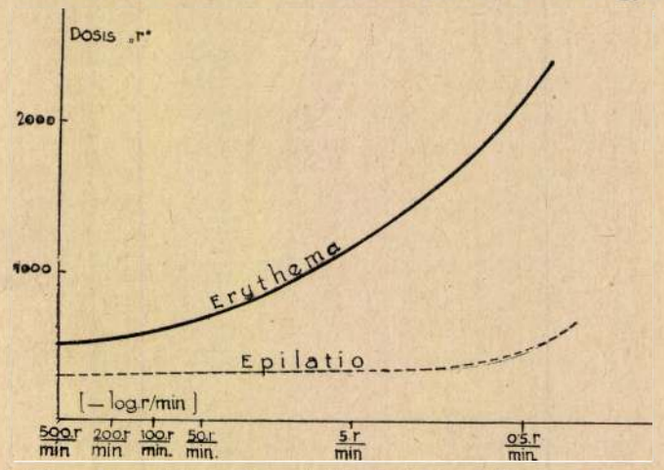
fejbőr beteg és egészséges részleteiből a besugárzás előtt és után és a beteg folliculus körül infiltratumot, burjánzó kötőszöveti sejteket, eosinophil és neutrophil leukocytát és sok hízó sejtet talált. Az epilatio, mint sejtdegeneratiós folyamat tehát a gyulladás képében zajlik le, s a hajhullás ennek következménye, a gombás hajmegbetegedések gyógyulása azonban indirect sugárhatásokra is mutat. *Thedering* szerint nem csupán a hajszálak eltávolítása, hanem a fejbőr allergiás áthangolása is lényeges szerepet játszik. *Speirer* a H-ionconcentratio megváltozásában keresi azt a tényezőt, mely a hajtüszőkben visszamaradt gombák vitalitását lerontja. Ezzel számolnunk kell, mióta kétségtelen *Thedering* vizsgálatai nyomán, hogy a gombaspóráktól a fejet baktreiologiailag megtisztítanunk lehetetlen. Igen gondos vizsgálattal ugyanis, nickeloxid üveggel filtrált quarcfény mellett visszamaradt gombafészkeket talált recidiva nélkül gyógyult esetekben is. Arra vonatkozólag, hogy activ immunisálás forogna fenn a kiállott és gyógyult hajmegbetegedés után, kisérleti bizonyítékaink nincsenek, annálinkább, mert egy góc besugárzásával az egész fejbőrön recidivamentes gyógyulást nem érhetünk el. Remélhetjük azonban *Buschke* kisérletei nyomán, hogy ha nagyobb időközökben vizsgálják a tüszőkben visszamaradt gomba vitalitását, kiderülhet a röntgensugárzás direct gombapusztító hatása is. *Buschkének* ugyanis határhullámú sugárzással két esetben sikerült a haj epilatiója nélkül a mikrosporiát meggyógyítania.

Mindaddig, amíg levegőmaradékos classikus typusú üveglámpákkal sugároztak, melyek járatás közben fokozatosan felpuhultak és inconstans sugárzást adtak, a röntgenepilatio sok kockázatot rejtett magában. A technikai problémák megoldása fokozatosan meghozta a therapiás eljárások üzembiztonságát is. *Adamson* 1909-ben már Coolidge-lámpát alkalmaz.

A transformátoros therapiás készülékek, az elektroncsövek, az ionisatiós mérőműszerek bevezetése s ezzel kapcsolatosan a röntgenegység (r) meghatározása exact physikai alapokra fektette a röntgenkezelést. A praecisiós integráló dosimeterek segítségével az epilatiós dosis kimérése és akár naponkint ellenőrzése nehézséget nem okoz.

Epilatiós dosisnak nevezzük azt a legkisebb sugármennyiséget r-ben, mely képződmény sugárzásból keresztezett mezők mellett, a szórt sugártöbblettel együtt, ártalmas melléktünetek kiváltása nélkül az epilatio reversibilis folyamatát előidézi. Olyan mérőműszerrel azonban nem rendelkezünk, amely a fejbőrre helyezve a kereszteződés és szórtsugártöbblet útján összegeződött teljes sugármennyiséget megmérné. Már *Marcuse* és *Sabouraud* észlelték, hogy minél nagyobb az epiláló sugármennyiség, annál rövidebb csúcsban válik el a hajszál a papillából. Ha pedig a sugárintensitás aránylag kevés volt az epilatio céljára, úgy a hajszál gyökerével együtt távolodik el, s szabad szemmel kis kacs látható az alapján. *H. Thiesen* (1930) a megsugárzott hajas fejbőr különböző részleteiből kihullott hajszálakat photographiai vizsgálatnak vetette alá s azt találta, hogy a hajszálon azonos sugármennyiségek azonos elváltozást okoznak. E jelenség alapján következtetés vonható a sugárzás biologiai effectusára. Vizsgálataiból ismeretes, hogy a hajszál négy nappal a sugárzás után a papillában fokozatosan elvékonyodik, tűformában kihegyesedik s végül mintegy 3 hét mulva alapjától leválik. A folyamat alapján *Thiesen* az optimalis epilatiós sugárdosis nagyságát középértékben, mezőnkint 370 r-től 450 r között állapította meg (Wirkungsdosis). Ez az érték azonban a hajas fejbőr egyes helyein a mezők kereszteződése és a szórtsugártöbblet folytán 20—30%-kal növekedik.

Mivel az epilatiós hatást, ellentétben az erythemával, a használatos sugárintensitások változásai lényegesen nem befolyásolják, elméletileg azt mondhatjuk, hogy 400 r/min-tól csökkenve akár 5 r/min sugárintensitás mellett is sikerrel epilálhatunk. Minden hullámhosszúság sugárkeménység mellett létrejöhet ugyanaz a hatás, mert a sugárqualitás speciális hatásáról nem beszélhetünk. *(Rost.)* Vagyis a sugárzáshoz tetszőleges távolságot, szűrőt, feszültséget és milliampére számot választhatunk, az epilatio sikerét mindaddig nem kockáztatjuk, míg a kiszolgáltatott dosis mezőnkint mintegy 370 r. (Lásd 2. sz. ábrát. Holthusen-féle görbe.) A tétel gya-



2. ábra. Az erythema és epilatiós dosis összefüggése a sugárzás intensitásával.

korlatilag módosításra szorul. Tekintettel arra, hogy patienseink mozgékony gyermekek, továbbá, hogy a koponya penetráló megsugárzása gyakran agyitüneteket, nauseát, lázat válthat ki, oly középkemény sugárzás és magasértékű sugárintensitás (r/min) alkalmazása indokolt, mely időbelileg kellő gyorsan, másrészt lehetőleg felületesen hat. A kezelés idejének elnyujtása miatt nem célszerű a 3, vagy 5 mm vastag Al szürő, vagy a 30 cm-nél nagyobb fokusz-bőrtávolság, úgyszintén az alacsony milliampére-szám alkalmazása. Az epilatio céljának teljesen megfelel az a qualitású sugárzás, melyet 1 mm-es

Al-szűrővel filtráltan 7 mA és 130 kV feszültség mellett állítunk elő és 23 cm fókuszbőrtávolságról alkalmazunk.

Intézetünk Witka-kapcsolású therapiás készüléke az említett adatok mellett 2.5 perc alatt szolgáltat ki 350 r epilatiós dosist, mely 139 r/min sugárintensitásnak felel meg. A dosis kimérése gondosan calibrált Mekapion integráló dosimeterrel és Siemens-féle iontoquantimeterrel történik. A gyűszűkamrát 10 cm vastagságú vízphantomra, 12.5 cm átmérőjű üvegtubussal határolt kerek mező (110 cm^2) közepére helyezzük és 23 cm fókusz-gyűszűkamra távolságból mérünk. Bár a sugárintensitas értéke a *Holthusen* által ajánlott 50 r/min értékhez képest magasnak látszik, nyolcesztendős epilatiós tapasztalatunk eljárásunkat igazolta. Az 5 mezős kezelést többnyire egy ülésben végezhettük, s hogy nauseát, lázat, vagy agyi tüneteket még elvétve sem észleltünk, annak tulajdonítjuk, hogy a sugárpenetratio igen csekély (HW = 0.2 mm Cu, vagyis 0.2 mm vastag rézrétegben a sugárzás felére csökken), 5 mező teljes besugárzásának ideje mindössze 12.5 perc.

A mellékelt II. sz. táblázat bemutatja, hogy bár therapiás készülékünket az eredeti Greinacher-féle kapcsolásról időközben Villard-, majd Witka-féle kapcsolásra építettük át, s ezáltal a sugárintensitás (r/min), valamint a kezelés műszaki adatai lényeges változást szenvedtek, 350 r dosis kiszolgáltatása mellett mindenkor kifogástalan epiláló hatást értünk el. Feleslegesen nagy sugáradagot (420—477 r) adtunk az 1928—30 években 129 betegünk kezelésekor. Bár az epilatio és regeneratio ez esetekben is kifogástalanul sikerült, a betegek közül 3% múló rosszullétről panaszkodott. Kisérletet végeztünk 10 esetben 300—320 r sugáradag effectusának megállapítására, s azt tapasztaltuk, hogy az epilatio nem volt tökéletes, a széleken foltokban hajpamacsok maradtak vissza, kitépésük fájdalommal járt. 350 r-nél kisebb sugáradag nem célravezető, mert arra a haj nem hull ki, az elégtelennek bizonyult dosis pedig pótlólag nem corrigálható *(Kelen)*.

II. táblázat.

Kapcsolás	kV. mA.	Adag	r/min.	Btegek száma
Greinacher	120 kV 4 mA	5×424 r	130	28
Greinacher	120 kV 4 mA	5×477 r	130	101
Greinacher	120 kV 4 mA	5×350 r	130	16
Greinacher	112 kV 8 mA	5×350 r	128	31
Villard	95 kV 6 mA	5×350 r	78	41
Witka	95 kV 8 mA	5×350 r	128	72
Witka	130 kV 8 mA	5×350 r	148	52
Witka	130 kV 7 mA	5×350 r	139	62
			Összesen:	404

A betegek megoszlása a kezelési eljárás szerint.

Ami az epilatio módszerét illeti, legáltalánosabb az 5 vagy 4 keresztezett mezőről végzett kezelés. A mezők beállítása úgy történik, hogy 2—2 szomszédos mezőrészben fedje egymást. A széli részek bár kettős sugározást kapnak, összesen azonban mégsem többet, mint a gömbölyded mező közepén leadott egyszeres adag. Az 5 lámpa állása a következő: 1. és 2. mező a jobb és bal falcsontra; a 3. mezőnél a fősugár a homloki hajhatár és a vertex közepére esik; a 4. mező merőlegesen a fejtetőre centrált; végül az 5. mező fősugara a protuberantia occipit. ext.-ra halad merőlegesen. A beállítás célszerűen 12.5 cm átmérőjű ólomüvegtubussal végezhető, a tubus a kezelés alkalmával azonban eltávolítandó. Szokásos a fül és szemnek ólomgummilappal történő sugárvédelme. A bajusz és szakáll epilatiója alkalmával 3 mező legtöbbször elegendő: egy mezőt az állcsúcsra, kettőt pedig a jobb- és a baloldali mandibularészre centrálunk.

L. Lieberson és *M. Wassilewsky* (Moszkva) 3 mezős epilatiós eljárást ajánl. Dosisuk 20%-kal több, mint az 5 mezős epilationál; eredményeik közel 2000 eset tanulságai szerint teljesen megfelelőek.

Többen ajánlottak a mozgékony, sivalkodó gyermek fejének pontos rögzítésére szolgáló készüléket. Tapasztalat szerint erre szükség nincsen, mert a legtöbb gyermek a rövid kezelést nyugodtan eltűri, s csak a legritkább esetben kényszerül az orvos bódítószerek alkalmazására. A sugár- és érintésbiztos therapiás készülékek módot nyujtanak arra, hogy a beteg hozzátartozója a kezelőhelyiségben helyetfoglalva, ólomkeztyűvel védett kezével szükség szerint a gyermek fejét rögzíthesse.

A röntgenkezelés után a hajas fejbőrt esténkint langyos szappanos vízzel leöblíttetjük, napközben pedig fehér sapkával takartatjuk. A kezelés után mintegy 14—20 nap mulva megkezdődik a haj hullása, mely csakhamar teljes kopaszságra vezet. Némelykor a széli részeken, fül mellett, vagy a tarkó peremén néhány hajszál marad vissza, mely csipesszel fájdalom nélkül eltávolítható. Az epilált fejre különböző enyhe desinficienseket pl. 3%-os salicylos kenőcsöt alkalmaznak. Az új hajzat 6—8 hét mulva gyengén pigmentált lanugo alakjában jelentkezik s fokozatosan felveszi az előbbi haj szinét és tulajdonságát. Elvétve sötétebb, vastagabb és dúsabb haj fejlődhetik, sőt *Dostrowsky* és mások simahajú beteg epilatiója után fürtös hajzat keletkezését figyelték meg. A röntgenepilatiók után recidivát alig ½%-ban észleltünk. Ilyen esetekben az epilatió 6 hónap elteltével, minden ártalmas következmény nélkül megismételhető. Ha azonban az első epilatiót a második már 2—3 hónap elteltével követi, érdekes biologiai jelenség áll elő. *Holthusen* agytumor miatt sugárzott betegeken figyelte meg, hogy a bekövetkezett epilatio után kinőtt hajzatra adott újabb dosis nemcsak, hogy nem gátolja meg az új hajzat további fejlődését, hanem serkentőleg hat a növekedésére. A jelenség, melyet magunk is észleltünk, azzal magyarázható, hogy a fiatal hajgeneratio még fejlődésben lévő szövete sokkal érzéketlenebb a röntgensugár iránt, mint a teljesen kifejlődött és még be nem sugárzott hajgyökér. A fiatal hajpapillák 2—4 hónapig tartó resistentia után rendes sugárérzékenységüket visszanyerik. Hasonlóképen csökken a hajas fejbőr sugárérzékenysége, ha az epilálandó terület kezelés alatt compressio alá kerül pl. a tubus nyomása következtében. Magyarázatul a kifejtett nyomás okozta helyi anaemiát említik. *(Schwartz)*.

Meg kell emlékeznünk az epilatio másik módjáról a peroralisan alkalmazott *thallium epilatiós hatásáról*. Szomorú actualitást ad a kérdésnek néhány végzetes thalliumepilatiós kisérlet, mely azóta sok vitára adott alkalmat.

A thallium a gyógyitásban ritkán használatos, vegyületei a gyógyszerkönyvbe nincsenek felvéve és azért tulajdonságai kevéssé ismertek, irodalmilag is csak nehezen kutathatók fel, célszerű tehát az e téren lévő tájékozatlanságot néhány szóval eloszlatni.

A thallium vegyi jele Tl, atomsúlya 204.0, fajsúlya 11.8, tehát az ólomnál valamivel nehezebb ritka fém. Az

elemek periodikus rendszerében a higany és ólom közt foglal helyet. A Bunsen-lángot nagyon intenzív smaragdzöldre festi. Vegyületeiben 1, vagy 3 vegyértékű. Az egyvegyértékű *„thallo"*-sók az alkali fémek és az ezüst megfelelő vegyületeihez hasonlítanak és állandóak. A három vegyértékű *„thalli"*-sók az aluminium-sókkal analogok és nagyrészt bomlékonyak.

Thallo-sók oldatában a sósav thallo-chloridból álló fehér túrós csapadékot ad, mely fényérzékeny és a levegőn csakhamar ibolya színűvé válik. Ammonia fekete csapadékot okoz. A thalli-sók sósavval nem adnak csapadékot, s ezáltal a thallo-sóktól megkülönböztethetők. A gyógyászatban a thalloacetatot használják, gyógyszertani neve: thallium aceticum oxydulatum. A thalliacetat (thallium aceticum oxydatum) vízzel igen könnyen thalloacetátra, ecetsavra és kis részben basisos sóvá elbomlik. Kereskedelmi forgalomban bomlékonysága miatt nem szerepel, epilatióra nem használatos. A thalloacetat fehérszínű, könnyen szétfolyó kristályokból áll, vízben és alkoholban könnyen oldódik. Régebben syphilis ellen és a phtisikusok éjjeli izzadása ellen használták 0.1—0.2 gr napi adagban. Akkor észlelték hajhullasztó hatását. Nem tévesztendő össze a thallinnal, mely chinolin származék.

Buschke, majd *Sabouraud* 1897-ben orosz, mexikói olasz szerzőkkel karöltve pontosan megállapította a thalliumos epilatio javallatait és ellenjavallatait, s nagy dermatomykosis-endemia esetekben sikerrel alkalmazta. *Buschke* és *Pescher* patkánykísérletei később óvatosságra intettek, mert a thallium nagyobb dosisával a kísérleti állatokon teljes alopeciát okoztak, agyi tünetek, iritis, here-, pajzsmirigy-, mellékvesesorvadás, rachitisszerű csontelváltozások, fejlődési zavarok keletkeztek. Délamerikai orvosok, főleg *Cicero* és *Uruena* kitartó munkával meghatározták a thallium optimalis epiláló dosisát, melyet többszáz eset kapcsán testsúly kg-ként 8 milligrammban állapítottak meg. A szer csakis a pubertas koráig alkalmazható és egyszerre adagolandó. Egyidejűleg a hajas fejbőr erőteljes desinficiensekkel kezelendő, mint jód, kén, stb. A haj 3—4 hétre a szer bevétele után kihull, 2—3 hónap mulva pedig regenerálódik. Melléktünetként múló albuminuria, tachykardia, húzó tagfájdalmak, főfájás, nyálkahártyavérzések, esetleg tetaniaszerű állapot jelentkeznek. A thallium pharmakodynamikájára vonatkozólag *Berde* és *Dóczy* vizsgálata nyomán ismeretes, hogy a szervezet endokrin egyensúlyát már a thallium gyógyító adagja is megbontja, s az epilatio a sympathicus idegrendszer hatására vezethető vissza. A thallium alkalmazása azért ellenjavalt a pubertas körül, mert a már amúgy is labilis endokrin-sympathicus correlatiót teljes felborulással fenyegeti. *W. Heuck* és *J. Vonkkennel* klinikai vizsgálatok egész sorával bizonyították a thallium szövevényes hatásait, melyben még a reticuloendothelialis rendszer sejtjei is érdekeltek. Hatástanilag nem tisztázottak még eléggé egyes tényezők, melyek közül csupán a fajbeli és klimatikus adottságokat, a constitutiós és endokrin rendszerben lévő egyéni különbségeket említjük. Ha végül mérlegeljük a thalliumepilatiok azon lesujtó statistikai eredményét, hogy a gombás hajbetegség a kezelés után 24%-ban recidivál, kétségtelenek az okok, melyek miatt a legkiválóbb szerzők a tiszta thalliumepilatiót ellenjavallják. Csupán kényszerítő körülmény teheti indokolttá alkalmazását: olyan országokban, vagy világrészeken, ahol röntgentherapiás készülék nem áll rendelkezésre, más lehetőség hiányában mint ultimum refugium a thalliumos epilatio megkísérelhető a járványos megbetegedés terjedésének meggátlása céljából.

Nem idokolt a röntgen és thalliumepilatio combinatiója sem, mely bár veszélytelenebb eljárás, de következményeiben nem nyujt nagyobb biztonságot, annál is inkább, mert egy hibaforrás helyett kettővel kell számolnia. Nem oszthatjuk sem *Buschke, Langer* és *Schayer*-nek, sem pedig azon többi kiváló szakemberek véleményét, akik jórészt kényelmi szempontból alkalmazzák a combinált epilatiót. Abból a feltevésből indulnak ki, hogyha fél epilatiós dosis röntgensugarat és egyidőben ugyancsak féldosis thalliumot adagolnak, olyan biztos eljárást nyernek, mely úgy a röntgen, mint a thalliumkezelés veszélyeit kiküszöböli. Ebből a célból 30 kg testsúlyon alul levő gyermekeknek testsúly kg-ként 4.5 mg thalliumot és 5 mezőről egyenkint 175 r egységnyi röntgensugarat adnak. Többszáz szerencsés eset bizonyítja az eljárás használhatóságát. Nyilt kérdés azonban, hogy miért kockáztatják a thalliumadagolást ott, ahol praecisiós mérőműszerekkel állandóan ellenőrzött és szakszerűen adagolt röntgensugárzás áll rendelkezésre. Kétségtelen, hogy a klinikák, vagy a nagy gyógyintézetek methodikája a lehetőségen belül a betegnek nagy biztonságot nyujt, példájuk nyomán azonban nem szakemberek bátorítást nyernek az eljárás alkalmazására és végzetes kísérletekre ragadtatják magukat, melyek sem a beteg, sem az orvos érdekeit nem szolgálják.

Összefoglalás: 1. Az epilatio degeneratív folyamatát a hajhagymákban és tüszőkben lezajló gyulladást váltja ki, mely a beteg fejbőrt allergiásan áthangolja és ezáltal a tüszőkben visszamaradt csirok vitalitását lerontja.

2. A röntgenepilatio kizárólagosan dosimetriai kérdés. Epilatiós dosis az a legkisebb röntgensugár mennyiség, mely középkemény sugárzásból, keresztezett mezők mellett, ártalmas mellékhatás kiváltása nélkül az epilatio reversibilis jelenségét előidézi. Erre a célra optimalis sugármennyiség 5 keresztezett mező esetében egyenkint 350 r dosis, melyet célszerűen 130 kV feszültség mellett előállított 1 mm vastagságú Al. filterrel szűrt sugárzásból, 23 cm bőrfokustávolságról 7 mA sugárintensitás mellett szolgáltatunk ki. A csekély penetratiójú sugárzás felező rétege rézben 0.2 mm (HW=0.2 mm Cu). A 139 r/min. sugárintensitás a kezelés gyors időbeli lefolyását biztosítja. Ilyen technikai tényezők mellett az időleges epilatio kifogástalanul sikerül, a beteg pedig ártalmas utóhatást nem szenved.

3. A thallium, ill. thallium-röntgenepilatio alkalmazása teljesen nélkülözhető. A tiszta thallium-epilatio csak ott indikált, hol a röntgenkezelés technikailag nem vihető keresztül. A thallium az endokrin rendszer correlatiójának megzavarása által a sympathikus idegrendszer útján váltja ki hatását. A combinált thallium-röntgen epilatiós eljárás két hibaforrással számol, s bár gyakorlatilag alkalmazása bevált, mégis felesleges eljárás ott, ahol az epilatiós röntgen-dosis exact kiszolgáltatása lehetséges.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár).

A gyomornedv savanyuságának szabályozása „Optacid"-dal.

Irta: *László Tibor dr.* és *Kemény István dr.*

Kiegyenlítő (puffer) keveréket a gyomorsavelválasztás rendellenességeiben, therapiás célból, először *Baráth* és *Vándorfy*[1] alkalmaztak kisérletes vizsgálataik alapján. Az ő kiegyenlítő keverékük (H.)-ja a véréhez állt közel (7.2—7.5) és Na_2HPO_4 és NaH_2PO_4 megfelelő arányban kevert oldatából állott.

Bár, főleg superacid esetekben, kísérleti eredményeik a savrendellenességek kezelésének ezt a módját az egy-

szerű alkali-therapiánál kedvezőbbnek töntetik fel, eljárásuk a gyakorlatban, indokolatlanul, mégsem terjedt el.

Geréb és Kőrösy[2]) a Gyógyászat 1934. évi 10. számában egy új gyógyszerről, az *optacid*-ról számolnak be. A szer oldata kiegyenlítő keverék, ($NaHSO_4$ és NaH_2PO_4 megfelelő arányú keveréke) amelynek Ph-ja 2.3 körül van. Szerintük ugyanis ez a pepsin-emésztéshez szükséges optimalis Ph.

Az optacid előnyei a gyomorsav-elválasztás rendellenességeit tünetileg kezelő, eddig használt gyógyszerekkel szemben a következők volnának:

Kiegyenlítő sajátságánál fogva a normálisnál úgy alacsonyabb, mint magasabb savtartalmú gyomornedvet a pepsin-emésztéshez szükséges legmegfelelőbb savanyúságúvá képes tenni; esetleg túladagolása sem hoz létre túlzott savanyítást, vagy lugosítást a gyomornedvben.

Célunk volt a fentemlített szer hatását klinikai beteganyagon kísérletes vizsgálat tárgyává tenni. E célból a szerzők eljárását követve, a klinikán végzett, szakaszos, coffeines próbareggeli egyes fractióiban, melyeket 10—15 percenként emeltünk ki, a szokásos titráláson kívül, mellyel a szabad sósavat és összes aciditást határoztuk meg (H.)-meghatározásokat is végeztünk. 60—90 perc eltelte után a beteg sondán át 2 gr optacidot (2 tabletta) kapott, 50 cm langyos destillált vízben oldva. A létesített (H.)-t a bevitel után azonnal, majd egy órán át tízpercenként, 5—5 ccm kiemelt gyomornedvben vizsgáltuk meg. A Ph-meghatározáshoz az ellenőrzésre használt, ismert állandó (H.)-jú oldatokat részben sósav különböző hígításával, részben $NaHSO^4$ és NaH_2PO_4 megfelelő arányban való keverékével állítottuk elő és ezekhez, majd a vizsgálandó, megszűrt, átlátszó gyomornedv 1 ccm-éhez 1—1 cseppet adtunk, *Michaelis* némileg módosított eljárása szerint, a következő indicatorokból:

0.02%-os vizes kristályibolya (Ph 1—2.5)
0.125%-os vizes kongóvörös (Ph 2.5—4)
0.25%-os vizes methylorange (Ph 3—5) és
0.1%-os P-nitrophenol (Ph 5—).

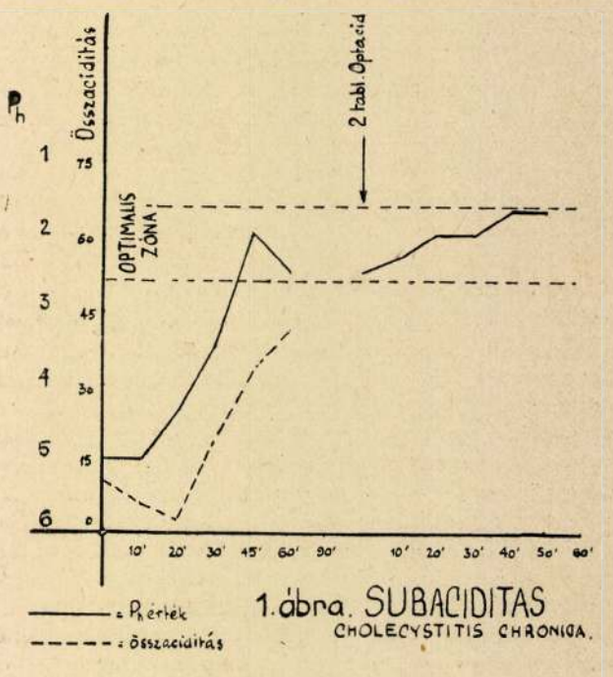
Eezen módszer a Ph-meghatározást 1—5 között engedi meg, 0.2—0.5-nyi pontossággal. A kapott színeknek megfelelő (H.)-t táblázatból olvastuk le.*

Ily módon 22 esetben vizsgáltuk az optacid hatását. A kapott Ph-értékeket coordinata-rendszerben rajzoltuk fel (az ábrán folytonos vonal), feltüntetve a szer beadása előtt titrálással kapott össz-aciditást is (szaggatott vonal).

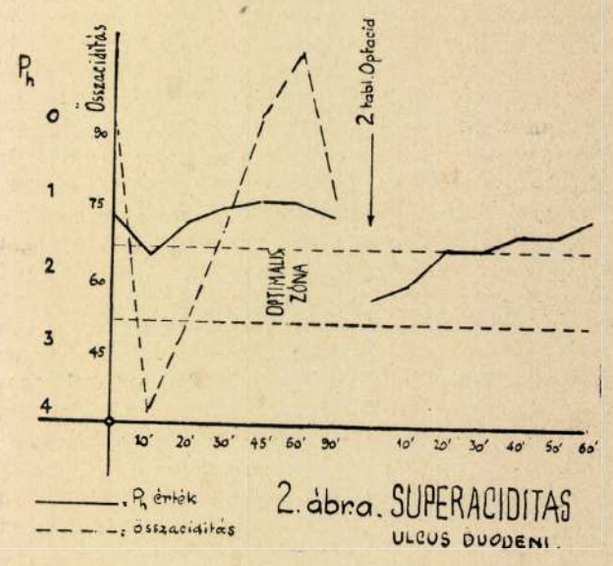
A különböző irodalmi adatokat egybevetve, a pepsinemésztés optimumát — noha ez különböző körülményektől függően, mint a fehérje minősége, a megemésztett fehérje mennyisége, a tápláléknak a gyomorban rétegeződése szerint némileg változik — Ph 1.6 és 2.6 közé tehetjük. Ezt a Ph-területet az 1. és 2. ábrán vastag vízszintes vonallal határolt mezőben tüntettük fel. Ily módon könnyen leolvasható, hogy a görbe mily mértékben és mennyi ideig fut le az optimalis határok között. Ph 1.6 felett *superacidnak*, Ph 2.6 alatt *subacidnak* tekintettük a gyomornedvet, mert physiologiás eltérések ettől, bár előfordulnak, ritkák.

Jó hatásúnak minősítettük a szert, ha a csökkent, illetve emelkedett savanyúságot a beadástól számított legalább 30 percig az optimalis zónába hozza, vagy azt erősen (—Ph 0.2 + Ph 0.5) megközelíti; közepes hatású, ha ezen hatás rövidebb ideig tart, vagy az optimalis területet a görbe lefutása csak jobban közelíti meg, mint gyógyszer nélkül, végül hatástalan, ha a területet meg sem közelíti, vagy ezen hatása 10 percnél tovább nem tart.

Kórisme alapján a vizsgált 22 esetből 1 ulcus ventriculi-, 7 ulcus duodeni-, 1 gastritis chronica-, 2 colitis chronica-, 1 subacut appendicitis-, 5 cholelithiasis, illetve cholecystitis-, 5 egyéb betegségben szenvedő, gyomorpanaszokkal biró beteg volt.



1. ábra. SUBACIDITAS CHOLECYSTITIS CHRONICA.



2. ábra. SUPERACIDITAS ULCUS DUODENI.

Fenti szempontjaink figyelembevételével 22 esetünkből az optacid

17 esetben (77%) hatásosnak bizonyult, ebből
11 esetben (50%) idealis,
6 esetben (27%) közepes hatású,
5 esetben (23%) hatástalan.

A superacid esetek 73%-ában, a subacid esetek 71%-ában hatásos és 27%, illetve 29%-ában hatástalan. Tehát nagyjában egyforma eredménnyel alkalmazható a gyomorsav fokozott, illetve csökkent elválasztásánál.

A gyógyszerhatás objectív megítélését kísérleteinkben megnehezíti az a körülmény, hogy étkezés után a

---

* A kristályibolya t fokozatos, jól észlelhető változása miatt részesítettük előnyben a kevésbbé megbízható methylibolya és tropacolin 00 felett.

gyomor ürülési viszonyai némileg mások, mint coffeinos próbareggeli esetén, hogy a gyomornedvet sűrűn kiemelve, a szer mennyiségét a gyomorban csökkentjük és végül, hogy a sonda hosszas időzése a gyomorban (2—2½ óra) gyakran váltja ki alkalikus bélnedv és epe regurgitatióját a gyomorba.

1. táblázat.

Diagn.	Ph opt. nélk.	Ph optaciddal	HCl (optacid nélkül)	összac.	Megj.
Leukaemia myel.	4.5	2.3	0	12	2 tabl.
Gastritis superac.	3.5	2.0	0	12	2 „
Gastritis chronica	4.5	2.9	0	20	2 „
Diabetes mell.	5.5	5.0	0	15	2 „
Colitis chronica	5.0	4.5	0	20	3 „
Gastritis superac.	1.5	3.0	48	66	3 „
Polycythaemia	3.0	2.4	4	44	3 „
Gastritis	3.5	1.7	10	54	3 „
Ulcus ventriculi	1.1	1.6	71	94	2 „

Hogy az optacid hatásának objectív vizsgálatát a fentemlített kevésbbé élettani behatásoktól lehetőleg függetlenítsük és a beteg otthoni viszonyaihoz inkább hasonló körülmények között is meggyőződjünk a szer hatásosságáról, a gyomornedv savanyúságát, illetve az optacidnak erre gyakorolt hatását próbaebédek elfogyasztása után vizsgáltuk meg. A betegek otthoni diaetájuknak megfelelő ebédet fogyasztottak el, amelyet az étkezés után két órával emeltünk ki és meghatároztuk a (H.)-t, szabad sósavat és összaciditást. Egy-két napra rá a vizsgálatot megismételtük azonos étrend mellett, de a beteg ebéd után közvetlenül 2—3 tabletta optacidot is kapott. A 2 óra mulva kiemelt gyomornedvben itt is meghatároztuk a (H.)-t. Egyéb gyógyszert (sósavat, alkaliákat, stb.) ez alkalommal a betegek természetesen nem kaptak. További vizsálati eljárásunk egyébként a próbareggelinél alkalmazottal azonos volt, csak a tömegesebb gyomorbennéktől kellett a tiszta gyomornedvet centrifugálás és szűrés útján elválasztani. A meghatározásokat az ily módon nyert szürlet 1 ccm-ében végeztük. Eredményeinket az I. sz. táblázat tünteti fel.

Mint a táblázatból kitűnik, az optacid hat esetben (1., 2., 3., 7., 8. és 9.) (66%) a super-, illetve subaciditást a normalis zónába, vagy ahhoz közelebb hozza, három esetben (4., 5., 6.) (33%) a savanyúságon lényegesen nem változtat.

A subacid esetekben észlelt gyengébb hatás talán az ezen betegeken gyakran észlelhető gyorsabb gyomorürülésre vezethető vissza, mert ily módon a gyógyszer nagyrésze is csakhamar elhagyja a gyomrot. Ezen esetekben, valamint a nagyfokú hyperaciditás azon eseteiben, melyekben két tabletta optacid a kedvezőbb savanyúságot csak rövid ideig volt képes fenntartani, mi is helyesnek látjuk, ha a beteg az étkezés után fél-, egy óra mulva még egy, vagy két tablettát vesz be.

Vizsgálataink másik részét, az optacidnak nagyobb klinikai beteganyagon (járóbeteg rendelésünket felkereső és osztályos fekvő betegeken), hosszabb szedés után történő kipróbálása képezte. Ezen vizsgálatokkal a rendellenes savanyúságú gyomornedv okozta objectív és subjectív tünetek javulásáról akartunk meggyőződést szerezni. Diaetán és optacidon kívül a betegek másféle kezelésben nem részesültek. Eredményeinket az alábbi (II.) táblázat foglalja össze.

Az optacid tehát 15 esetben (83.5%) kifejezett, 2 esetben (11%) csekély javulást eredményezett és csak egy esetben (5.5%) volt hatástalan.

Alább közlünk néhány kórtörténet-kivonatot, melyek

2. táblázat.

Név	Panaszok	Pr. regg.	Röntgen	Kez. idő	Eredm.
P. L. 35 é.	1925 óta gyomortáji panaszok, nyomás, görcsök	45—60	Duod. nagyhajl. oldalán simaszélü behúzódás	2 hó	javult
K. I.-né 43 é.	Régi ulcusos panaszok	57—72	Ulcus call. duod.	4 hét	javult
T. M.-né 46 é.	Gyomorégés	60—83	Mérs. csökk. ürülés	6 „	javult
T. I. 32. é.	Étk. u. 1 órával gyomornyomás	40—60	—	3 „	javult
K. L. 42 é.	3 hó óta gyomorpanaszok	65—76	Ulcus call. duodeni	4 „	javult
H. R. 41 é.	1 év óta szúró fájdalom, gyomorégés, felböfögés	43—54	Pylorus spasm.	9 „	javult
F. I. 34 é.	gyomorégés, felböfögés	55—75	—	1 hó	nem javult
D. D.-né	étvágytalanság	6—14	—	4 hét	javult
É. Á.-né	gyomornyomás	18—30	—	8 „	javult
R. I. 35 é.	étk. u. félórával nyomás, gyomorfájdalmak, felböfögés	50—84	normalis	7 „	javult
P. J.-né 34 é.	¾ éve gyomortáji fájdalmak	45—60	normalis	4 „	javult
O. L. 30 é.	éhgyomri fájdalmak	20—45	kissé nehezen tölthető duodenum	5 „	javult
S. I. 37 é.	régi gyomorpanaszok. Evésre szünnek	58—76 Nyák +|++	röntgen neg.	7 „	keveset javult
Sch. G-né 28 é.	grav. VIII. hyperemesis	—	kihányta	3 „	javult
F. A. 53 é.	étvágytalan, hányinger	67—82	gyors ürülés	9 „	javult
Z. J. 37 é.	ősszel és tavasszal állandó gy.-panaszok	63—78	ulcus duod.	9 „	javult
E. V. 20 é.	fájd. étk után	25—45	normalis	8 „	javult
R. S. 52 é.	nyomásérzés, savanyú felböf.	49—62	ulcus duod.	8 „	kis javulás

a megfelelő esetekben alkalmazott optacid kedvező hatását tüntetik fel:

B. L. 33 é. 1933. év májusa óta többizben felkereste ambulantiánkat. Étkezés után 15 perccel gyomra táján tompa nyomást érez. Gyomorégése, felböfögése van; kellemetlen szájíz és szag. Étvágya van. Széklet rendben. Két kilót fogyott. Alcohol lu. neg. mérs. dohányzik. Próbareggeli 53—84. Röntgen: Pyloruspasmus, nehezebben tölthető duodenum. Mérsékelten csökkent ürülés. Diétás kezelés mellett régebben alkaliákat és belladonn. pill. kapott. 1934. III. 24.-étől VI. 6.-ig napi 3×2 tabletta optacid. Panaszai, főleg gyomorégése és gyomornyomása kifejezetten csökkentek. Jobban érzi magát.

K. S. 37 é. Egy éve tompa gyomortáji fájdalmak. 1934. márc. óta panaszai fokozódtak. Próbareggeli: 64—80. Röntgen: Ulcus callosum duodeni. 1934. IV. 14-től VI. 5.-ig 3×2 tabletta optacid. Állapotában újrajelentkezéskor határozott javulásról számol be; fájdalom csaknem teljesne megszünt, hízott 2 kg-t.

H. L.-né. Egy éve gyomortáji fájdalmak, gyomorégés, felböfögés. Próbareggeli: 41—71. Gyomorröntgen: durvább nyálkahártyarajzolat, egyujjnyi secretiós réteg. 1934. IV. 23.-tól VI. 4-ig 3×2 tabletta optacid. Gyomorégése, felböfögése szünt, jól érzi magát.

Az optacidot főleg hyperaciditas okozta, subj. panaszok: gyomorégés, felböfögés, savanyú, vagy kesernyés szájíz esetén tartjuk hatásosnak.

Sz. F.-né 29 é. Tiz éve gyomorpanaszok, gyomorégés, felböfögés. Próbareggeli: 40—50. Gyomorröntgen: Perigastrikus adhaesiók ex ulcere. 1934. III. 16-tól VI. 2-ig 3×2 tabletta optacid. Nem javult. Panaszai minden valószínüség szerint az összenövésekkel függnek össze.

Oly esetekben tehát, midőn röntgen nem áll rendelkezésünkre, vagy próbareggelit valamilyen okból nem végezhetünk, az optacid hatásosságából, vagy hatástalanságából ex iuvantibus is következtethetünk a kórfolyamatra.

Mindezek alapján az optacidot *a savelválasztás rendellenességeinek* tüneti *kezelésében jól használható*, ártalmas mellékhatással nem bíró *gyógyszernek* minősíthetjük.

A székesfővárosi Alföldi-u. bőr- és nemibetegrendelő közleménye. (főorvos: Brezovsky Emil.)

Endourethralis primaer sklerosisok.

Irta: *Müller Ferenc dr.*, közkórházi adjunctus.*)

Mióta a modern felszerelésű „Dunkelfeld" készülék a spirochaeták kimutatásának gyors és biztos módszere lett, minden genitalis elváltozásból, ha az a legkisebb mértékben is gyanus luesre, megkíséreljük a spirochaeta pallida kimutatását. Ily sorozatos vizsgálatok alkalmával sikerült több ízben a lues kórokozóját kimutatni oly elváltozásból, is, amely morphologialag inkább egy banális megbetegedés képét mutatta. (pl. balanitis, herpes, stb.) Kétségtelen, hogy azok az orvosok, akik a spirochaeta vizsgálatot elhanyagolják, vagy csak ritkán végzik el, gyakran fognak hibás diagnosist felállítani ezekben az atypusos primaer sklerosis-esetekben s ezáltal a lues initialis megnyilvánulásáról sem az orvos, sem a beteg nem szerezhet kellő időben tudomást. *Meggyőződésem, hogy a szerzett lues minden esetben előidéz primaer sklerosist, amit azonban nem mindig ismernek fel és pedig annak atypusos alakja, vagy rejtett localisatiója miatt.*

Ily rejtett localisatiók között nagy szerepet játszanak a húgycsőben fellépő ulcus durumok, mert ezeknek aránylag gyakori voltát nemcsak saját észleléseink, hanem külföldi statisztikák is bizonyítják. Igy *Neumann* 1102 lues I. közül 47 esetben találta a kemény fekélyt az urethrában (4.37%), *Fournier* 434 eset közül 17-nél (3.97 %), *Jullien* 1.9%-ban észlelt endourethralis primaer sklerosist. Aránylag alacsony számot ad a leipzigi klinika statisztikája, amely csak 0.4%-ban mutatott ily localisátiót. Ha ezeknek a százalékoknak a középértékét vesszük, úgy 2.65%-ot kapunk, ami mindenesetre olyan számottevő, hogy megérdemli a kérdés részletes tárgyalását.

Az endourethralis primaer sklerosisok leggyakrabban a húgycsőnyílásnál helyezkednek el. Külön csoportba kellene sorolni azokat az eseteket, ahol a sklerosis részben a húgycsőben, részben pedig még a glanson ül és így átmenetet képeznek az endourethralis és extraurethralis primaer sklerosisok között. Véleménye szerint az előbb említett statisztikák közötti nagy eltérés is főleg arra vezethető vissza, hogy nem egyforma mértékkel határolták el ezen localisatiókat. Érdekes a moszkvai Polyklinika venerologiai osztályának erre vonatkozó statisztikája, mely az összes esetek 3%-ban mutat ki oly ulcus durumokat, melyek kizárólag a meatusnál ülnek. *(Chatenewer, Gutina).* Lényegesen ritkább a primaer sklerosisoknak a fossa navicularisban elhelyezkedése s alig találni a szakirodalomban adatot a húgycső mélyebb szakaszain észlelt kemény fekélyre vonatkozóan. Valószínű azonban, hogy az ilyen mélyebben fekvő sklerosisokat nemcsak ritkaságuk miatt észlelték ritkábban, hanem, mert azok a betegeknek kevesebb subjectív panaszokat okozva ritkábban kényszerítették őket orvosi vizsgálatra, másrészt azok kórismézésében is több tévedés fordult elő.

Feltűnő, hogy az endourethralis primaer sklerosisokat sokkal többször észlelték férfiakon, mint nőkön, amit azzal lehet magyarázni, hogy coitus alkalmával könnyebben sodródik a fertőző váladék a férfiaknak kifeszített húgycsövébe, mint a nők jobban elzárt urethrajába. Emellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül azon körülményt sem, hogy a férfiak inkább veszik észre a húgycsövükben ülő kemény beszűrődést és a húgycsőből ürülő váladékot, mint a nők, akiken ép ezen okok miatt valószínüleg több endourethralis primaer sklerosis marad észrevétlenül.

A tünetek, melyek alapján a húgycső kemény fekélyét felismerhetjük, a következők: folyás, induratio, vizelési panaszok és bubo. Természetes, hogy nem minden esetben találjuk meg mind a négy tünetet, de elegendő ezek közül egy is, ahhoz, hogy felhívja a figyelmünket a húgycsőben székelő primaer sklerosisra.

Endourethralis sklerosis esetén rendszerint csak a húgycső megnyomására ürül váladék, mely vagy *savós* jellegű, vagy a hozzákeveredett genysejtektől kissé zavaros. Ezen savós váladék miatt az orvos leggyakrabban egyszerű urethritist diagnostizál, ami nemcsak a lues korai felismerését késlelteti, hanem kellő elővigyázat elmulasztása miatt kezelés közben az orvos megfertőzését is idézheti elő. Igen gyakran, — főleg erősebb expressiora — a váladék véresen átivódott (véres-savós), vagy pedig a savós váladék véres foszlányokat tartalmaz. A kevés váladékát a beteg sokszor csak azáltal veszi észre, hogy a húgycsöve reggelre beragad. Bőségesebb, vagy erősen genyes folyást akkor észlelünk, ha a primaer sklerosis mellett a beteg gonorrhoeát is aquirált, vagy pedig ulcus mixtum ül a húgycsőben. Ezzel szemben *Mouls* és *Lapyschew* leírtak egy esetet, ahol egy általuk észlelt endourethralis kemény fekély esetében még erőltetett expressióval sem sikerült váladékot kisajtolni.

A primaer sklerosis a húgycsőben is *infiltratiót* hoz létre, ami a húgycső gondos megtapintásakor jól érezhető. Ez a sklerosis ritkán éri el a kisdió nagyságot és jellemző rá, hogy nyomásra fájdalmatlan, vagy csak kissé érzékeny. Leginkább gonorrhoeás inflitratióval tévesztik

*) Előadta a IX. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszuson. (1935. szept.)

össze, bár attól nemcsak a bakteriologiai lelet, hanem a klinikai kép alapján is jól megkülönböztethető. Ugyanis a gonorrhoeás paraurethrális infiltratio hirtelen fejlődik ki, kezdetben mindig fájdalmas, galambtojásnyi nagyságot is elérhet, aránylag gyakori az ellágyulás s a képződött tályog, vagy a húgycsőbe, vagy kifelé áttörhet. Ezzel szemben a primaer sklerosis lassan fejlődik, sohasem lágyul el és mint már említettem, fájdalmatlan. Ha a sklerosis a meatustól távolabb fekszik, hasonlíthat a kórkép az induratio penis plastikára is. Azonban tudjuk, hogy a plastikus induratio csaknem mindig a corpus cavern. penisben űl, ahol csomókat és kötegeket alkot s csak nagyon ritkán észlelhető a corpus cavern. urethreaben. A plastikus induratio is, ha a penis nyugalomban van, fájdalmatlan, jellemző azonban, hogy erectió alkalmával igen gyakori a fájdalom és a penis deviatiója. *Silberg* észlelt 2 oly urethrasklerosist, ahol az erectio szintén fájdalmas volt, de deviatiót nem okozott. Végül gondolnunk kell a differentialdiagnosis felállításánál arra is, hogy carcinoma és gumma *(Langer, Chassin)* is fejlődhetik a húgycsőben, főleg a meatusnál, melyek különösen a kezdeti stadiumban, amíg szétesés nem következett be, igen hasonlíthatnak a primaer sklerosishoz.

A húgycsőbe beboltosodó sklerosis szűkíti a húgycsövet és így a *vizelést megnehezíti.* A vizelet ilyenkor vékonyabb sugárban ürül s a sklerosis helyén kisfokú nyomást és égést okozhat. Olyan nagyfokú induratiót, amely a húgycsövet teljesen elzárná, nem észleltünk, de ilyet a többi megfigyelők sem írtak le. Ezzel szemben, ha a sklerosis okozta beszűrődés kisfokú, vagy inkább csak az alapot infiltrálja s nem emelkedik ki, úgy a vizelés teljesen zavar nélkül történik. Égető érzés vizelés alkalmával olyankor is előállhat, mikor a vizelet erősen concentrált, vagy a sklerosis jobban kifekélyesedett. A meatusnál fellépő sklerosis a hugycsőnyílást merevvé teszi s két ujjunk megnyomására a mérsékelten duzzadt ajkak egymástól szétválnak. Az ulcus gyógyulásával az inflitratio felszívódik, s az induratió teljesen eltünik. Ha azonban a primaer sklerosis társfertőzés következtében gangraenás jellegű, úgy a szétesés nagyfokú destructiót idézhet elő, ami vagy a húgycsőnyílás kitágulását vonja maga után, *(Lesser),* vagy pedig, ha a sklerosis mélyebben fekszik, fistulát hozhat létre *(Buschke).* A gangreanás fekély után keletkező heg viszont maradandó szűkületet okozhat. *(Jullien, Finger, Oppenheim.)*

Rendszerint már ezen tünetek elegendők ahhoz, hogy a beteget orvosi vizsgálatra késztessék s az orvosnak pedig a diagnosis felállítását lehetővé tegyék. Előfordul azonban, hogy ezen említett tünetek oly kevés zavart okoznak, (főleg nőknél), hogy a beteg csak akkar fordul orvosához, ha az inguinális mirigyei megduzzadtak, vagy pedig a kifejlődött *indolens bubo* figyelmezteti az orvost az addig hibás diagnosis és therapia korrigálására. Gonorrhoeában is keletkezhet táji lymphadenitis, azonban az mindig fájdalmas és lymphangitissel jár együtt. Az ulcus molle okozta bubo pedig könnyen megkülönböztethető annak fájdalmas és a környezettel összekapaszkodott volta miatt. Minden oly indolens bubo esetén, ahol a genitaliákon külsőleg fekélyt nem találunk, gondoljunk endourethralis sklerosis lehetőségére és vizsgáljuk meg alaposan az egész húgycsövet. *Gaté, Cuilleret* és *Tiran* közöltek egy esetet, ahol egy 21 éves leány lágyékmirigyduzzanata miatt fordult az orvoshoz. Vizsgálatkor a húgycsőben infiltratum volt észlelhető és nyomásra az urethrából véres-savós váladék ürűlt, melyben sok spirochaetát találtak. *Gouin et Daoulas* két-két fiatal prostituálton észleltek hasonló elváltozásokat. Tudnunk kell azonban, hogy a húgycső elülső része, kb. 2—3 cm.-nyire a meatustól van összeköttetésben a lágyéki mirigyekkel, azért csak az itt fekvő primaer sklerosisok okozhatnak a lágyékhajlásokban mirigyduzzanatot. A *húgycső hátsórészének nyirokutai a medence nyirokcsomóihoz vezetnek s ezért távolabb fekvő ulcus durumok esetén nem találunk inguinalis skleradenitist, úgy, hogy ennek hiánya nem bizonyíthat endourethralis primaer sklerosis ellen.*

A kórisme felállításához aránylag ritkán van szükség húgycsőtükrözéshez, mert, ha a jelzett tünetek figyelmeztetnek primaer sklerosisra, úgy egy egyszerű „Dunkelfeld vizsgálat" eredménye eldöntheti a diagnosist. Ha azonban a betegnek gonorrhoeája is van és a sűrű kankós váladékban spirochaetát nem tudtunk kimutatni, vagy pedig ellenkezően egyáltalán nem préselhető ki a húgycsőből váladék, akkor az urethrának előzetes kiöblítése után (physiol. NaCl oldattal), urethroskoppal kell a primaer sklerosist felkeresni és a tubuson keresztül veszünk serumot vizsgálat céljából. Az endourethrális sklerosis az urethroskopon keresztül ugyanolyan képet ad, mint a genitáliák külső felszínén fekvő kemény fekélyek és azért ezt külön nem kell leírnom.

*

Mint már említettem, a meatustól távolabb fekvő endourethralis primaer sklerosisok ritkán fordúlnak elő s az irodalomban is kevés ilyen esetet találtam leírva. *Barnett* 414 lues I. közül 32 esetben talál a húgycsőnyílásnál ulcus durumot és 17-szer 2—3 cm mélyen a húgycsőben. Ha figyelembe vesszük, hogy a fossa navicularis hátsó vége kb. 3 cm-nyire van a metustól, akkor ezen sklerosisok is a fossa navicularisban feküdtek. Ide kell sorolnom még *Ducastel* (2 cm mélyen), *Löhe* (2.5 cm), *Berkeley* (1 hüvelyk) által leírt eseteket is. Ennél mélyebben fekvő primaer sklerosisok már nagy ritkaságnak számítanak s így érdemes őket egyenkint megemlíteni. *Mibelli* és *Baracchi* észleltek egy sklerosist, mely a glans mögött feküdt és gyűszűalakban vette körül az urethrát, egy másik betegükön pedig az urethra középső harmadában ült a kemény fekély. *Levy, Bing* és *Derveux* 4.5 cm mélyen láttak egy sklerosist. *Jersill* egyik betegén gonorrhoeás periurethralis abscessus után fistula maradt vissza, később ezen fistulában és a fistulának a húgycsőbe szájadzása helyén keletkezett egy-egy kemény fekély. *Lilienstein* ugyancsak egy nyolc év előtti gonorrhoeás periurethralis infiltratio helyén észlelt endourethralis sklerosist. *Guszmannak* módjában volt megfigyelni egy más orvos által húgycsősondával inoculált oly lueses fertőzést, ahol a primaer sklerosis 12 cm mélyen feküdt az urethrában. Kórházunk ambulantiáján az utolsó 5 év alatt mi is észleltünk 2 betegen 3—4 cm mélyen fekvő endourethralis primaer sklerosist és egy harmadikon pedig 8 cm mélyen találtuk az endourethralis kemény fekélyt, melyek közül az utóbbit tanulságos volta miatt részletesen ismertetek.*)

S. J. 26 éves férfi háromszor aquirált go.-t (1918, 1921. 1923-ban). 1926-ban állítólag ulcus durum fejlödött a sulcus coronariusában. Bemondása szerint 12 antilueses kúrát végzett, melyek mindig 12 bi. és 12 salv. injectiókból állottak, Wa. r. az első kúra előtt ++++ volt s azóta állandóan negativ. Utolsó kúráját 1929-ben végezte és azóta teljesen egészségesnek tartotta magát. 1933. október hó közepén húgycsövéből folyást észlelt és vizeléskor csípést érzett. Mivel azt hitte, hogy ismét go-t aquirált, felkereste ambulantiánkat. Vizsgálatkor a húgycsőnyilásból nyomásra kissé genyes nyákos váladék ürült, melyből többszöri vizsgálattal sem tudtunk gonococcust kimutatni. A húgycsőnyilástól kb. 8 cm.-nyire mogyorónyi, fájdalmatlan infiltratiót tapintottunk. Az inguinalis mirigyek nem voltak megnagyobbodva. A beteget 2 napig observáltuk s ezen idő alatt gonococcus

*) A beteget bemutattam a Magyar Dermatologiai Társulat tudományos ülésén is.

complementkötési reactiót is végeztem, amely negatív eredményt adott. Mivel 2 nap után a status változatlan maradt s a többszöri negativ eredmények alapján a gonorrhoeát ki kellett zárni, gyanakodni kezdtünk luesre. A húgycső váladékát megvizsgáltuk sötét látótér felett s abban igen sok élénk mozgású spirochaeta pallidát találtunk. Ekkor physiol. oldattal jól átmostuk a húgycsövet és urethroskopiát végeztünk. Az infiltratiónak megfelelően egy kb. 1 cm átmérőjü, tiszta alapú, elmosódott szélü, merev erosiót találtunk, s az urethroskop tubusán keresztül e helyről vett váladék szintén igen sok spirochaetát tartalmazott, ami az amúgy is jellegzetes primaer sklerosis diagnosisát megerősítette. Minden kétséget kizárt még az a körülmény is, hogy az első revival (0.30 gr.) injectio után másnap a beteg törzsén friss lueses roseolák jelentek meg (Herxheimer r.). A további antilueses kezelés hatására először a nyákos folyás és a beteg kellemetlen érzése szünt meg, majd 4—5 revival- és bismutinjectio után a húgycső infiltratiója is nyomtalanul eltünt.

Érdekes vizsgálni azokat az okokat, amelyek az endourethralis fertőzés előidézésében szerepet játszanak. Egyes szerzők szerint az előzetes gonorrhoeás fertőzések hajlamosítanak urethra sklerosisra. Ezt azonban nehéz bizonyítani, mert tudjuk, hogy a férfiak igen nagy százaléka esik át gonorrhoeás megbetegedésen és így a két megbetegedés között nem kell okozati összefüggésnek fennállania. Azonkivül számos urethra sklerosist ismerünk, ahol egy előzetes kankós fertőzés nem volt kimutatható. A legkézenfekvőbbnek látszik valamilyen idegen tárgy, vagy instrumentális beavatkozással létrehozott fertőzés, amelyet vagy a beteg sajátmagán végzett onánia céljából, vagy pedig az orvosa idézett elő fertőzött műszerrel. Normalis coitus alkalmával csak a húgycső elülső részén jöhet létre primaer sklerosis, mert alig hihető, hogy a fertőző váladék az urethra mélyebb részéig besodortassék. Ezzel szemben, fekvő helyzetben végeztetett fellatiókor a nyál könnyen becsuroghat a függőleges helyzetben lévő urethrába, annál is inkább, mert az erectio alkalmával a húgycső falai nem érnek össze, hanem kissé kitágulnak. A mi esetünkben műszeres beavatkozás utoljára 1929-ben történt s azóta, — állítása szerint —, húgycsövébe semmiféle eszközt nem vezettek be. Ellenben többszöri kérdésünkre a beteg beismerte, hogy az utóbbi időben gyakran végeztetett fellatiót s valószínűleg így jött létre a fertőzés.

Előadásom célja az volt, hogy rámutassak az urethra sklerosisnak aránylag gyakori voltára és ismertessem azokat a tüneteket, melyek ily fertőzés lehetőségére fel kell, hogy hívják a vizsgáló orvos figyelmét. *Ha sikerülni fog kiküszöbölni az orvosi gyakorlatból azokat a hibákat, melyeket a rejtett és atypusos primaer sklerosisok diagnostikájában elkövetnek, akkor el fog tünni az orvosi nomenclaturából a „syphilis d emblée" fogalma is.*

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Radiculitis saturnina. *Ludwig és Rottenberg.* (Klin. Wschr. 1936. 4.)

A gyöki neuritisek kóroktanában eddig majdnem kizárólag a trauma, a lues és a tuberculosis szerepelt. Ritkábban csatlakozik a radiculitis anyagcserebetegségekhez (főkép köszvényes diathesis), chronikus vastagbélhuruthoz, gyakrabban fertőző betegségekhez (influenza, felső légutak egyszerü megbetegedése, malaria, mütét utáni orbánc, enkephalitis epidemica), periproctalis tályoghoz, mandulatályoghoz, homloküreggenyedéshez. Elég szoros kapcsolat van a radiculitisek és a herpes zooster között is. Kórbonctani elváltozások főkép a perineuriumon és az arachnoideán vannak. A gerincvelőburkok erősebb megtámadottsága esetén létrejövő meningitis circumscripta cystica a gerincvelődaganat kórképét utánozhatja.

Két lumbalsacralis radiculitis kórtörténetét közlik, melyben a liquor fokozott ólomtartalmát találták (0.085—0.090 mg%). Az esetek azért is figyelemreméltók, mert az ólommérgezés ellenére majdnem tisztán érzészavar volt észlelhető. Az első esetben segmentalis elrendeződésü paraesthesiák mutatkoztak, a kórlefolyás megítélését nagyon zavarta a beteg aggravatiós hajlama. A második esetben ischiashoz hasonló kórkép támadt (három és félévvel az ólommérgezést okozó foglalkozás abbanhagyása után!), a panaszok rövidhullámtherapiára, jodkalira és többszöri liquorlebocsátásra hamarosan javultak, majd kétizben recidiváltak. Hangsúlyozzák, hogy a liquor magas ólomtartalma mellet az ólommérgezés kardialis tünetei hiányozhatnak, a liquor ólomtartalma magasabb lehet a vér ólomtartalmánál és a kolloidreactiók normalisak lehetnek. *Molnár István dr.*

A kamraseptum szerzett folytonossághiányairól. *H. Huber.* (Ztschr. f. Kreislaufforsch. 1935. 24.)

A kamraseptum veleszületett hiányai és szerzett sérülései igen ritkák. *Satoh* szerint a veleszületett hiány lacalisatiója kétféle: 1. lehet az ingervezető nyaláb alatt, 2. vagy az ingervezető nyaláb felett, utóbbi esetben a hiány összefüggésben van a foramen interventricularevel.

A kamraseptum szerzett sérüléseinek oka: endokarditis, neoplasma, myokarditis, adipositas cordis, leggyakrabban azonban a koszorús erek elzáródása következtében beálló myomalacia. Az endokarditisszel kapcsolatos sérülések — az eddig ismert esetek szerint — mindig a septum felső részén helyezkednek el. Ezzel szemben a myomalacia után támadó sérülések — amint azt szerző esetei is mutatják — a septum elülső, alsó és középső részén fordulnak elő, főként idős egyéneken. A sérülés localisatiója, minősége, a koszorúserek és billentyük állapota, esetleges fejlődési rendellenességek, végül az egyén életkora azok a támpontok, melyek segítségünkre vannak a sérülés eredete felismerésében. A myomalaciás alapon támadó septumsérülések ritkasága a septum bőséges érellátásával magyarázható. *Gruber Zoltán dr.*

Sebészet.

Az emberi cseplesz nyirokerei; adatok az elephantiasis therápiájához. *Walter Dick.* Prága. (Bruns. Beitr. 1935. 162. 2).

Szerző a Schloffer klinikán mütét útján gyógyult u. n. „Lymphscrotumos" beteg közlése kapcsán kimerítő ismertetést közöl az emberi cseplesz nyirokutainak s áramlásviszonyainak mibenlétére vonatkozólag, makro- és mikroskopiai vizsgálatok alapján.

Megemlíti azokat a kisérleteket, amikor beültetett selyemfonalakkal próbáltak körülírt területeken fellépő nyirokpangást megszüntetni. Beszámol ezek eredménytelen voltáról. (Per secundum gyógyulás, kilöködés). Ezzel szemben kis laparotomiás résen kibuktatott s a kérdéses tájék (scrotalis) subcutan szövetébe ültetett csepleszrészlet által szerző által operált két esetben a kisérlet eredménnyel járt, s az eredmény tartósnak bizonyult. Az oedemák lecsapolódtak, ami a beteg esetében bő vizeletürítésben és szomjúságérzetben jutott kifejezésre. Párszor mintha recidivák léptek volna fel, de ezek csak átmeneti jellegünek bizonyultak. Feltünő volt azonban, hogy a mütét után alig pár órával már mutatkozott a szembetünő eredmény, amikor a nyirokanastomosisok képződésének a lehetősége az idő rövidsége miatt még fel sem volt tehető. — Ez adott okot a szerzőnek, elsősorban arra, hogy a cseplesz histológiai, anatomiai viszonyait pontosan kiderítse, ezen munkának kapcsán a szerzőnek még a legutóbbi időben is alig tisztázott, sok vonatkozásban homályos, egymásnak ellentmondó irodalmi adatok sok nehézséget okoztak.

Szerző vizsgálatai kapcsán kétségkivül bebizonyítja, (közvetlenül a halál után, s mütétek kapcsán vett csepleszrészletek indigócarminos, ezüst impregnatiós, Gerota-féle festékes praeperálásával), hogy a cseplesz kiterjedt nyirok hálózattal rendelkezik, mely nyirokpályák a mellső és hátsó lebenyben futnak egymással nem közlekedve, s nagy görbületnél csoportosuló nyirokmirigyekhez lyg. g. inf. (mellső lemez) és a pankreatico-linealis mirigydepothoz futnak (hátsó lemez) s alkalmasok arra, hogy körüli területek pangásos szövetébe ültetve, az ott uralkodó kóros állapotokat tartósan megszüntessék. A gyorsan fellépő eredményt szerző a cseplesznek hatalmas felszívóképességével magyarázza, mit saját állatkisérleteivel igazol.

Befejezésül a „lymphangio plastikát" az alsó végtagok és genitaliák elephantiasisának végleges megoldására akkor tartja jogosnak, amikor a többi kevésbbé radikális eljárások nem vezettek eredményre. Egyben előrebocsátja, hogy a mütét kiterjedt kötőszövetártalmak s a kötőszövet vízháztartásának tartós zavarai estében nem jár eredménnyel.

Állításainak szemléltetésére számos értékes rajzot és mikrophotographiát közöl. *Puskás Jenő dr.*

Szülészet.

Méhkürtbe fecskendezett folliculin és prolan hatásáról. *Grigoriu, Coja* és *Pana.* (Revista de Endocrinologie si Obstetrica, Kolozsvár, 1935. dec. 1936. jan. I. sz.)

A sexualhormonok hatásmechanismusának ezidőszerinti ismerete után, szerzők felteszik a kérdést: milyen elváltozásokat hoz létre a prolan és a folliculin a nemzőszervek szöveteiben akkor, ha nem a szervezet humoralis apparatusain keresztül jut oda, amikor esetleg indirect hatásról is szó lehet? A kisérletek technikájának ismertetése után, melyek során összesen 60 nem gravid nősténynyúl méhkürtjét kötötték le és utána részben prolannal, részben pedig folliculinnal töltötték meg a lekötött, de organikus kapcsolatait megtartott méhkürtöt, ismertetik a szövettani vizsgálatok eredményeit, melyeknek során a következő érdekes következtetéseket vonják le: A folliculin a kürt izomrétegeiben hoz létre igen kifejezett felszaporodást, míg a prolan a kürt kötőszöveti sejt és rostelemeit növeli meg és szaporitja fel. Mint bizonyítékot hozzák fel és kifejezett összefüggést látnak a terhes méh hatalmas izomfala, a myomák és a mindkét esetben jelenlévő hyperfolliculinaemia között.

Boér László dr.

Az eugenikus sterilisatio eredményei és követelményei. *Lork.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 3.)

1934. április 1—1935. november 1-ig a hannoveri női klinikán különböző elmebajok miatt 269 esetben végeztek sterilisatiót. A legtöbb betegük 16—35 éves volt. A mütétet az esetek túlnyomó többségében abdominalis úton, harántmetszésből végezték. Mütéti eljárásuk a Madlener-féle kétoldali tubazúzás volt, melyet 238 esetben alkalmaztak, többizben combinálva egyéb, épen szükséges, mütétekkel (adnexkiirtás, ventrofixatio stb.). A postoperativ lefolyás majdnem minden esetben zavartalan volt. Az átlagos ápolási idő 9.3 nap. Narkosis céljaira evipan + aethert alkalmaztak. 19 esetben operáltak vaginalisan. A postoperativ szak ezekben azonban 21%-ban szövödményes volt. A gyengeelméjüeken azért is jobb a vaginalis útnál az abdominalis eljárás, mert itt esetleges manipulatiók a gyógyulásban kevesebb zavart okoznak.

Bäder Andor dr.

Castratio után keletkezett petefészek-képletekről. *Daniel* és *Soimaru.* (Revista de Endocrinologie, Obstetrica si Gynecologie, Kolozsvár, 1935. dec., 1936. jan. I. sz.)

Három esetet közölnek, amikor adnextumor miatt végzett supravaginalis amputatio és kétoldali adnexkiirtás után a betegek ujabb genitalis panaszokkal jelentkeztek. A bimanualis vizsgálattal tyúktojás-, narancsnagyságú, cytikus képleteket találtak; két esetben punctio után teljes gyógyulás; egyben a képlet kiirtása vált szükségessé, melynek kórszövettani vizsgálata alkalmával a cystikus képlet falai typikus ovarium-structurát mutattak. Hangsúlyozzák az ovariumkiirtások esetén a beteg ovarium tökéletes kiirtásának szükségességét, valamint a számfeletti petefészkek megkeresésének és kiirtásának fontosságát.

Boér László dr.

Szemészet.

A hypertonia jelentősége a retinitis diabetica keletkezésében. *Y. Koyanagi.* (Acta soc. ophth. japon 1935. Különszám.)

Általában a retinitis diabeticát a retinitis nephritica egyik alakjának tartják, különösen azért, mert nagyon gyakran van jelen arteriosklerotikus hypertonia; *Volhard* szerint nincs retinitis diabetica hypertonia nélkül. Szerző vizsgálatai szerint az esetek több mint felében a vérnyomás nem volt magasabb 150 Hgmm-nél, tehát a retinitis diabetica nem áll szükségképpen összefüggésben a vérnyomással. Egy esetben alkalma volt a retinitis diabeticában szenvedő beteg bulbusát szövettanilag feldolgozni; lényeges különbséget látott a retinitis nephriticával szemben, mert oedemának nyomát sem találta. Azt hiszi, hogy a retinitis diabetica fajlagos elváltozás.

Weinstein Pál dr.

Trachomakezelés méhméreggel. *Charamis.* (Köln. Mon. f Aug. 1935. nov.)

Brecher ajánlotta először ezt a therapiát (Ars. Med. 1934. 5.); kettős hatást tulajdonit neki: a toxin antagonistikus hatása a virussal szemben és a szövetek helyi áthangolása. Mivel a méreg localis használata nagy izgalmi tüneteket okoz, pufferolással sikerült oly méregderivatumot készíteni, mely nem okoz fájdalmat, gyulladástkeltő componenst nem tartalmaz, atoxikus. Ez a trachocid (Bécsi Serotherapiás Intézet). Szerző véleménye szerint a pannust hamarabb gyógyitja, mint más eljárás, a kötőhártya gyorsabb és kiméletesebb hegesedését hozza létre, főleg ha egyéb gyógyszerekkel combinálta. Két ampulla tartalmát finom tüvel a felső áthajlásba, felső tarsusba, a tarsalis kötőhártya alá fecskendi. Hetenként háromszor kb. 10 ülés; ez áll az acut trachomára. Pannus esetében: 5—6-szor a bulbaris kötőhártya alá, 3—6-szor a felső tarsusba és a könnymirigybe. Szerző 43 esetről számol be, ebből 30 trachoma. Kizárólagos trachocid kezelés hatástalan. Ezüst, réz, sublimat-kezelés is szükséges. Legfeltünőbb a pannus kedvező befolyásolása.

Grósz István dr.

Urologia.

A prostataresectio jelenlegi állásáról. *R. V. Day.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 428.)

A transurethralis prostataresectio elsősorban a következő esetekben indokolt: heges prostatarák és contracturák, középlebeny hypertrophiák, középfokú hyperplasiák, melyek úgy a középlebenyre, mint az oldalsó lebenyekre is kiterjednek, prostatarákok tekintélyes számában, prostatektomiák utáni akadályok, prostata kövek esetében. A hospitalisatio ideje nem mindig rövidebb resectio esetén, mint prostatektomiában. Gondos munka esetén a resectio utáni nagyobbfokú vérzés és infectio mindig elkerülhető.

Bodon György dr.

Resectio utáni trigonumelváltozásokról. *D. F. Rudnick.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 437.)

4 esetben figyelte meg, hogy a trigonum resectio alkalmával levált a hólyagfalról. Az elváltozást súlyos shok követi; a cystoskopos képre jellemző a trigonum alsó szélének a szabad „lebegése". Két eset halálosan végződött; a másik két esetben az azonnali mütéti beavatkozás, a hólyagfal összevarrása és bőséges drainezés megmentették a betegek életét. Resectiókor történő kisebbfokú hólyagperforatiók vizeletszivárgást és kismedencei cellulitist okozhatnak.

Bodon György dr.

A heredaganatok sugaras kezeléséről. *G. G. Smith, R Dresser* és *E. R. Mintz.* (Journ. of. Urol. 1935. 34. 462.)

Vizsgálataik 100 heretumor esetére terjednek ki. A daganatok leggyakrabban 20—30 év között fordulnak elő (32 %), ezután következik a 30—40 év közötti korosztály (26 %). 13%-ban trauma előzte meg a daganat keletkezését. 5 %-ban kryptorchistikus herében fejlődött ki a daganat. Metastasisok 39%-ban az ágyéki nyirokmirigyekben fordultak elő, metastasisok szempontjából ezután a tüdő következik 23% gyakorisággal. Legalább 1600 r. sugárdosist kell adagolni 300—400 r.-es egyes dosisokban. Gyakran 6000 r. is adható. Az eseteknek csak 40%-a kapott kielégítő röntgenbesugárzást. Kivánatos volna, ha a heredaganatok röntgenbesugárzását általánosan elismert standardok szerint eszközölnék.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

Klinikai statistikai adatok a kisgyermek bőrtuberculosisának kérdéséhez. *Jordan, Maisel, Colubzowa.* (Derm. Ztsch. 1935. 72. 4.)

1932. októberétől 1935. júniusáig a gyermekambulatorium 500 beteg gyermeke közül 80 börgümös gyermek került vizsgálatra. Több olyan is volt köztük, akiken fenti betegségnek többféle alakját észlelték. Az esetek lupus vulgarist 10, scrophuloderma 18, lichen scrophulosorum 20, papulo nekrotikus tuberculid 45, sarkoid 4, lichen nitidus 3 és erythema nodosum 5. Az összes dermatosisokat tekintetbevéve, a börtuberculosis százalékszáma 16, minden esetben endogen eredettel. A lupus vulgaris már az első évben előfordult, fiukon talán gyakrabban, mint lányokon, a legkülönbözőbb alakokban jelentkezik, általános activ tuberculosis hiánya esetében gyorsan visszafejlődik, ellenkező esetben hosszabb lefolyású. A scrophuloderma az első életévben ritka, második és harmadik életévben gyakoribb, több az ilyen beteg fiuk, mint leányok közt, lefolyása jóindulatú. A lichen scrophulosorum a három első életévben nem ritkaság, lányokon gyakrabban jelentkezik, mint fiukon, a börtuberculosis legártatlanabb alakja és fontossága inkább más gümös gócokra irányuló gyanuban van. A papulo nekroticus tuberculidek a leggyakrabban jelentkeznek, nemritkán már az első életévben észlelhetők. Fiuk nagyobb számban betegszenek meg, mint leányok és más tbc-es jelenségekkel együtt is észlelhetők. Annak ellenére, hogy a papulo nekroticus tuberculidben szenvedő gyermekek 23%-a elhalt, a betegség nem rossz kórjóslatú, hanem csak annyit jelent, hogy gyakran társul általános tuberculosishoz. A sarkoid Boeck ritkaságok közé tartozik. A

lichen nitidus gümős eredete még nincs eldöntve. Négy erythema nodosum általános tuberculosissal kapcsolatban jelentkezett. *Dóczy Gedeon dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Catalogue of the Onodi Collection. *T. B. Layton.* (Journ. of Laryngology and Otology. London, 1934. 131. o. 54. o.)

A kötet bennünket magyarokat közelről érdekel. Tárgya az *Onodi* professor által készített, főleg rhinologiai készítmények ismertetése. A kötet bevezetésében olvassuk, hogy az értékes gyüjteményt a háború után közadakozásból vették meg a brit larygologusok néhai *Onodi* professor fiától és a gyüjteményt átadták a sebészek kollégiumának (Royal College of Surgeons of England, London) megőrzés végett. A Royal College a gyüjteményt szakszerüen felállította, egyes részeit tovább dolgoztatta s az most ezen nagy anatomiai gyüjtemény egyik csoportját képezi „Onodi Collection" cim alatt. A kiállított készítmények felirásai mellett az is jelezve van, hogy a készítmény *Onodi* mely munkájában, melyik ábrának az eredetije. *Onodi* erre vonatkozó munkái mind megjelentek angol nyelven is.

A gyüjtemény a következő csoportokból áll: I. Magzati és gyermekkori készítmények. II. Az orr mellüregeinek általános viszonya a szomszédos képletekhez. III. A sinus maxillaris. IV. A sinus frontalis. V. A rosta-sejtek. VI. Az ik-öböl. VII. Az orr és az orrsövény képződményei. A 121 drb. részint száraz, részint nedves készítmény szakszerü leirásából áll a kötet főrésze. Némelyik készítményről részletes leirást olvasunk. A szép müvészi ábrák jó tájékozódást nyujtanak a gyüjtemény természetéről és értékéről annak is, aki annak többi darabját nem ismeri.

Alulirott már több izben megnézte fenti kollégiumban a kiállitott gyüjteményt, látta annak szakszerü feldolgozását és személyesen tapasztalhatta, hogy az angol szakemberek mennyire értékelik azt. A gyüjtemény szakszempontból valószinüen a legjobb helyen van a világon, de mégis fel kell hivnunk a szakemberek és testületek figyelmét hasonló gyüjteményeink nagyobb megbecsülésére és az angol laryngologusok azon áldozatkészségére, mellyel személyes áldozatok árán is készek voltak megszerezni és közintézményben elhelyezni az értékes gyüjteményt.

Kiss F. prof.

Bulletin de l'Académie de Médicine de Roumanie. Tome I. Az 1935. április 17-iki törvény értelmében megalakult Orvosi Akadémia 1935. julius 1-én tartotta alakuló gyülését. Jelen első kiadványában találjuk az azóta tartott előkészitő-, tudományos- és orvosszervezeti ülések teljes anyagát.

Az alakuló-gyülés az új akadémia elnökéül *C. Angelescu* tanárt, titkárul pedig *Danielopolu* tanárt, a neves vegetativ-idegrendszer-kutatót választotta meg; tiszteletbeli tagok lettek: *Achard, Faure, Hartmann, Roussy, Sergent* és *Vaquez* párisi tanárok.

Az első tudományos ülés anyaga igen gazdag és változatos: *Ch. Achard*, párisi professor, a szövetnedvek fehérjéiről, *M. Canciulesco* és *R. Hirsch:* a malaria-pigment kórismézési jelentőségéről, *E. C. Craciun:* a symphaticus-rendszerren kivül keletkező reticulosarkomákról (mesenchymomák) értekeznek. *D. Danielopolu* és *Dr. N. Radulesco* három kimerítő tanulmányban az atropin pharmacodynamikájával foglalkozva, kiemelik az atropin megszokásának lehetőségét a morphinismushoz hasonló mechanismus szerint, majd rátérnek az atropin amphotrop hatásának kisérleti kimutatására; gyüjtőérbe adagolt 1—2 decimilligramm hatására a pulsusszám csökkenését (parasymp. rendszer izgatása), ¼ mgr-on felül pedig az emelkedését tapasztalták; 2—2½ mgr-on felüli adagok mindkét vegetativ tonust csökkentik. Ezzel magyarázhatók azok az igen változó hatások, amiket atropintartalmú combinált gyógyszerekkel érünk el. A tengeri betegség atropin-kezelésének ismertetése után a chloroformnarkosis atropin-előkészitésére térnek át: az atropin-hatás alatt álló narkotisált betegen a sino-caroticus reflex igen könnyen kiváltható (a nyaki főerek ujjal történő comprimálása a pajzsporc felső szélének magasságában, mire a megállott légzés ismét megindul), mig ugyanez a müvelet nem atropinozott betegen szivbénulást okozhat.

Danielopolu után *C. C. Dimitru* és *T. Tanasoka:* histaminnak a gyomormotilitásra hatásáról, *I. Iacobovici:* a gastrektomia utáni nyombélcsonkellátásnak általa gyakorolt módjáról értekeznek. Végül *I. Marcou:* új vérkeringési elméletéről; *D. Michail* és *G. Benetato:* a nervus opticus respiratiójáról; *Sergent:* tbc.-s traumákról; *Stoicescu* és *Gingold:* ascorbinsavnak a szénhydrat-anyagcserére való hatásáról; *P. Tomesco* és munkatársai: a liquor cerebrospinalis cmoruro-crystallisatiójáról; *C. Urechia, G. Bentato* és *Mme Retezianu:* pedig a mellékvesekiirtás után beálló vérchlor és vérnatrium-ingadozásokról tartottak igen érdekes és kimerítő előadásokat, melyek mind a „Bulletin" ezen előkelő kiállitású, számos ábrával diszes füzetét gazdagitják.

Boér László dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 7-i ülése.

Előadások:

Steiner B.: *A gümös agyhártyagyulladások számának emelekedése.* A gyermekkori gümőkór halálozási indexe 1920—1930 között 35%-kal javult. Ezen javulás a légzőszervi tuberculosisban elhaltak arányszámának nagyfokú, csökkenése révén állt elő, mig a meningitis tbc. esetek száma nem kevesbbedett meg. Ezen paradox jelenség okát kutatva megállapitást nyert, hogy a vidékkel szemben ezen idő alatt Budapesten a meningitis tbc. száma majdnem a felére csökkent. Ennek alapján eldönthető volt, hogy a gümös agyhártyagyulladások számának megszaporodását nem endogén, hanem exogen okokra kell visszavezetni. Budapest fejlett tbc.-ellenes organisatióval rendelkezik, mig a vidék nem. Az általános gümőkóros halandóság javitására elégséges az általános socialis helyzet javulása. Ezzel szemben a meningitis tbc. ellen specialis gümőkórellenes intézkedésekre van szükség. A meningitis tbc. esetek szaporodása annak a következménye, hogy nálunk Budapestet és a többi egyetemi városokat kivéve nincs megfelelő gümőkórellenes organisatio.

Krepuska I.: A gümőkór statistikai adatgyüjtésekor figyelembe kell venni a gümös fertőzés kiindulását és megtelepedési helyét is. Más eredményhez jutunk ugyanis akkor, ha a tüdőgümőkór és más ha az oly végzetes kimenetelü agyhártyalob adataiból vonjuk le következtetéseinket, amint ez az előadó fejtegetéséből is kiderül. Hogy pedig a statistikai adatgyüjtés pontossága sokszor milyen hosszantartó vizsgálatokkal érhető csak el, arra szolgáljon az alábbi példa: 11 hónapos fiú kétoldali gennyes fülfolyás és agyhártyagyulladás tüneteivel kerül a fülészeti klinikára és a felvételét követő napon mütét nélkül meghalt. A boncolás otogen genyes meningitist állapitott meg. Más kóros elváltozás makroskoposan nem volt megállapitható. A hallószervnek más célból történt szövettani feldolgozása közben derült csak ki az a nem gyanitható, meglepetésszámba menő tény, hogy nem pyogen kórokok okozta agyhártyalob, hanem gümös lágyagyburokgyulladás okozta a kisfiú halálát és hogy tbc.-s fertőzés a dobüregi elsődleges gümös sarjadzásokból indult ki és a labyrithuson, ill. a belső hallójáraton át jutott a subarachnoidealis üregbe. A gümös fertőzés kindulását és útját mikrofotogrammokkal demonstrálja. A lágyagyburkon és a kisagyfelszinen szokatlan nagy számban voltak láthatók a Ziehl—Neelssen szerint jól festődő gümősbacillusok. A belső hallójáraton át létrejövő gümös áttörés annyira hevenyen és oly nagy tömegben fertőzte a subarachnoidealis ürt, hogy a szervezet védekező erőit sorompóba állitani már egyáltalában nem tudta. A boncoláskor a meningitis annyira hasonlitott makroskoposan a genykeltők okozta agyhártyalobhoz, hogy a hosszantartó és fáradságos szövettani és bakteriologiai vizsgálatok nélkül a közölt eset kétségkivül nem szerepelt volna a tbc. statistikájában.

Steiner B.: *Krepuska* emlitette, hogy az ötéves gyermekről nem tudták, hogy tbc.-sal fertőzött. A gyakorlatban, sajnos, nem vizsgálják eléggé, hogy a gyermek mikor fertőződik tbc-sal. Ez az oka annak, hogy a meningitis tbc. rendesen meglepetésszerüleg éri az orvost. A meningitis tbc. a friss fertőzés közvetlen következménye. Az ellene irányuló activ orvosi küzdelem első lépése, hogy tudjunk a friss fertőzés tényéről.

Sivó R. és Egedy E.: *Therapiás kisérletek a kóros vérnyomásemelkedés befolyásolására.* A század elején a vérnyomásemelkedést veseeredetünek tartották, később az arteriák falának megkeményedésével magyarázták. Hamarosan kiderült azonban, hogy az esetek nagy számában sem a vesékben, sem az arteriák falában nincs számottevő elváltozás (Pal). Igy különült el az ú. n. essentialis hypertonia, a Bergmann-féle Hochdruckkrankheit kórképe. Ujabban belsősecretiós aetiologiára gondolnak, de a gyanitott hpyeradrenalinaemiáról kiderült, hogy az a legnagyobb ritkaságszámba menő állapot. *Frey* és *Kraut* felfedezték az adrenalin anta-

gonistáját, a kallikreint (Padutin) és kimutatták, hogy az az ember vérében inactiv módosulatban jelen van s ebből a kötésből savi valentiák szabadítják fel és teszik hatásossá. Az intravénásan adott padutin tényleg tetemesen le is szállítja a vérnyomást, de csak néhány percre, mivel a padutin a vérben gyorsan megköttetik, inactiváltatik. Feltehető, hogy a vérben jelenlevő adrenalin és kallikrein közül nem az előbbi megszaporodása, hanem az utóbbi megfogyása okozza a hypertoniás állapotot. Ezekután fel kell tételeznünk, hogy a vér pH-jának savanyú irányba eltolódása, pl. ulcus ventriculi és duodeni esetén, alacsonyabb vérnyomással fog járni. Ugy mások adatai, mint a saját statistikai adatai ezt meglepően igazolták is. Ezen elmélet kidolgozása után fogtak hozzá therapiás kísérleteikhez. 40 magasvérnyomásban szenvedő járó, munkakörét továbbra is ellátó betegnek naponta 6—8 g. ammonium chloratumot és 15 g. a. phosphoricum dilutumot adtak az étrend és életmód változtatása nélkül. Ezzel a savadaggal a szervezetet néhány nap alatt megsavanyitották, aminek eredményeként a vérnyomás többnyire már 1 hét alatt átlagosan 48 mm Hg-t süllyedt. Ezután az ammonium chloratumot kihagyták és csupán a phosphorsavat adagolták, a vérnyomás ezen niveaun állandósult, a savanyító eljárás abbanhagyása után azonban hamarosan emelkedni kezdett.

Báró Korányi S.: A pankreasból először *Bálint* Rezső készített 1909-ben az adrenalinnal a systolés nyomásra antagonista hatású kivonatot.

Weiss Gy.: A savanyitás jó hatását viztelenítő effectusnak tartja, hasonlóan a salygan resistens hydropsoknál elért jó eredményekhez. A savanyitáshoz hasonló jó eredményeket látott kicsiny adrenalin és thymuskivonat injectióktól, amelyek nem voltak tartósak. A padutin-adrenalin antagonismust nem látja bizonyítottnak, mert hiszen éppen essent. hypertoniában az adrenalin is csökkenti a vérnyomást.

Sivó R.: Köszöni *Korányi* professzor figyelmeztetését. *Weiss* hozzászólásából pedig örömmel emeli ki azt a tényt, hogy az essentialis hypertonia endokrin aetiologiája más kutatókat is foglalkoztat. Szeretné, ha ezekben a kutatásokban a jövőben nagyobb szerep jutna a padutinnak, amely az adrenalinnak antigonistája.

Julesz M.: *Allergiás betegségek és ketogen dieta.* Előadásának anyagát két részre osztva tárgyalja. Az első részben a ketogen diaeta lényegéről, technikájáról szól és 26 — túlnyomóan asthmásbetegen szerzett tapasztalatairól számol be. Kisérleteit a Zsidókórházban *Lévy* főorvos megbizásából végezte. Betegei közül lényegesen javult 50%, mérsékelt javulás mutatkozott 22.7%-ban, nem javult 27.3%. Előadásának második részében *Winkler* Erzsébettel végzett kisérleteiről számol be, melyekben a ketogen diaeta hatását vizsgálta az ammoniakkiürítésre és a vér tartalék-alkalijára. Vizsgálataiból kitünt, hogy súlyosan asthmás szervezet elvesztette azon képességét, hogy ketosisra fokozott ammoniakiürítéssel feleljen. Ilyenkor a ketogen diaeta hatástalannak bizonyult.

Közkórházi Orvostársulat február 19-i ülése.

Vargha P.: *Bronzdiabetes újabb esete.* A Horthy Miklós kórház II. belosztályára vitium cordis diagnosissal küldött 54 éves férfibetegnek bőre jellemző szürkés-barna, réztonusra emlékeztető szinü. Hyperglykaemia, vérnyomás-emelkedés, nagyfokú anaemia, időnként glykosuria, urobilin, urobilinogen, haematoporphirin, illetőleg kopnoporphirinuria és a beteg excindált bőrrészletének mikroskopos vizsgálata (mikor is haemofuscint sikerült kimutatni) tette indokolttá a bronzdiabetes diagnosis felvételét. A bronzdiabetest jellemzi: 1. májcirrhosis, 2. a bőr jellemző pigmentáltsága és 3. diabetes mellitus. Legkevésbbé jellemző a betegségre a diabetes, mely sokszor teljesen hiányzik, vagy csak a betegség végső szakában jelenik meg. Ritka betegség nőkön, valamint gyermekeken, úgyszintén ritka a familiaris megjelenése is. Esetünket a bemutatásra familiaris megjelenési alakja tette érdemessé.

Torday Á.: *a) Szivbántalomhoz csatlakozott felkarthrombosis esete.* Nemcsak a nögyógyászat és a sebészetben, hanem a belgyógyászatban is szaporodik a thrombosissal járó esetek száma, kivált szivbántalmakkal kapcsolatban. Egyik oka az életkor, mert ma többen kerülnek azon korba, amelyben a szivbántalmak gyakoribbak. Továbbá egyesek a táplálkozással is viszonyba hozzák. Megemlíti, hogy hyperthyreosisban, degenerativ májbántalmakban és vészes vérszegénységben, a thrombosisra hajlam ritkább. Egy 54 éves. art. skler. és myodeg. cordisban szenvedő nő bal-felkarján nagyfokú vizenyő jelentkezett cyanosissal, mely 4 hét alatt teljesen visszafejlődött. *b) Essentialis thrombopenia esete.* A 28 éves pék-kihordón, felvételét megelőzően 6 héttel, kisebb bőrvérzésekkel kapcsolatban foghusvérzés mutatkozott, amelyhez később vérvizelés is társult. Felvételkor vérzési idő 12 perc, alvadási idő 7 perc, thrombocyta 24,500, vvs., fhv. és Hb. rendes. Ascorbinsav, proscorbin-, calcium-, granulocytogen-, és stryhnon-nal történt kezelés ellenére a vérzések tovább tartanak, a thrombocyták száma 11.400-ra csökkent, rtg.-besugárzás után vérátömlesztést alkalmaznak, mire a foginyvérzés két napra megszünt és a vérlemezkék, valamint a vvs. szaporodni kezdtek.

Kubányi E.: Hangsúlyozni kivánja, hogy a vérképző szervek megbetegedései esetében a vértransfusio keresztülvitelekor ajánlatos a vértadót annak agglutinatiós titerje szerint megválogatni. A lényeg, hogy a beteg és a vértadó agglutinatiós titerje között ne legyen túl nagy különbség.

Borsós— Nachtnébel Ö.: *A haemorrhagiás diathesisekben felmerülő lépkiirtást megelőző in vivo csontvelő vizsgálatairól* számol be. Mikroskop alatt kellő gyakorlattal megállapítható a csontvelő thrombocytatermelő-képessége. Lépkiirtást csak megfelelő thrombocytatermelőképesség mellett indikál, ugyanis akkor vehető fel biztosan a lép disfunctiója.

Domokos Á.: Előfordulnak esetek, mikor a klinikai javulást nem kiséri a thrombocytaszám emelkedése. Egy beteget észlelt, akin 13.000 thrombocytaszám mellett semmiféle bőrvérzés nem jelentkezett kezelés után.

Milkó V.: *A sárgaság sebészetének néhány kérdéséről.* Visszapillantást vet az ikterus sebészetének fejlődésére, majd részletesebben foglalkozik a műtét két nagy veszélyének: a máj működési zavarainak és a cholaemiás utóvérzéseknek kérdésével, vázolja a májfunctiós próbák értékét a sebész szempontjából, a cholaemiás vérzések pathogenesisét, megelőzését és kezelését. Kiemeli a mechanikus és hepatikus eredetü ikterusok közti elkülönítő kórisme nehézségeit, foglalkozik az epeköves eredetü sárgaság műtéti indicatióival, különös tekintettel az epeutak fertőzési lehetőségeire, a hepatikus drainage kérdésével, a septikus cholangitissel, a postoperativ choledochus-szüketekkel és ezek operativ kezelésének módjaival. A pankreatogen ikterus elkülönítő kórismézének tárgyalása után áttér ennek műtéti kezelésére, ismertetve a cholecystogastrostomiával szerzett kedvező tapasztalatait. Előadásának további részében beszámol azokról a jó eredményekről, melyeket ujabban az ikterus simplex súlyos alakjaiban operativ kezeléssel elértek és végül az ikterus haemolyticusról, ismertetve annak egy, *Torday* prof.-ral együtt észlelt ritkább esetét, hol a lépkiirtás két év óta tartó teljes gyógyulást eredményezett.

Elischer E.: Genyes cholangitis esetében szintén a kétszakaszos műtét hive. Nem súlyosan fertőzött epe esetén a choledochus-varratot mint physiologiásabb eljárást előnyben részesíti a hepaticus drainage felett. A papilla Vateri átjárhatóságáról sondázás útján győződik meg és nem heges szükület esetén a sphincter Oddi-t puha olivasondával tágítja. Kedvező tapasztalatairól számol be.

A budapesti Kir. Orvosegyesület Rákbizottságának február 20-i ülése.

Bemutatások:

Szatmári S.: *Diffus meningealis carcinosis esete.* 55 éves nőbetegen rohamosan lefolyó süketség, vakság és peripheriás typusu sensoros-motoros tünetek voltak észlelhetők meningealis izgalmi jelenségek kiséretében. 1930-ban emlőrákot távolitottak el. Boncoláskor a bal flexura colin kb. 10 cm hosszú carcinomás növedék volt található, amely a májban és az agyban egy-egy körülirt áttételt okozott. A szövettani vizsgálat az idegrendszer minden területére kiterjedő diffus meningealis carcinosist mutatott, amely a tulajdonképpeni idegállományba csak elvétve tör be.

Habán Gy.: *A hasnyálmirigy kivezetőcsőrendszerének papillomatosisa és rákja.* 70 éves nő boncolásakor a hasnyálmirigyben súlyos interstitialis lobos kötőszövetszaporodás mellett a parenchyma nagyfokú pusztulása volt található. A kivezetőcsövek felszaporodtak, azok tekintélyes része kitágult, a nagyobb kivezetőcsövekben pedig a hám diffus papillomatosus burjánzása látható. Ezen kivezetőcsövekben több helyen a sejtek határozott rosszindulatú, rákos burjánzása figyelhető meg, a burjánzó sejtek a kivezetőcső lumenét nem ritkán teljesen kitöltik. Az a körülmény, hogy a rákos sejt-

burjánzás számos kivezetőcsőben egyszerre indult meg, amellett szól, hogy annak feltétele a papillaképződés, úgy hogy ezt kétségtelenül praecarcinomás állapotnak kell tartani. A legfontosabb elváltozás a hasnyálmirigy fejében képződött és az arteria pankreatico-duodenalis anterior átszakadása folytán vérrel kitöltött heges falu üreg, amely a fővezetékkel közlekedvén, azon keresztül a beteg elvérzését okozta.

Putnoky Gy.: *Nekrohormonszerű anyagok hatása az átoltható állati daganatok növekedésére.* 100° vízfürdőben elölt daganatpép-emulsio a tumorok megeredését nagy mértékben csökkentette. A 56, 70 és 100 fokos anyagok a már megeredt daganatok átlagos súlyát nagy mértékben növelték, de nem arányosan az oltóanyag adagjának növekedésével. A daganat beoltása előtt és után más és más időpontban kezelve különböző állatokat, azokban nőttek legnagyobbra a tumorok, amelyekben a beültetett rák már két napos volt az emulsio adagolásakor. Egyenesen a daganat beültetésének helyén végzett befecskendezések a carcinomák megeredését általában nagy mértékben gátolták. Elölt daganatos anyagokkal készített élő ráksejt-emulsiókat oltva az állatokba, azok sokkal gyakrabban megeredtek, mint a konyhasós oldattal készített élő ráksejt-emulsiók. Ezen eredmények a reticuloendothelialis rendszer szerepével nem magyarázhatók. Ugy látszik, hogy a nekrohormonszerű anyagok az állatok reactiós mechanismusának megváltoztatása által fejtik ki hatásukat, miközben a sejtekre irányuló direct hatás sem volt teljes biztonsággal kizárható. A kisérletek nagy elővigyázatra intenek az emberi daganatok nekrohormon- vagy u. n. vaccinaszerű kezelésével szemben. Lehetséges, hogy a megfigyelt jelenségek alapján a módszer megfelelő alkalmazásával sikerülni fog a kisérleti állatok daganatos dispositióját tetszés szerint befolyásolni.

Kövesligethy I.: *A rádium szerepe a vulvarák gyógyításában.* A vulvarák a legnehezebben gyógyítható rákok közé tartozik. Gyógyításakor a műtét és a sugaras kezelés jön szóba. A műtét csupán kezdeti esetekben eredményes; az ezen daganatok legnagyobb részét kitevő inoperabilis esetek sugaras kezelésre kerülnek. A sugaras gyógyításban a főszerep a helyi kezelésre használt rádiumot illeti; a mirigyek besugárzása röntgennel történik. Az I. sz. női-klinikán az 1919—1934 közötti tizenöt évben összesen 59 vulvarákot észleltek, ebből 12 operálható, 47 inoperabilis volt; előbbiek esetében műtétet végeztek, utóbbiakat sugarasan kezelték. A rádium-röntgennel kezelt 47 inoperabilis vulvacarcinomából öt éven túl 13.1% gyógyult. Legalább egy évi tünetmentességet 63.8%-ban értek el. Gyógyult vulvasorkoma esetüket részletesen ismerteti. A vulvarák sugaras gyógyításával elért eredmények nagy jelentőségüek, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy legtöbbnyire minden más kezelésre alkalmatlan előrehaladott esetekről van szó.

Szepessy Z.: Utal a svéd rákkezelő intézetek (Radiumhemmet Stockholm és Radiologiska Lund) eljárására vulvaráknál. Abból a tapasztalatból kiindulva, hogy a vulvarák kiújulása leggyakrabban a környező, kraurosisos nyálkahártyából indul ki, magán a rákos daganaton mély, a kraurosisos nyálkahártyán pedig felületes elektrocoagulatiót végeznek. A nyirokcsomók kezelése teleradiummal vagy sebészi úton történik. Az eredmények: 172 betegen 32% gyógyulás. Ez a módszer szép példája annak, hogy a műtét és sugárkezelés egyesítésétől, valamint a praecarcinoma tanának klinikai érvényrejuttatásától még sok javulást várhatunk a rákkezelésben.

Kövesligethy I.: Az elektrocoagulatiós módszernek hátránya a lassú sebgyógyulás, amely az ápolási időt lényegesen meghosszabbítja.

Az olasz gyarmati háboru egészségügye.

Irta: *Héjja Pál dr.*, ezredorvos.

(Történelmi, földrajzi és népegészségügyi ismertetés.)

Cavour, az olasz egység helyreállításának vezéralakja, már 1858-ban többször rámutatott arra, hogy a mindjobban fejlődő tengerentúli hajózás elősegítésére, a *Vörös*-tenger partján egy szénellátó bázis felállítása szükséges. Az egymást követő háborúk azonban évről-évre elhalasztották a terv megvalósulását.

Assab környékén kötött ki 1884-ben az első kisebb expeditiós csapat, melyet a következő évben két gyalogzászlóalj és tüzérség követett. Egy évvel később újabb 800 ember, majd 1887 márciusában két gyalogdandár és 4 tüzérosztály szállott partra *Massaua*-nál. Ezek az egységek már *Asmara* és *Kasalla* környékéig nyomultak előre.

A kisebb-nagyobb mértékben tovább folytatódó csapatszállítások és a mind nagyobb területet megszálló gyarmatosok, a bennszülött lakosság nagyobbmérvű ellenállását váltották ki. A 90-es évek elején nagy harcok kezdődtek *Makallé* erődítései körül. *Menelik* császár harmincezer főből álló hadsereggel igyekezett a hódító előnyomulást feltartóztatni. A szorongatott gyarmati csapatok segítségére újabb 14 zászlóalj gyalogságot és 5 tüzérosztályt indítottak útba. 1896 március 1-én a még így is csaknem négyszeres túlerővel rendelkező császári hadak *Aduánál* váratlanul megrohanták s gyilkos közelharc után megsemmisítették a három fehér hadosztályból és a behódolt bennszülöttekből álló olasz haderőt.

A hadjárat szerencsétlen kimeneteléhez, — a hadműveleti tervek sikertelenségei és a terep nehézségein kívül, — nagymértékben hozzájárult az éghajlat szokatlansága és az egészségü viszonyok mostohasága. A szokatlan magas nappali hőmérsékletek, ugyanakkor csaknem a fagypontig leszálló éjszakai hidegek, erősen próbára tették az európai ember ellenállóképességét. Hiányzot a jó iható víz, s nem volt kielégítő a táplálék sem, mely főképen konzervekből és tartalék élelmiszerekből állott. A higiéniai ismereteket nélkülöző bennszülött lakosság között dúló járványok, — himlő, skorbut, malária, — az éghajlattól amúgy is elgyötört csapatok harckészségét mélyen leszállították.

Az anyaországbeli emberek gyógykezelésére már az első csapatok partraszállása alkalmával telepítettek kisebb egészségügyi intézeteket. *Massaua*-ban barakk-kórházat, majd 1885-ben állandó jellegű katonakórházat állítottak fel, melyek igen nagy szolgálatot végeztek a tömegesen jelentkező betegségek leküzdésében. Az 1895/96 évi hadjárat megindulásakor ezeken kívül még néhány, kevés ággyal rendelkező, egészségügyi állomás működött; így *Adi-Ugri*-ban 10 ágyas, *Ghindá*-ban 16 ágyas gyengélkedő, *Asmará*-ban és *Cheren*-ben 50 ágyas Vöröskereszt gyengélkedő és végül *Massaua*-ban egy 150 ágyas központi kórház látta el a szolgálatot. Hogy a hiányokon némiképen enyhítsenek, *Saganeiti*-ben egy 50 ágyas kórházat indítottak útba azzal, hogy a helységben található anyagokból legalább 300 ágyas kórházzá bővüljön ki. Azonban sem itt, sem a környező falvakban nem találtak erre elegendő anyagot, ezért később 14 barakkal egészítették ki. Az *asmarai* Vöröskereszt gyengélkedőt 150 ágyas kórházzá bővítették ki s az erődítményekben 600 ágyas gyengélkedőt rendeztek be. A *massauai* kórház befogadóképességét 600, majd fokozatosan 1300 ágyra emelték. Végül kórházi célra alakították át a *Saati* nevű öreg hajót.

A nagy testi megerőltetések, a súlyos ellátási nehézségek s a kielégítő pihenés hiánya ijesztő arányban emelte a beteg létszámot. Rövid hat hónap alatt a körülbelül 25.000 főből álló hadseregből 13.000 nyert kezelést a különféle intézetekben, vagyis a létszám 50%-a. A megbetegedések legnagyobb részét napszúrás, hőguta, különféle lázak és bélhurutok idézték elő. A trópusi betegségek közül leginkább a malaria pusztított, különösen a *saati* és *sabargumai* területeken. A typhus 1895 őszén jelentkezett. Egyedül *Adigrat*-ban 1500 eset fordult elő 62 halálozással, s nemsokára oly nagyarányú járvánnyá fejlődött, hogy csak a legnagyobb nehézséggel sikerült elfojtani. A hadműveleti követelmények miatt összezsúfolt csa-

patok, a nagyszámú teve, öszvér és egyéb temetetlen állati hullák fokozták a terep és a víz fertőzését. Nagy számban jelentkeztek a szem- és nemibetegek is, s bár nagyrészük a helyszínen gyógyult, mégis sok esetben vált szükségessé az anyaország kórházainak igénybevétele.

A csapatok egészségügyi személyzete zászlóaljanként 2 orvos, 1 altiszt, és 2 sebesültvivőből állott. A hadműveleti területen 2 eü. oszlop állott készenlétben, sőt egy harmadikat is útba indítottak, de az egyik törzs lázadása elvágta az összekötő útakat s így sem az oszlop, sem a beosztott 10 Vöröskereszt segélyhely nem tudott eljutni a számukra kijelölt területre. 1896. március 1-én, a hadjárat e végzetes napján, az egészségügyi oszlopok a valóságos mészárlássá fajult közelharc áldozatait annál kevésbé tudták ellátni, mert a vad ellenség az orvosok legnagyobb részét is lemészárolta s ezzel együtt az egészségügyi anyag is megsemmisült.

Akik ebből a vérfürdőből megszabadultak *Adigrat* várában gyülekeztek, mások *Adi-Kájé* és *Adi-Ugri* felé menekültek. Abban a hitben, hogy *Menelik* csapatai az *aduai* győzelem után tovább folytatják az előnyomulást, elrendelték *Adi-Kájé* és *Saganaiti* kiürítését is, s a felhalmozott egészségügyi anyagot és személyzetet *Asmarába* irányították. A tönkrement két eü. oszlop helyett újakat állítottak fel és Vöröskereszt különítményekkel egészítették ki. *Sanafé*-n és *Mahio*-n új segélynyujtó állomásokat létesítettek s így addig, amíg *Adigrat* várát tartani tudták, ezekkel a rögtönzésekkel biztosították a sebesültek hátraszállítását.

A halottak és sebesültek nagy része nem a fegyverek, hanem a kegyetlen *galla* lovasság barbárságának esett áldozatul, akik a jobb kéz és bal lábfej csonkolására ítélték a sebesülteket és a foglyok nagy részét. A szerencsétlenek legnagyobb része a helyszínen halt meg, vagy menekülés közben az éhség, a szomjúság, az elvérzés gyötrelmeiben pusztult el. Az *Adua* körüli völgyekben és magaslatokon harcoló kb. 13.000 főnyi olasz csapatból 4200 ember esett el, ami több mint 30%-os halálos veszteség. Ezzel szemben a sebesültek száma aránylag csekély, alig 3000, akik közül 196 igényelt műtéti beavatkozást. A nagyszámú amputatio legnagyobb része zavartalanul gyógyult.

Menelik abessiniai császár, a megsemmisítő győzelem dacára sem folytatta tovább az előnyomulást. A harcok elcsendesedtek s a később megindúló béketárgyalások olasz fennhatóság alá juttatták *Eritrea* mai területét. Tulajdonképen ezzel a tragikus végű vállalkozással kezdődött a mindjobban érezhető túlnépesség levezetését célzó olasz gyarmati politika. A béketárgyalásokkal az u. n. occupatiós időszak végetért s megindult a gyarmatosítás lázas munkája, melyben a legkimagaslóbb teljesítményt a katonaorvosok és a vezetésük alatt álló egészségügyi szolgálat végezte. Kutató és felvilágosító munkájukkal, a fertőző betegségek ismeretlen válfajainak felderítésével, az ellenük való védekezés megszervezésével s így a megélhetési viszonyok javításával elévülhetetlen érdemeket szereztek. Betegállomásokat, chemiai és bakteriologiai laboratoriumokat létesítettek. Tanulmányozták a florát, az éghajlati viszonyokat és az állatvilágot, majd a nagyobb helységekben — *Asmarán, Massauán* és *Agordat*-ban — jól felszerelt kórházakat, *Asmarán* pedig szérum és oltóanyag termelő intézetet állítottak fel. Ez utóbbi nemcsak a gyarmat, hanem a környező idegen fennhatóság alatt álló országok szükségletét is kielégítette.

Eritrea után *Somalia*, majd *Libia* került olasz fennhatóság alá. *Olaszország* az elfoglalt területeken eltörölte a rabszolgaságot s gondoskodott nemcsak a bevándoroltak, hanem a bennszülöttek gazdasági, erkölcsi és szociális jólétéről is. A legújabb időben a kötelező öregségi és betegbiztosítást a gyarmatokra is kiterjesztette, sőt a betegbiztosítást a malaria és a tropusi betegségekre is kötelezővé tette. A megfelelően képzett orvosok, gyógyintézetek, közegészségügyi rendelkezések, a higiéniai viszonyok állandó javulásával jártak, úgy hogy pl. *Libia*-ban a járványos betegségek — malaria, tuberculosis, trachoma — elleni küzdelem a halálozási százalékot 8%-ra szállította le, ami kedvezőbb az anyaországénál is.

Ezek a részleteredmények azonban távolról sincsenek arányban, amint látni fogjuk — sem az elérésére fordított anyagi és fizikai teljesítményekkel, sem azokkal a súlyos nehézségekkel, melyek egy nagyobbszabású gyarmatosítási terv kivitelét megakadályozták.

A keletafrikai olasz gyarmatok *Eritrea* és *Somália* életviszonyai valamivel kedvezőbbek a környező országrészek és gyarmatokénál, sőt egyes részek akár klimatikus gyógyhelyeknek is megfelelhetnének. Összehasonlítás képen elég rámutatni azokra az adatokra, melyeket *Berenger-Faraud* vizsgálatai mutatnak, amelyek szerint pl. a délafrikai *senegali* kórházban, 100 halott közül átlag 13 vészes maláriaban, 4 egyéb lázban, 37 vérhasban pusztul el. Az egyenlítő körüli nagy síkságokon 100 haláleset közül 40 esetben vészes malaria, 45 esetben egyéb lázas tropusi betegség, 7 esetben vérhas állapítható meg, hasonló magas halálozási százalékot találunk az amerikai és az ázsiai forró égövi vidékeken is. Ezek a számok lényegesen alacsonyabbak az olasz gyarmatokon. Jelentős szerepet játszik ebben a gyarmatok földrajzi helyzete. Míg egyik oldalról járhatatlan sivatagok és magas hegyláncok torlaszolják el őket a súlyosabb trópusi betegségek járványaival fertőzött vidékektől, addig keleti, délkeleti és déli partjaikat a tenger határolja.

Eritrea az abesszin felföld folytatása, területe 118.000 km², melyet erősen tagolt hegyláncok vonulata két részre oszt. A felföld hullámos részén 2300, sőt 3013 m magas, kopár, néhol erdővel borított hegycsúcsok váltakoznak mély szakadékokkal. Említésre méltó folyói a *Barha*, mely a gyarmaton ered, majd *Sudan* területére folyik át, az északi részen a *Setit* és a *Gasch*. Éghajlati viszonyai szerint három zónára oszlik: a keleti homoksíkságon és a felföldön májustól szeptemberig tart az esős évszak, zuhogó trópusi záporokkal, a harmadik zóna a *Barha* folyó völgye, *Agordat, Tessenei* környéke, melyre a kontinentális száraz meleg jellemző erős éjjeli lehűlésekkel. A nyári esős évszak még nagyobb tömegű, trópusi esőkből áll. A nagy erővel lehulló csapadék könnyen behatol a felvidék porosus talajába s földalatti folyók alakjában jut el a mélyebb síkságokra, ezek táplálják a kutakat.

A bennszülöttek két legjobban elterjedt betegsége a *lues* és a *malária*. Érdekes, hogy a lues nem okoz oly súlyos idegelváltozásokat, — paralysis, hátgerincsorvadás, vetélés és érrendszerbeli elváltozások, — mint azt az európai esetekben látjuk. A bennszülöttek a luessel egyidőben malaria fertőzésen is átesnek s valószínűleg ez csökkenti a syphilis kórokozójának a központi idegrendszer iránti fogékonyságát. A primitiv bennszülött kuruzslók a *Wagner-Jauregg* által alig másfél évtizede ajánlott gyógymód kezdetleges formáját már évszázadok óta ajánlották a betegeknek. Félesztendőre a párás, forró mocsaras vidékre küldték őket, hogy megkapják a malariát s a kifejlődő lázrohamok kiváltsák azt a hatást, amit a *Nobel*-díjas tudós malaria oltásaitól várunk.

A malaria egyesek szerint 1000—1500 m.-en felül már nem igen fordul elő, mások viszont még 1800 méteres magasságokban is észlelték. Eltérőek a vélemények arról is, hogy egyik vagy másik válfaja van-e jobban el-

terjedve. Tény, hogy a plasmódiumok mindhárom válfaja megtalálható. Legsúlyosabb alakjai a vészes malária, a hasmenésekkel járó typusos válfaj és a fekete vízkór; ezek majdnem mindig halállal végződnek.

A felföldön gyakori az amoebás vérhas, melyet az „amoeba tetragena" nevű parazita idéz elő. Az északi és délkeleti részeken néhány esetben Framboesiát, Leishmaniosist, kiütéses typhust és elefantiasist is észleltek. Nagyon gyakori a bélférgesség, melynek csaknem minden válfaja előfordul. Sok áldozata van a leprának.

A másik keletafrikai olasz gyarmat *Somalia*. Területe kb. 600.000 km². Említésre méltó folyói a *Giuba* és az *Uebli-Scebeli*, melyeknek partjait helyenként 30 km széles, dús trópusi növényzettel borított, zöldelő síkságok övezik. A tengerparti rész sziklás, kopár, gyéren lakott terület s ezért helyi viszonyai alig ismertek. *Somalia* legnépesebb és leggazdagabb része *Benadir*. A gyarmat éghajlata meleg, azonban a *monszum* szelek némiképen enyhítik a forróságot. A szelek időszakaitól határolva négy évszakra oszlik: decembertől márciusig száraz, igen meleg, gyenge észak-nyugati szelekkel; márciustól juniusig trópusi esők; juliustól szeptemberig kisebb esőzésekkel igen erős dél-északnyugati szelekkel; szeptembertől decemberig kiadósabb esők, észak-nyugati irányú szelekkel. A hőmérséklet a belföldön február és márciusban a legmagasabb, amikor árnyékban 43—45 C-t mutat a hőmérő, a tengerparton április a legmelegebb hónap.

Rendkívül elterjedt itt is a lues. Elég gyakori a trópusi fekély és a madura láb. Mint egész *Afrikában*, úgy itt is rengeteg áldozata van a leprának. Elvétve búbópestis is előfordul.

Azokon a területeken, ahol ritka a fehérekkel való érintkezés, ismeretlen a gümőkór, míg a kolonizáltabb helyeken elég gyakori és súlyos lefolyású. Az esetek 40%-a tüdőgümőkór, egyes tartományokban sok a mirigy tbc.-és gyermek.

A járványos betegségek közül aránylag ritkán jelentkezik a typhus, valószínűleg nem kedvezőek a viszonyok az *Eberth* bacillus tenyészetére.

Igen elterjedt és nem egyszer súlyos járványokat okoz az afrikai „visszatérő láz". 1917-ben a *mercai* fogházból, 1924-ben a *mogadisciói* helyőrség bennszülött katonáitól indultak ki igen súlyos járványok. *Darfur* leírja, hogy 1926-ban, — egy kb. 45.000 lakosú kerületben — 10.000-en haltak meg egy járvány alkalmával. A betegséget okozó spirocheta hispanica, alias Duttoni, nagy mértékben elterjedt a természetben. *Nicolle* és *Anderson* megállapították, hogy a vadállatok és néhány emlős a gazda-állat. Az emberre átvitele a tetvek, poloskák, főképen pedig az *Ornithodorus Mubata* nevű kullancs által történik. Különösen a laktanyákban, őrszobákban és fogházakban gyakori, ahol a betegség hordozói jó talajra találnak.

A folyók mentén elég gyakori az amoebás vérhas. A fehér emberek között, akik ásványvizet és főtt főzeléket fogyasztanak, aránylag ritkán fordul elő.

A bélférgesség valóságos népbetegség, a lakosság 50%-ánál feltalálhatók különféle alakjai: az *ascaris*, a *taeniák*, az *anchilostomum duodenale*. Szinte hozzátartozik az életmódhoz havonta egyszer a tisztító kura.

Somalia egész partvidéke malariamentes, míg a belső országrészeken mindhárom válfaja gyakori. Sok a lépduzzanat miatt puffadt hasú gyermek. Ezek közül azok, akiknek szervezete legyőzte a betegséget, elérik a felnőtt kort, bizonyos ellenállóképességet nyernek.

A földművelésben és mezőgazdaságban szegény vidékeken, ahol a lakosság csaknem éhinséggel küzd, igen sok áldozatot szed a vitamin hiány által előidézett „beriberi". Régebben járványok alakjában lépett fel a „dengue láz" is, sokszor a lakosság 70%-át megtámadja. Halálozás ritkán fordul elő.

Még ma is kiterjedt járványokkal szedi áldozatait a *himlő*. Amilyen könnyű a himlő elleni védekezés, — az oltás és újraoltással — a civilizált államokban, ép oly nehéz ellene küzdeni a gyarmatokon, ahol ennek az évezredes betegségnek megközelíthetetlen fészkeiből időnkint egy-egy nagy járvány indul ki, amelyet a közlekedési nehézségek, a higieniai hiányok és a nagy távolságok miatt nem könnyű megállítani. A friss oltóanyag megőrzése és szállítása nagy nehézségekbe ütközik. Ezek a szállítási nehézségek indították arra a *mercai* oltóanyagtermelő intézet vezetőjét, *Fadda* ezredes orvost, hogy olyan oltóanyagot állítson elő, mely hosszú időn keresztül hatékony, anélkül, hogy tárolása különleges készüléket — mint jégszekrény, jég, thermos — igényelne, mely csaknem lehetetlen kívánság Afrika sivatagjain. Eljárása abban áll, hogy beszárítja a himlőnyirkot, mely kevés glycerin hozzáadásával mindenkor friss és hatékony nyirkot ad. Ujabban ezt a valóságos „konzerv" oltóanyagot használják kiváló eredménnyel. (90%)

Az 1931 évi népszámlálási adatok szerint a gyarmatok lakossága a következőképen oszlik meg:

Gyarmat:	Összlakosság	Bennszülöttek	Sürüség km²
Eritrea	600.573	596.013	5.0
Somalia	1.021.572	1.019.904	2.0

A feldolgozott statisztikai adatok szerint a bejelentett fertőző megbetegedésekről az alábbi kimutatás számol be:

Betegség neme	Eritrea		Somalia	
	1934—	1935 X. 1-ig	1934—	1935. X. 1-ig
Himlő	17	56	4852	77
Varicella	45	142	267	943
Morbilli	63	214	305	1022
Febris recurrens	—	52	4	99
Pertussis	170	—	226	47
Parotitis epid.	154	198	46	1432
Influenza	31	133	152	47
Meningitis epid.	—	128	30	60
Typhus abd.	1	19	1	2
Dysenteria	114	31	142	937
Lepra	3	4	53	44
Elefantiasis	—	—	70	14
Trachoma	720	666	?	?
Syphilis	313	164	?	52
Framboesia	—	—	?	238
Madura láb	—	—	?	?
Malária	727	1426	10079	388 ?
Tbc.	55	114	640	?
Anchilostomiasis	—	—	?	167

Mint ebből látható, nem fordult elő kolera, pestis, kiütéses typhus. A somaliai himlőjárványt sikerült megfékezni.

Az olasz gyarmatokkal szomszédos *Abesszinia* éghajlati és életviszonyai jóval súlyosabbak. Áthatolhatatlan őserdők, mérhetetlen sivatagok, párás és dús növényzetű völgyek váltakoznak égbenyúló kopár hegyóriásokkal és kietlen sós sivatagokkal. Egészségügyi viszonyai igen kedvezőtlenek. Nagy pusztítást végeznek: a malaria, az amoebás vérhas, a különféle trópusi betegségek, a vissza-

* A „Giornale di Medicina Militare" 1935. 12. sz. adatai szerint.

térő láz és az influenza. Óriási a gyermekhalandóság s nem csoda, ha a súlyos járványok és betegségek fertőzésein keresztül felnőtt bennszülött kitünően bírja a hideget és a forróságot, a szomjuságot és az éhséget s nincsenek igényei.

Legszörnyűbb csapásként nehezedik Etiopiára a lepra, mely csaknem a lakosság 5%-át sújtja. Az abesszin kuruzslók lenmaglisztből készült puliszkával való kizárólagos táplálkozást ajánlanak gyógykezelés céljából.

A rossz táplálkozás és a higiéniai viszonyok miatt igen sok a foghijjas száj. Sajátságos a felső állcsont különleges eltorzulása, — a metsző fogak csaknem vízszintesen előre állanak, — ami annak a következménye, hogy a gyermeket még négyéves korában is szoptatják. Pár évvel ezelőtt élénk feltűnést keltettek a Budapesten tartózkodó néger csoport tagjai, akik fehér gyökerekkel egész nap fogaikat súrolták. Ennek a látszólag higienikus műveletnek azonban a fogak korai elvesztése a következménye, amenyiben a foghúst érő állandó insultus korai foghússorvadáshoz s a fogak meglazulásához vezet. A zománc fejlődési hiányai és a fogszúvasodás igen gyakori.

Egyesek szerint a lakosság 60%-a lueses. Nagyon elterjedt a kankó, melyet a javasasszonyok által ajánlott különféle füvek és gyümölcsök főzetével igyekeznek gyógyítani.

A szembetegségek közül a trachoma elterjedése nagyarányú. Gyógykezelését kezdetleges eszközökkel maguk a bennszülöttek végzik.

(Folytatjuk.)

Egy érdekes könyv.

Magyarország népesedési viszonyai 1920-tól 1932-ig.

Irta: *Petrilla Aladár dr.*, előszavát: *Scholtz Kornél dr.*

Nemzetek versenyében egy erő van, ami legyőzhetetlen: és ez a szaporaság. Ne tévesszen meg bennünket az, hogy épen a szaporaságban alul maradó nagy nyugati nemzeteket ismerjük leghatalmasabbaknak. Ma még azok kultúrájuk, csökkent halálozási arányuk és hatalmas vonzó, beolvasztó hatásuk következtében. De a nemzetek életét nem a magunk emberöltői szerint mérjük, hanem századokon, ezredéveken át. Legyen tehát bármily imponáló és felemelő a nagy kulturnemzetek létért való küzdelme, csak idő kérdése, hogy mathematikai biztossággal alul kerüljenek, letünjenek, a világ szinpadáról, ha erőfeszitéseik eredménye csupán kulturfölényből, politikai hatalomból áll és nem egyszersmind szaporaságuk folytán számbeli fölényük fenntartásából is. Mivel ez a kérdés egy nemzet minden tagját, — nemcsak a felelős vezetőket — módfölött kell hogy érdekelje, a maga kiderített vagy vitatható, de mindenekfölött kutatandó okaival, azért adtuk cikkünknek ezt a cimet, midőn *Petrilla—Scholtznak* ezt a 337 oldalas könyvét ismertetjük, ami a *„Népegészségügy"* ez évi 3. számának mellékleteként sok kartársunknak bizonyára kezébe került. Azt szeretnénk evvel elérni, hogy ne csak akik kézbe kapták, a hatósági és hivatalos orvosok, hanem minden orvos elolvassa e beszámolót, vagy legalább annak a maga városára, járására vonatkozó részét, ahol többé-kevésbbé a maga felelősségét is érezheti, mint az egészségügy és így a népszaporaság hivatásos őrét.

Csak néhány szívbemarkoló adattal akarjuk olvasóink figyelmét ez érdemes munka iránt felkelteni. „Magyarországon 1000 lélekre 1922-ben 30.8, 1933-ban 22 élveszületés esett. A 8.8‰ hiány nagyobb, mint Európa bármelyik más államának ez idő alatt beállott deficitje." Evvel a vészkiáltással kezdi *Scholtz* államtitkár előszavát. És evvel szemben nem vigasztal az, hogy halálozásunk 21.4-ről 14.7-re esett, noha ez a 6.7‰ javulás is legnagyobb egész Európában. De még mindig csak „megközelitjük" vele a nyugati államokat és népszaporodás tekintetében sorrendi helyünket csak „megtartottuk".

Scholtz Kornél előszava kitünő összefoglalása a könyv országos adatainak és őszinteségében, ügyszeretetében hasonlít az öreg számadó jelentéséhez, aki hol könnyes, hol csillogó szemmel számolja át a reábízott báránykákat az új gazdának. Aki nincs érdekelve a maga patriája révén a részletekben, legalább ezt fussa át, hogy nagyjából tisztában legyen a saját maga, a nemzete expanziv erejével és erre alapitsa politikáját.

Erre az általános adatok tárgyalása következik születésekre, halálozásra, csecsemőhalálozásra, fertőző betegségekre, gümőkórra, végül összefoglalóan a szaporodásra nézve. Mindenütt a statistikai hivatal hivatalos adatai szerepelnek, pontos és jól áttekinthető táblázatokba foglalva; legtöbbször összehasonlító térképek is érzékitik az 1920—23 és az 1928—32 adatokat. Azután ugyanezen viszonyok tárgyalása következik törvényhatóságok, járások, városok és községek szerint mindig összehasonlításban az országos átlagokkal. Nagyon tanulságos, s hogy még inkább az legyen, az átlagnál rosszabb vagy vele csak egyenlő adatok vastag számokkal vannak szedve.

A munkának talán ez az utolsó részletes része a legértékesebb, mert benne tárul fel előttünk úgyszólván minden községünk 13 évi élettörténete, fejlődése vagy hanyatlása. Rendkivül érdekes a betekintés abba, hogy a sorsdöntő országos arányszámok mily tételekből tevődnek össze, melyek azok a helyek, amelyek rontanak vagy javitanak az átlagon. Ez mondja meg, hogy az általános kormányintézkedéseken felül mik legyenek az egyes közigazgatási körökben elvégzendő legsürgősebb teendők.

Nem érdekes-e pl. tudnunk, hogy a *születés* arányszámának csökkenésében Bács-Bodrog megye vezet (30.6 %), míg az észak-keleti vármegyék, Zemplén, Szabolcs, Szatmár és Sopron városa viszik el a pálmát?

A *halálozási* arányszám 11 megyei és 4 városi törvényhatóságban nagyobb, 14 vármegyében és 7 városban kisebb az átlagnál. Itt is kitünik Sopron a maga mélyen átlag alatt járó 13.7‰ eredményével. Feltünően gyenge az eredmény Miskolcon, Hódmezővásárhelyen és Székesfehérvárt.

A *csecsemőhalálozás* terén néhány törvényhatóságunk megmutatta, hogy jól megszervezett tevékenységgel mit lehet elérni. Itt megint a „civitas fidelissima" volt az, amelyik a maga már is alacsony (13.7%) csecsemőhalandóságát nyugateurópai színvonalra, 8.3%-ra szállította le. Utána következik Győr 11.9%-kal, majd Budapest 13.2%-kal és Pécs 13.9%-kal. Ellenben Szeged, Miskolc (17.2%), Debrecen (19%) és Kecskemét (20.3%) rontottak az átlagon. Különösen érdekes, hogy míg az egykéről hires Somogyban 19.1%, addig a vele egysorson lévő Baranyában (16.5%), Tolnában (15%) sikerült azt jelentékenyen javítani.

A *tuberculosis*-halálozás országos átlaga 1%-kal 2.1%-ra esett. (1934-ben ez már csak 1.5%.) Legszebb a javulás ismét Sopronban (1.6‰), míg szépek az eredmények Budapesten, Pécsett, Bács-Bodrog, Komárom—Esztergom és Nógrád—Hont megyékben.

Az egyéb *fertőző betegségek* terén a halálozás bámulatosan csökkent, mi az egészségügyi közigazgatás ja-

vulásának tudható be. Az országos átlag 1.4‰-ről 0.7‰-re esett le.

A könyv adatainak életbevágó fontossága elsősorban azokat kell hogy további kutatásokra ösztönözze, akik a negativ területeken működnek és mint orvosok vagy hatóságok felelősek ezen negativ eredményért. Keresni, kutatni kell, hogy nincsenek-e annak ott olyan okai, amelyek kellő intézkedésekkel megszüntethetők. A termékeny területekre pedig különös gond fordítandó, hogy a rendesen ott uralkodó (északkeleti vármegyék) csecsemőhalandóság kellőkép leszorittassék. Az a jelenség pedig, hogy éppen azon területek mutatnak fel mindenben jelentékeny javulást, amelyeken az Orsz. Közegészségügyi Intézet szervezett védőrendszerei működnek, útmutatás arra, hogy mi a jövőben a kormányzati teendő: — az egészségvédelemnek rendszeres kiépitése.

Azon reményben tesszük le a tollat, hogy e futólagos szemlélettel sikerült kartársaink érdeklődését e sokat beszélő számok és a belőlük vonható következtetések iránt felkelteni és evvel talán mi is hozzájárultunk valamivel a nagy cél megvalósításához, amit közegészségügyünk kitűnő vezérei és *Petrilla Aladár*, az Orsz. Közegészségügyi Intézet kiváló adjunctusa maguk elé tűztek, s ami egy jobb és szebb jövendő felé vezet.

Vámossy Zoltán.

VEGYES HIREK

Személyi hirek: A kormányzó a belügyminiszter előterjesztésére *Demtsa* Pál dr., Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye tiszti főorvosának, *Brezovszky* Emil dr. bpesti közkórházi főorvosnak, *Tóth* Jenő dr., a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete helyettes főorvosának, *Pankotay-Niedermayer* Gellért dr. szombathelyi állami gyermekmenhelyi igazgató-főorvosnak és *Gellért* Elemér dr. budapesti kórházi sebészfőorvosnak a közegészségügy terén kifejtett értékes munkásságuk elismeréséül a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet, továbbá *Janits* Dezső dr., a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete osztályvezető orvosának, *Balogh* Pál dr. kairói orvosnak, *László* Károly dr. kúnszentmiklósi nyugalmazott járási tiszti orvosnak, *Jenny* Géza dr. kisbéri ménesintézeti orvosnak és *Knoll* Andor dr. bicskei igazgató-főorvosnak a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett eredményes munkásságuk elismeréséül a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Halálozás: *Paunz Sándor dr.* a Szeretet-kórház és Charite-poliklinika főorvosa 59 éves korában Budapesten elhunyt.

A törvényszéki orvosi Vizsgálóbizottság elnöke közzéteszi, hogy a 16.379/1894. I. M. számú rendelet 3. §-a alapján a folyó évben *április és október hónapokban* tartatnak törvényszéki orvosi vizsgálatok.

A szabályszerüen felszerelt kérvényeket a törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság elnökéhez címezve, a m. kir. igazságügyministerium (V., Markó-utca 16. sz.) iktatóhivatalában kell benyujtani.

Iskolaorvosi és egészségtantanári tanfolyam. Kellő számú jelentkező esetén 1936. ápr. 15-én a m. kir. Vallás- és Közoktatási Miniszter 12.663/1933.—IV. sz. alatt kelt rendeletével megszabott Iskolaorvosi és Egészségtantanári Tanfolyam kezdődik a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetében. A tanfolyam vezetője *Darányi Gyula dr.* egyet. ny. r. tanár.

Előzetes jelentkezés március 25-ig történhet személyesen vagy irásban (a tanfolyam vezetőségének címezve), a Közegészségtani Intézetben, VIII., Eszterházy-u. 9. Ha az előzetes jelentkezés irásban történik, akkor feltüntetendő: Név, születési hely, év, hó, nap és vallás, orvosdiploma kelte, esetleges szakképesítés, pontos lakcím. Március 26-án a jelentkezettek száma szerint hirdetésben közzé teszik, hogy a tanfolyamot megtartják-e vagy nem. Aki irásban óhajt választ kapni, az mellékeljen válaszbélyeget. A felvételi kérvények az orvostudományi kar ezidei dékánjához, *Darányi Gyula dr.* egyet. ny. r. tanárhoz címezve a Közegészségtani Intézetben március 26-tól április 14-ig nyújthatók be. A benyujtást nem kell személyesen végezni és a kérvényt postán is lehet küldeni. A kérvényhez születési bizonyitvány, orvosdoktori oklevél, esetleges szakképesítés és működési bizonyitvány mellékelendő. A felvételre a felvételi bizottság előtt a tanfolyam első napján, április 15-én d. u. 4 órakor *személyesen* kell jelentkezni és ugyanakkor a tanfolyam díja, mely 85 pengő, befizetendő. A tanfolyam előadásai szombat kivételével naponta d. u. 5—8-ig, ezenkivül szerda d. e. 8—1-ig lesznek. A tanfolyam részletes tanrendje a Közegészségtani Intézetben kapható. A tanfolyam befejeztével a jelöltek vizsgálatra bocsájtatnak, mely szóbeli vizsgából és próbaelőadásból áll. Aki a szóbeli vizsgán nem felel meg, próbaelőadást nem tarthat, csak két hónapi hospitálás után letett sikeres vizsga után. Ha valaki a próbaelőadásból utasittatik vissza, akkor szintén csak két hónapi hospitálás után jelentkezhetik a próbaelőadás újbóli megtartására. Ezen ismétlő vizsgák díja 25.— pengő. Ugy a vizsgán, mint a próbaelőadáson másodszori elégtelen minősítés esetén csak a tanfolyam ismételt hallgatása után bocsájttatik a jelölt újabb képesítő vizsgára. Azok az orvosdoktorok, kiknek „Népiskolai iskolaorvosi" képesítésük van, a tanfolyam egyes tárgyainak hallgatása alól (mely a tanrendben fel van tüntetve) felmentetnek és vizsga nélkül csak próbaelőadás megtartásával képesittetnek. Ezek számára a tanfolyam díja 50.— pengő. A tanfolyam junius 19-ig tart és a képesítő vizsgák 20-án kezdődnek.

A Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének elnöksége közli, hogy a folyó évi junius hó elején megtartandó közgyülés alkalmával kerül kiosztásra az *Országh Oszkár* pályadij alapitvány 130.— pengő kamata.

Az alapitólevél értelmében olyan tuberculosissal foglalkozó klinikai dolgozat vagy monographia lesz jutalmazandó, amely a hazai sanatoriumok, tuberculosis-kórházak és tüdőbeteggondozók beteganyagán önálló kutatás alapján iratott meg. A pályázaton résztvesz minden olyan dolgozat, ami 1932. május hó 1.-óta jelent meg. Ezenkivül be is küldhetők a pályázó munkák a titkárhoz (Budakeszi, Erzsébet Királyné Sanatorium.)

A IV. Nemzetközi kisérleti sejttani congressus. 1936. augusztus 10—15-ig Kopenhágában lesz. Az előkészitő bizottság tagjai: *Huzella* Tivadar (Budapest) a Nemzetközi Sejtkutató Társaság elnöke és a *Fischer* Albert (Kopenhága) elnöklete alatti helyi bizottság: *Krogh* Agoston, *Thomsen* Oluf, *Jensen*-Boisen, *Jensen*-Hou és *Okkels* Harald, mint titkár, aki egyúttal a nk. sejtkutatótársaságnak *Erdmann* Rhoda halálával megüresedett főtitkári állását ideiglenesen betölti. A congressus első napjának, augusztus 10-ének délelőttjén lesz *Huzella* elnökletével az ünnepélyes megnyitóülés, délután tudományos ülés, amelynek tárgyköre a sejt physikochemiája. A következő napokra a sejtanyagcsere histochemiai problémái, a kisérleti morphologia, a sejt elektrophysiologiája, kisérleti sejtpathologia és sugárzásbiologia kérdéseire vonatkozó előadások kerülnek sorra. A congressus utolsó napja, augusztus 15-e kirándulásokra és a tudományos intézetek megtekintésére van fenntartva. A congressusi tagdij 20 dán korona. Jelentkezni május 1-ig, előadásokat és bemutatásokat bejelenteni, — a bemutatandó anyag, diapositivek számának, filmek hosszának megjelölésével és az előadás rövid tartalmának egyidejü beküldésével, — junius 1-ig lehet a congressus titkáránál (Dr. Harald *Okkels*, Patologisch-anatomisches Institut der Universitaet, Kopenhagen 11, Frederik 5' Vej). A Nemzetközi Sejtkutató Társaság elnöke kéri a congressus magyarországi résztvevőit, hogy részvételükről, előadásaikról és bemutatásaikról őt is tájékoztassák. (*Huzella* Tivadar dr. Budapest, IX., Tüzoltó-utca 58., anatomiai- szövettani- fejlődéstani intézet).

A Nemzetközi Sejtkutató Társaság célja, hogy congressusain a sejt biologiájával, az élő sejt kisérleti kutatásával, a szövettenyésztéssel, a fejlődés histogenesisével, újabb kisérleti módszerekkel foglalkozó histologusokat, physiologusokat, pathologusokat, embryologusokat, örökléskutatókat, zoologusokat, botanikusokat összehozza és kutatásaik között kapcsolatot létesitsen. Már a három év előtti cambridgei congressus nagy sikere igazolta ezen törekvés életrevalóságát, a morphologia és physiologia, a biologia és a colloidchemia, a szövettenyésztés és a fejlődéstan, a serologia, az örökléskutatás termékenyitő közvetlen kapcsolatainak létrehozásával.

A Nemzetközi Federativ Anatomiai Congressus 1936. szeptember 3—8-ig lesz Milanoban, az Anatomische Gesellschaft, Anglia, Franciaország, Portugália, Hollandia, Lengyelország és Amerika anatomustársaságainak részvételével. *Huzella* Tivadar budapesti egyetemi tanár, mint az Anatomische Gesellschaft elnöke, társelnöki minőségben vesz részt a congressuson, amelynek részletes programmját április folyamán fogják közölni.

Methylalkoholmérgezések. 25 évi szünet után újból methylalkoholmérgezések fordultak elő.

1909-ben rövid időközben 10 beteg jelentkezett a budapesti I. sz. egyetemi szemklinikán, kik néhány nap alatt megvakultak. A szemfenéken látóidegsorvadás tünetei. Ugyanakkor egyik északmagyarországi községben 70-en haltak meg pálinkamérgezésben. Másik községben 30 vendég közül 13-an haltak meg s többen megvakultak. A *Liebermann Leó* tanár kezdeményezésére *Felletár Emil* által végzett vegyi vizsgálat methylalkoholt mutatott ki a hullákban. Kiderült, hogy egyik rumgyár használt methylalkoholt a rum készítéséhez. Néhány évvel később Berlinben tömeges mérgezés fordult elő, hús vagy kolbászmérgezésnek tartották, a magyar tapasztalatok alapján felhivtuk az illetékes Ministerium figyelmét a methylalkoholra s a mérgezések csakugyan ilyen forrásból származtak. Mérgezések Oroszországban és Amerikában elég gyakran fordultak elő. Rendesen pálinka vagy rumhamisítás révén, de az iparban is előfordult asztalosoknál a gőze folytán (politurozás).

A legnagyobbszámú methylalkoholmérgezés nálunk úgy történt, hogy a vasuti kocsiban a methylalkoholos hordókat megfúrták s a munkások bőségesen élvezték.

A methylalkohol élvezeti cikként használása tehát a legnagyobb mértékben veszélyes, ezért megbizhatatlan helyeken vagy épen házalóktól „kézalatt" ne vásároljunk „tisztaszeszt", akármilyen drága is az a patikában.

Az Orvostanhallgatók Segitő- és Önképző Egyesületének jubileuma. Az Orvostanhallgatók Segitő- és Önképző Egyesülete életének nevezetes állomásához érkezik el március hó 25-én, mikor fennállásának 75-ik évfordulóját ünneplik a Segitő Egyesület volt és jelenlegi tagjai. Az ünnepségeken megjelennek a volt elnökök és választmányi tagok is, akik közül ma sokan professorok és az orvosi rend kiválóságai. Ott lesznek, hogy hirdessék a segitő Eszme folytonosságát és példaadásul szolgáljanak a fiatalabb generációnak, a Segitő Egyesületbe tömörült medikus ifjúságnak. Az ünnepségek délelőtt 11 órakor az I. sz. szemészeti klinikán díszközgyüléssel kezdődnek, amelyen *Kornis Gyula dr.*, az Egyetem Rector Magnificusa, *nemes Balogh Ernő dr.* egy. ny. r. tanár, orvoskari prodékán és *Vámossy Zoltán dr.*, egy. ny. r. tanár, a Segitő Egyesület tanárelnöke fognak felszólalni és méltatják a Segitő Egyesület 75 évét. *Ifj. Mayer György*, az ezidei ifjúsági elnök beszéde után az orvosi Kar kiválóságainak fogják átnyujtani a Segitő Egyesület disztagságáról szóló okiratot. Ezután az ifjúsági egyesületek üdvözlése következik. Az ünnepi nap délutáni programmján d. u. 6 órakor a Zeneművészeti Főiskola nagytermében a jubileumi díszhangverseny szerepel, amelyen a Medikusok Szimfonikus Zenekara a következő müsort fogja előadni: 1. Beethoven: Coriolanus nyitány. 2. Händel: Concerto grosso. 3. Saint-Saens: Hattyúdal. Gordonkán hárfahisérettel, Glazunow: Spanyol szerenád. Gordonkán zenekarkisérettel előadja: *Péteri László dr.* 4. Tsaikowskij: Capriccio Italiano. — Szünet. — 5. Mendelssohn: Hebridák nyitánya, 6. Schubert: Der Kreuzzung, Doppelgänger, An Silvia. Énekli zenekisérettel: *Győry Pál dr.* 7. Dohnányi: Nászkeringő a „Pierette fátyola" című némajátékból.

Kimutatás 1936. március 1—7-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s haláleseteiről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	1	1	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	8	—	—	—	7	—	6	—	—	1	—	—	2	9	—	—	—
4. Békés	335.874	5	—	—	—	4	—	26	—	—	—	—	—	77	2	1	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	3	—	2	—	2	—	5	—	—	—	—	—	15	2	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	2	1	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	69	7	—	—	—
9. Fejér	231.165	1	—	1	—	6	—	3	—	—	—	—	—	57	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	74	1	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	3	1	7	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—
12. Heves	322.207	5	—	—	—	3	1	7	—	—	—	—	—	21	5	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	7	—	—	—	5	—	11	—	—	—	—	—	87	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	—	—	5	1	3	—	—	—	—	—	22	4	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	6	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	54	6	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	11	—	3	1	20	1	37	—	—	—	1	1	124	1	1	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	60	1	4	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	6	2	—	—	13	1	17	—	—	—	—	—	53	—	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	4	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	20	6	2	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	6	—	18	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	3	—	10	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	1	—	—	3	—	9	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	62	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	11	1	—	—	5	1	12	1	—	—	—	—	31	—	—	—	—
I. Baja	29.791	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	9	1	8	1	26	1	70	—	—	—	—	—	80	8	—	—	—
III. Debrecen	122.825	5	—	1	—	5	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	1	—	—	8	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	15	2	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	48	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	97	8	16	3	161	11	299	1	—	1	2	1	1130	62	10	—	—
Előző évben:		35	6	13	—	217	16	184	2	3	—	2	—	880	222	8	—	—

Az epehólyag és az epeutak fertőzéses, gyulladásos betegségeinek ujszerü, rationalis gyógyszere a

Hatása a chelidonin, a Germicid Dr. Wander és a natr. choleinic együttes hatásán alapul.

Hatványozott choleretikum és cholagogum.

Erélyes belső desinficiens, optimalis hatásu görcsoldó és fájdalomcsillapító.

Elősegiti az epehólyag és epeutak átöblitését, **megakadályozza az epe besürüsödését és a kőképződést.**

Mintával, irodalommal készséggel szolgál a

DR. WANDER

GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST

8. Borodin: Poloveci táncok. — Vezényel: *Kolonits Barna* és *Mihalovics Szilárd dr.*, a zenekar karmesterei. — A hangversenyt a Royal-szállóban ünnepi vacsora követi. A hangversenyre, melynek tiszta jövedelme a Segitő Egyesület telkén felépitendő Medikus Üdülő létesitésére fog fordittatni, jegyek 0.50—3 P-ig a Segitő Egyesület helyiségében (VIII., Üllői út 26., telefon: 31—2—78), a vacsorára jegyek 3 P-ös árban, ugyanott kaphatók.

Grósz Emil professor március hó 16-án, délután 6.15-órakor az I. sz. egyetemi szemklinika tantermében „A szemészet az orvosi tudományban" címen előadást. tart.

A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete nagyvillámhegyi orvosturista otthonában husvétra 9 napi teljes ellátási dijat, napi négyszeri étkezéssel, kétágyas szobában P 61-ben, közös szobában P 53.-ben állapitotta meg. Jelentkezni a Phönix biztositó idegenforgalmi osztályánál (IV., Ferenc József-rkp. 33.) lehet.

Bajkay Tibor dr. egyetemi magántanár lakását és rendelőjét Bp, IV., Szerb-u. 2. sz. alá helyezte át.

Organikus chemia. irta: *Zechmeister László*, egyetemi tanár, két kötetben, I, k,: 1930, II.: 1932, Egy-egy kötet bolti ára 15 P, az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói 12 P-nyi kedvezményes áron portómentesen kapják, az egész munkát pedig 24 P-ért, ha az összeget előre beküldik Egyetemi chemiai intézet Pécs címre (nem a szerző címére).

HETIREND

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 14-én délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének napirendje. Bemutatások: *Lendvay József:* Cushing-kórnak parathyreoidea hatására tünetmentessé vált esete. *Romhányi György:* Ritka idegentest-embolia esetek. Előadások: *Farkas Ignác:* A hólyagbeli idült vizeletrekedések (prostata-hypertrophia, sphincter-sklerosis) gyógyitása transurethralis prostatamütétek útján. *Groák Béla:* A venás nyomás mérésének klinikai jelentősége.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának márc. 16-i előadását este 7 órakor *Pogány Ödön dr.* tartja „Technikai fejlődés a fülészetben" címmel.

A Közkórházi Orvostársulat március 18-án tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Cseley Pál:* Petefészekdaganat mütéte után keletkezett parotitis. *Liteczky Andor:* Diagnostikus szempontból érdekes két májechynococcus esete. *Szöllössy László:* Esetek a gyomorsebeszet köréből. Előadás: *Czeyda-Pommersheim Ferenc:* Az orbáncról.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya és a Magyar Phonetikai Társaság március 18-án d. u. ½7 órakor az egyetemi közegészségtani-élettani intézetben tartandó együttes ülésének napirendje: Előadás: *Prof. H. Stern* (Wien) m. v.: Über Beziehungen der Phoniatrie zur Laryngologie.

A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete által március 18-án, este 9 órakor a Fészek-klubban rendezendő Dalmady Zoltán emlékelőadását „Az orvos és a természet" címen *bilkei Pap Lajos dr.* tartja.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Kara március 19-én este ½7 órakor, a kórház könyvtártermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Weltner Sándor:* Érdekesebb hólyagkő esetek. *Fischer Aladár:* a) Bal bordaívből kiinduló chondromixoma. b) Operált echinococcus. — Előadások: *Steiner Béla:* Gyermekkori tuberculosis problémája. — *Lax Henrik:* Kisérletes vizsgálatok Basedow-kórban.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztálya. március 20.-án d. u. ½7 órakor a II. Sebészeti Klinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Előadások: *Veress Imre:* Hallóidegbántalom az iskolás gyermekkorban. *Bernovits Mária:* Az iskolás gyermekek fülvizsgálatáról. *Vida Lajos*, a „Nagyothallók Iskolájának" igazgatója m. v.: Az orvostudomány és a gyógypedagógia kapcsolata különös tekintettel a nagyothalló gyermekekre. *Bárczy Gusztáv:* Örökléstani szempontból érdekes családfa bemutatása.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

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

Pályázati hirdetmény.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Közkórház férfi elme- és idegosztályán elhalálozás folytán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra.

Az állás az állami rendszerű IX. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő illetményekkel van javadalmazva. Előléptetés szempontjából a 300/1935. B. M. sz. rendeletnek a nagyobb kórházak csoportjára vonatkozó intézkedései az irányadók.

Pályázati kérvények a Gyöngyösi Alapítványi Közkórház igazgatóságához címezve f. é. április hó 30-ig nyújtandók be.

Pályázati kérvényekhez csatolandó:

1. Születési anyakönyvi kivonat.
2. Erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatósággal).
3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány.
4. Magyar orvostudori oklevél, vagy annak hiteles másolata.
5. Szakképzettséget igazoló okmány.
6. Curriculum vitae.
7. Esetleg egyéb szakképzettségről szóló okmányok és eddigi működésről szóló bizonyítványok.

Az állás a választás jogerőre emelkedése után foglalható el.

Gyöngyös, 1936. március hó 1-én.

Frindt F. József dr.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára rt. Ujpest, *Novurit kúp*-ról szóló ismertetését mellékeltük.

Lapunk mai számához dr. Eggel Leó és Egger I. Gyógyszervegyészeti Gyár Rt. Budapest, *Tophacetyl* és *Tophin*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

Fogorvosnak nagyon alkalmas **hallos** 6 szobás csukott-erkélyes lakás azonnalra vagy majusra **kiadó** VII., **RÁKÓCZI-UT 52., III. em. (lift)**

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és szívre.

Togal-tabletták

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

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

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

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

GERULKIN-CHINOIN

histidinkészitmény

gyomor- és vékonybélfekély kezelésére

Gyors subjectiv és objectiv tünetmentességet biztosit!

10 ampulla (5 ccm) eredeti dobozban.

DEVITOL-CHINOIN

olaj, dragée, tabletta

standardizált D-vitamin készitmény angolkór megelőzésére és kezelésére

Engedélyezve: Közgyógyszerellátás, illetőleg az Államkincstár, OTI., MABI., MÁV., SZASA, M. Kir. Dohányjövedék, HÉV. Betegbiztositó Intézet terhére.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

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

80. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1936. március 21.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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

A csökkent ovarialis tevékenység fokozására:

GLANDUBOLIN

Izolált tüszőhormon

50.000 nemzetközi egységet tartalmazó fiolák

10.000, 1.000, 100 és 40 nemzetközi egységet tartalmazó ampullák

1.000, 300 és 100 nemzetközi egységet tartalmazó tabletták

1.000 nemzetközi egységet tartalmazó suppositoriumok

A klimakterium összes zavarainál:

OVAKLIMAN

Bromozott ovarium, papaverin, theobromin és calcium kombinációja.

50 tablettát tartalmazó üvegek.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.T., Budapest X.

Uj készitmény

SANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: Orbánc, Sepsis, endocarditis, Furunculosis, Otitis

5×5 ccm . . . . P 4.—

Dr. EGGERLEÓ és EGGERI. BUDAPEST

INFLUENZA

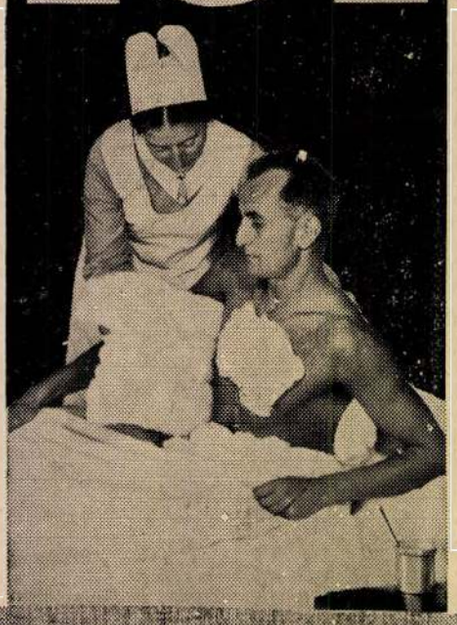
gyakran komplikációkkal jár.

●

Ennek az alattomos betegségnek következményeként sokszor lép fel bronchopneumonia, pneumonia, sőt tüdőtuberculosis is.

●

Idejében és pedig mindjárt az influenza elején alkalmazott Antiphlogistine elősegíti a betegség rendes lefolyását, tehát megvédi a beteget a secundaer complicatióktól.



Bronchopneumonia Pneumonia

Ilyen complicatiók beálltakor

ANTIPHLOGISTINE

lényeges javulást hoz, ha a mellkasra úgy elől, mint hátul alkalmazzuk.

Mintát és irodalmat kivánságra díjtalanul küld

The Denver Chemical Mfg. Co.
New York, U. S. A.

Magyarországi központja: PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R.-T., BUDAPEST, VI. KER., FIGYELŐ-UTCA 16. SZÁM.

80. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1936. március 21.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Fornet Béla: Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez. (259—261. oldal.)
Kiss Pál és Fényes István: Csaknem rendes liquorlelettel járó gyermekkori kisagyi daganatok. (261—264. oldal.)
Matolcsy Tamás: Az üregi osteomákról. (264—267. oldal.)
Babics Antal: A hólyagbatörő genyedésekről. (267—269. o.)
Zágon András: Hasfal-bél-hüvelysipoly és belső hólyagsipoly. (269—271. oldal.)
Jósa László: Adatok a peritonitis pneumococcica abortiv alakjához. (271—272. oldal.)
Herczfeld L. Erzsébet: Veleszületett bőrhiány a koponyán. (272—273. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Bőrgyógyászat. (273—275. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (275—278. oldal.)
Héjja Pál: Az olasz gyarmati háború egészségügye. (Folytatás.) (278—281. oldal.)
Vegyes hirek: (281—282. oldal és a borítólap III. és IV. o.)

A Tisza István Tud.-Egyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár.)

Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Fornet Béla dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A Magyar Belorvosok Egyesületének 1935. évi Nagygyűlésén előzetes közlés formájában beszámoltam már a colitis enteralis serumkezelésével elért néhány jó eredményről. Akkor jóformán első kísérletekről volt még szó (összesen 10 eset), amelyek nem voltak elegendők a végleges állásfoglalásomra. Az azóta nagyobbszámú colitises betegen szerzett tapasztalataim eredményét kívánom most összefoglalni és egyúttal néhány kísérletről és megfigyelésről beszámolni, amelyek a serumos beöntés gyógyító, illetve általános biologiai hatására vonatkoznak.

Összesen 40 újabb beteg megfigyeléséről van szó, akik közül 26 súlyos heveny, lázas, vérzéses colitisben szenvedet. Ezeknek javarésze a nyárvégi-őszi évadra esett, amikor Debrecenben és környékén sok vérhas volt és ezért ezek jórésze is ennek tartható. A vérhas bakteriologiai kórjelzéséről már évek óta lemondtunk, minthogy túl csekély százalékban sikerült a kitenyésztés ahhoz, hogy a kitenyésztés alapján lehessen a bajt megállapítani, vagy kizárni. Ennek a csoportnak a kezelésében értünk el legtöbb közvetlen jó eredményt, olyat, melyet kellő kritikával is a serumos beöntés javára írhatunk. Rögtönös hatást, azaz a kezelés után a fájdalmaknak, tenesmusnak, a szék vér- és nyáktartalmának szünését és a láz leesését láttuk ezek közül 9 esetben. Legtöbbször (6 eset) már egyetlen beöntéstől láttunk ilyen hatást és másodikra leginkább akkor volt szükség, ha a beteg az első csőrét semeddig sem tudta tartani. Ebben a betegcsoportban elég gyakran (további 5 eset) láttuk azt is, hogy bár nem következett be az összes betegségi tünetek azonnali gyógyulása, már egyetlen beöntés után is nyomban szűnt meg a szék véres jellege. Ezek az esetek is még olyanok, amelyek a serum-beöntés közvetlen jó hatását bizonyítják.

A heveny colitisek enyhébb formái is jól reagáltak. Ide soroltam azokat, amelyek alacsonyabb hőemelkedéssel kevesebb és nem heves, de (2 kivételével) véres-nyákos székürítéssel jártak. Ilyen enyhébb eset volt 7, ezek közül 4 gyógyult azonnal, másik 2 is egyetlen serumbeöntés után hamarosan meggyógyult, csak 1 esetben láttuk 4 beöntés után fokozatosan visszafejlődni a tüneteket, ez azonban láztalan lefolyású volt.

Subacut (2—3 hetes) haemorrhagiás colitises betegünk mindössze 4 súlyos és 1 könnyű lefolyású volt. Ezeken a serumbeöntés hatása csakúgy, mint egy súlyos és egy könnyű chronikus esetben, kérdéses. Csupán egy esetben láttuk ezek közül, hogy a serumbeöntésre tüstént megszünt a szék véres jellege.

A serumos beöntéseket tisztító beöntés után adtuk oly módon, hogy 20 ccm vágóhídról szerzett lósavót 150 ccm langyos physiologiás konyhasóoldattal higítottuk. Ezt a betegek rendszerint néhány óráig könnyen tartották.

Természetes, hogy a betegek kezelésében nem mondtunk le azokról a gyógyszeres és diaetás eljárásokról sem, amelyek heveny colitis esetében indokoltak. Ezeknek esetleges gyógyító hatása véleményem szerint figyelmen kívül hagyható azokban az acut esetekben, amelyek a serumos beöntésre nyomban reagáltak. Az elhúzódó, vagy subacut-chronikus eseteink pedig amúgy sem alkalmasak savós beöntés gyógyhatásának bizonyítására.

A beteganyagot és az eredményt így áttekintve, azt hiszem, joggal mondhatom, hogy a *heveny haemorrhagiás lázas colitisek jelentékeny részében már egyszeri közönséges beöntés meglepő eredményű.* Ujból hangsúlyozom, hogy ezek az esetek túlnyomórészt heveny fertőző betegség képében jelentkeztek és jórészük vérhasnak tekintendő.

Ha a lósavós beöntés hatásának magyarázatát keressük, akkor számolnunk kell egyrészt általános, másrészt pedig helyi hatással. Tekintve, hogy a dysenteria ellen régóta alkalmazott immunsavók hatása legalább is kétsé-

ges, eleve valószínűnek látszik, hogy nem általános savóhatás szerepel. Nem hagyható azonban figyelmen kívül az a körülmény sem, hogy rectalisan adott savó eredeti alakjában felszívódásra juthat, s ekkor a parenteralisan adott serumhoz hasonlóan hathat. Ebben különbözik a rectalis bevitel a peroralistól, aminek egyik oka részben az lehet, hogy a portalis rendszer megkerülésével jut felszívódásra, a másik ok pedig az emésztés okozta denaturálás hiánya lehetne. Igy magyarázható *Lesné* és *Dreyfuss* kísérleti eredménye, akik rectalisan adott ovalbuminnal szemben tudtak állatokat sensibilizálni. Vagy *Smyth* és *Stallings* kísérletei, akik rectalis „reinjectió"-val tudtak távolról Prausnitz—Küstner-próbát kiváltani. Ezek a kísérletek ép nyálkahártyára vonatkoznak, még inkább indokolt beteg nyálkahártya átjárhatóságát feltételezni. *Hajós* sóoldattal előzetesen izgatva a végbél nyálkahártyáját, utána beadott tejjel tudott tejérzékeny asthmás betegen asthmát, borjú- és marhahús iránt túlérzékeny urticariás betegen pedig húskivonatok bevitelével urticariát kiváltani. A beteg bélnyálkahártya nagy szerepére vall *Withe* észlelete is, aki bélhurutos csecsemőkön 3-szor annyi ekzemát talált, mint egészséges bélrendszerűeken.

A savó felszívódását bizonyítja az a betegünk, aki a savós beöntés után polyarticularis fájdalmakat és hőemelkedéseket kapott, valamint két másik betegünk, akik kezelés után 8 és 10 napra serumbetegséget kaptak. Ezzel szemben úgy látszik, hogy ép nyálkahártyán keresztül a felszívódás nem számottevő. 5 esetben végeztünk Prausnitz—Küstner-reactiót oly módon, hogy savótúlérzékeny egyénből nyert savót adtunk az alkar bőrébe (intracutan 0.1 ccm) és 16 óra mulva savós beöntést; mind az 5 negatív eredményt adott. A controllképen intracutan végzett reinjectio positiv volt 3 esetben.

Figyelembe véve a lobos nyálkahártya fokozott áteresztőképességét, a colitises betegek serumkezelésének egyik következményeként számolnunk kell a lósavóval szemben kifejlődő túlérzékenységgel. 8 esetben végeztünk intracutan érzékenységi próbát lósavóval olyanokon, akik 1—3 hónappal azelőtt colitisük során savós beöntést kaptak. Ezek közül 2 adott positiv reactiót. Ezek az esetek, valamint a kezelés után észlelt serumbetegségi tünetek is figyelmet érdemelnek és felvetik azt a kérdést, indokolt-e colitises betegeket ilyen ártalomnak kitenni, illetve nem lehetne-e a túlérzékenység kifejlődését elkerülni. Ez azért lenne fontos, mert tudvalevően az összes currensen alkalmazott immunsavók lósavók, minthogy magas titerű immunsavó más állatból nehezen nyerhető. Talán a lósavó faji tulajdonságai magyarázzák azt, hogy sem emberi savóval, sem tejjel nem tudtunk colitises betegeken (beöntéssel) eredményt elérni.

Megfelelő eljárás lehetne, hogy savóérzékennyé vált betegnek (cutanpróba) huzamosabban adnánk ismételt kis savómennyiségeket subcutan. Ha azonban erről a körülményes eljárásról lemondunk, úgy kétségtelen, hogy a rectalisan lósavóval kezelt betegek egy részét alkalomadtán seruminjecióval (tetanus, diphtheria) serum anaphylaxiás ártalom érheti. Általában nem szoktak ennek a lehetőségnek nagyobb jelentőséget tulajdonítani, mert mind az irodalom adatai, mind egyetemi sebészeti klinikáinkról szerzett értesüléseim szerint — amelyeket ezen a helyen is hálásan köszönök — úgy látszik, hogy ritkaság számba mennek a serum anaphylaxiás rosszullétek. Igaz, hogy a pontos kórelőzményre legtöbben nagy súlyt vetnek; ezen adatok értékét a nehezen eruálható serumos beöntések lehetősége jelentékenyen csökkentené. E mellett figyelembe kell vennünk, hogy még a legenyhébb, klinikai tüneteket talán nem is okozó anaphylaxiás állapot is milyen mélyreható elváltozást okoz. (Vérfehérjék, májfunctio, stb.) Indokolt tehát, hogy a serum reinjectio ártalmát valamiképen elkerüljük. Elég nagy biztonsággal megelőzhető tudvalevően az anaphylaxiás ártalom, ha savóérzékeny betegnek savó injectiója (reinjectiója) előtt kis mennyiségű savót adunk subcutan. Vagy általánosítani kellene tehát ezt az eljárást, vagy pedig megjelölni azon betegeinket, akiknek első ízben savót adunk, hogy alkalom adtán minden kérdezősködés nélkül is azonnal láthassuk, hogy savót már kaptak és így óvó rendszabály szükséges.

A betegek megjelölésére alkalmasnak látszik az az eljárás, amelyet *Skuttka Árpád dr.*-ral a debreceni bőrklinikán próbáltunk ki. Kevés szénport helyezünk el ú. n. intravenás tű hegyére és ferdén vezetett szúrást ejtünk a bőrbe. Az ott visszamaradó szénrészecskék fekete pont alakjában mindig felismerhetők. Legalkalmasabb helynek a spina iliaca anterior superior látszik. Egy pont lósavót, két pont marhasavót jelent, amelyek szükség esetén egymás mellett is elhelyezhetők. Aligha okozna különösebb nehézséget, vagy költséget, hogy a gyári csomagolású gyógysavók mellé szénporba mártott parányi tampon legyen mellékelve, amelynek borítékán a kellő utasítás néhány szóval feltüntetendő. Az átmeneti években természetesen csakis a jelzés jelenléte bírna positív figyelmeztetés értékével, annak hiányában az eddigi óvó rendszabályok továbbra is fenntartandók lennének. Idővel nagy biztonságot jelentene sürgősen adandó seruminjectiók ártalmával szemben.

Ha el is fogadjuk azonban, hogy colitises egyének a serumos beöntés által sensibilizálódnak, hogy tehát szervezetüket általános savóhatás is érheti, mégis helyi hatásnak kell betudnom a jó gyógyeredményt. Miként előzetes közlésemben is jeleztem, a savós beöntésekkel történő kezelés gondolatát egy utólag tévesnek bizonyult feltevésből nyertem. *Kalk* szabályos sensibilizálás után kiváltott anaphylaxiás shoktól látott súlyos colitiseket gyógyulni, főleg ha a shok heves volt. *Dietrich* enyhébbé tette a beavatkozást, mert intramuscularis seruminjectiókkal végzett sensibilizálás után reinjectio helyett serumos beöntéssel váltotta ki a shokot. Azt gondoltam, hogy már a sensibilizálást is a serum helyi alkalmazásával — beöntéssel — érhetem el, a bélfalban localizált szöveti túlérzékenységet hozván létre, ismételt serumos beöntés alkalmával pedig ugyanoda korlátozott anaphylaxiás szöveti reactiót fogok kiváltani. Minthogy kiderült, hogy egyetlen serumos beöntés is azonnali gyógyító hatást fejthet ki azelőtt soha serumot nem kapott egyénen is, fajlagos antigen antitest hatásáról nyilván szó sem lehet. Ha tényleg antigen hatás szerepel, akkor az csakis nem specificus, parallergiás szöveti reactiót válthat ki a bélfalban. A lósavó, mint magas qualitású heterolog antigen, a minden valószínűség szerint bakterialis antigennel szemben túlérzékennyé vált bélfalban parallergiás reactiót vált ki, miközben annyira kimeríti a szövetek ellenanyagait, hogy azok specificus reactióképességüket is elvesztik.

Ezen feltevéssel több lényeges körülmény teljes összhangban van. A helyi szöveti reactio feltevése megmagyarázza, miért oly kevéssé hatásos a parenteralisan beadott serum. Hiszen nyilvánvaló, hogy testszerte eloszolván, a betegség helyére csak kevés jut. Feltehető, hogy a seruminjectiók olykor észlelt jó hatása is annak a csekély antigen mennyiségnek a hatásán alapszik, amely a beteg szövetekbe jutott. Érthető az is, hogy ilyen ellenanyag-kimerítés leginkább akkor érvényesülhet, ha a heveny allergiás szöveti reactio még nem vezetett lényegesebb másodlagos szöveti elváltozásokra, olyanokra, amelyek az eredeti (allergiás) ártalom megszüntével is tovább fennállhatnak. Ezen megfontolással jól egyezik azon tapasztalatunk, hogy a savós beöntés a heves acut jelenségek ide-

jén a leghatásosabb. Azt hiszem, hogy az adrenalin tartalmú csőrék hatása is helyesebb megvilágításba kerül feltevésem által. Az adrenalin csőrék alkalmazásának alapgondolata az volt, hogy az adrenalin, mint vasoconstrictor, csökkenti a gyulladásos vérbőséget és ezzel segíti a gyógyulást. Ezt a magyarázatot már azért is nehéz elfogadni, mert az anaemia nem tartós és utána fokozott bővérűség áll be. Kétségtelen jó hatását pedig nem egy esetben láttuk mi is heveny colitisben. Elfogadható magyarázatnak látszik, hogy az adrenalin azzal hat, hogy mint erős sympathicoton anyag, csökkenti a szövetek allergiás reactiokészségét, hasonlóan, mint asthma bronchialeban és más allergiás eruptiók eseteiben.

A savó gyógyhatásának ilyen magyarázata azonban kétségtelenül nehézségekbe is ütközik. Miként már a beteganyag ismertetésekor is említettem, a heveny, legjobban reagáló betegeink jórésze dysenteriásnak tekintendő. A helyzet tehát az, hogy feltevésem értelmében jól ismert bakterialis ártalom szünik meg — mind helyi, mind általános tünetek szempontjából — helyi parallergiás reactio kapcsán. Hangsúlyozom a feltételezett gyógyító reactio helyi jellegét, mert ily módon le kell mondanom azoknak az elméleteknek alkalmazásáról, amelyeket fertőző betegségekben az úgynevezett áthangoló eljárásokkal elért jó eredmények magyarázatára kigondoltak. Olyan értelmű szöveti áthangolásról, mint pl. tejinjectiók, vagy nem specifikus vaccinakezelés hatására feltételeztünk, amely tehát az omnicellularis védekezőképesség fokozását eredményezné, itt aligha lehet szó. Csakis azt tételezhetem fel, hogy a parallergiás reactio a szövetek helyi specificus allergiás reactioképességét meritik ki, minek következtében azok a bakteriumok által képviselt fajlagos antigenre sem tudnak reagálni. Ha ennek az az eredménye — már pedig kétségtelenül az — hogy a bakterialis fertőzés meggyógyul, úgy csakis azt tételezhetjük fel, hogy a kórokozóknak az életfeltételein rontottunk azzal, hogy megszüntettük az általuk kiváltott szöveti reactiót. Nem azt tételezem fel tehát, hogy a szövetek activ ellenállását, védekezését, immunanyag termelését fokoztam fel, hanem, hogy a kórokozó táptalaját változtattam meg. Szinte azt mondhatnám, hogy ezek szerint először következik be a gyógyulás és csak azután pusztulnak a kórokozók. Hasonló jelenség különben a pneumonia crouposa crisise, amelynek magyarázatát már jó ideje szintén allergiás eseményekben keresik. *Lauche* (Bonni pathologus) a felnőttkori typusos lobaris pneumoniák létrejöttét azzal magyarázza, hogy az infectio pneumococcussal már érintkezett és így azzal szemben allergiás szervezetet ér. Az allergiás szöveti reactio elsősorban nagy szervi exsudatióban áll, amely a kórokozót egyideig megvédi az immunanyagoktól és a phagocytáktól. Ezen magyarázat szerint is tehát a kórokozók szaporodása és életképessége egyenesen attól az allergiás szöveti reactiótól függ, amelyet a behatolás helyén kivált.

Utalhatok bizonyos megszorításokkal természetesen, a gümőkór egyes kórformáira, változó lefolyásaira, amelyről tudjuk, hogy nagymértékben függ a szervezet allergiás állapotától. Bizonyára nagy különbséget kell tennünk az egész szervezetnek és valamely körülírt területnek allergiás tulajdonságai között, úgyszintén az antigen kórokozó sajátságai közt is. De feltételezhető, hogy döntően mégis a megbetegedett szövetek helyi allergiás reactioképessége érvényesül.

Elméletem talán kevéssé látszik megalapozottnak. Azért tartottam mégis megengedhetőnek, hogy kissé részletesebben indokoljam, mert tovább fűzve a gondolatmenetet — már csak a theoria helyességének újabb bizonyítékát is keresve — felvetődik az a kérdés, nem lehetne-e hasonló eljárással analog szöveti elváltozásokat kedvezően befolyásolni. Olyan betegség, amelynek létrejöttében allergiás szöveti reactiónak nagy jelentőséget tulajdoníthatunk, elég nagy számmal van. Olyan, amely helyi kezelésnek hozzáférhető lenne, viszont kevés. Kisérlet céljára leginkább a bőr allergiás elváltozásai látszottak alkalmasnak. *Neuber* professzor szives volt néhány eccemás beteget ezen célból rendelkezésemre bocsátani és ellenőrizni. Még csak néhány — sajnos, jórészt igen chronikus — esetben alkalmaztunk az eccemas bőrterületre lósavós fürösztést, minden más kezelés nélkül. Kétségtelen, hogy több éves alszár eccema is javulást mutatott. Egyetlen heveny esetünk pedig feltünő gyorsan gyógyult.

Szó sincs arról, hogy néhány kedvező impressióból nagyarányú következtetést vonjak. Ha azonban nagyobb anyagon szerzett tapasztalatok a helyi savókezelés eredményes voltát igazolnák allergiás bőrbetegségekben, úgy más szervek helyi reactiókészségének kimerítésére irányuló kisérletek legalább is jogosultnak látszanának.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudomány Egyetem gyermekklinikájának (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár) és elme- és idegklinikájának (Igazgató: Schaffer Károly ny. r. tanár) közleménye.

Csaknem rendes liquorlelettel járó gyermekkori kisagyi daganatok.

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

A gyermekkori agydaganatok elkülönítése a daganatnélküli egyszerű hydrokephalusoktól igen sok esetben nehéz. Eseteink egy sorozatában úgy látszott, hogy az elkülönítéshez igen értékes adatot szolgáltat a liquor vizsgálata. Daganatok, s különösen kisagyi daganatok esetében ugyanis a lumbalis liquorban általában nagyobb fehérjeérték szokott lenni, ennek megfelelően positivak a fehérjereactiók, az összesfehérje mennyiség nagyobb 0.30‰-nél, ezenkivül kóros a colloidalis görbe s egyes esetekben nagyobb a sejtszám. Van azonkivül még egy liquor-jel, amire gyermekkori esetekben *Kiss* és *Horányi* is rámutatott, nevezetesen, hogy a lumbalis és ventricularis liquor között — különösen hátsó gödri daganatok esetében — a fenti szempontból nagy különbség van. Amíg ugyanis a lumbalis liquor a fenti értelemben kóros (nagy fehérjeérték, positiv fehérjereactiók, kóros colloidalis görbe, néha nagyobb sejtszám), addig a ventricularis liquor minden szempontból rendes, sőt a fehérjetartalom a szokottnál alacsonyabb is.

Sajnos, amint az alább közlendő esetekből kiderül, a liquor vizsgálata sem minden esetben segít az agydaganatok és a daganatnélküli egyszerű hydrokephalusok közötti elkülönítő kórhatározásban. Vannak ugyanis olyan kisagyi daganatok, melyek úgyszólván teljesen ép liquorlelettel járnak, sőt amelyeknél a lumbalis és ventricularis liquor összehasonlító vizsgálatakor sem lehet értékelhető adatot kapni az elkülönítő kórjelzés számára.

Ilyen esetek voltak az alábbiak:

1. *B. J.* 7 é. fiút 1935. február 12-én vettük fel a gyermekklinikára. Előzmény: családi anamnesis negatív. Semmilyen heveny fertőző betegségen nem ment át. Jelen betegségére vonatkozólag anyja előadja, hogy 3 hónap óta nagy fejfájása van, sokat szédül, imbolyogva jár, kettősen lát. Gyakran van hányingere, székrekedése. Jelen állapot: közepesen fejlett és táplált; a tüdő, szív és hasi szervek vizsgálata eltérést nem derít ki. Tuberkulinreactio positiv, vérserum Wa. r. negativ, vérkép: vvssz: 4,560.000, haemoglo-

bin 93%, fvs. 7,200, minőségi kép: neutr. segm.: 46%, st.: 2 %, Eo.: 6%, Lymph.: 40%, Mo.: 6%. Vörösvértest süllyedési gyorsasága 2 óra. Vérnyomása 97/65 Hg. mm. Vizeletben kóros nem mutatható ki. Láztalan, pulsusa 70—80 között ingadozik.

Ideggyógyászati lelet: Feje minden irányban szabadon mozgatható, tarkómerevség nincs, fejtartása rendes, oldaleltérést nem mutat. Mindkét nervus occipitalis major, mindkét trigeminus első ága és a bal trigeminus második ágának kilépési pontja nyomásra érzékeny. Jelentősebb oldalkülönbség nélkül. Egészen körülírt kopogtatási érzékenység a bal frontalis vidék táján, ez a terület megfelel a squama temporale és a trigeminus első ágának érzési határa metszés pontjának. Ez a terület kb. 1 pengő kiterjedésű és többszöri vizsgálatkor is mindig megtalálható. A fej egyéb területei beleértve a squama occipitalét is, kopogtatásra nem érzékenyek. *Pupillák:* a bal valamicskével tágabb mint a jobb, fényre, convergentiára és alkalmazkodásra jól reagálnak. A szemrések egyenlők. A cornea-reflexek egyenlők, rendesek. *Trigeminus:* türe és ecsetre értékelhető eltérést nem mutat. Motoros V. szintén ép. *Szemmozgások:* mindkét irányú tekintéskor az abducens által beidegzett izom kissé visszamarad, bal oldalt inkább, mint jobb oldalt, azonban biztosan értékelhető szemizombénulás nem állapítható meg, minthogy a gyermek kivétel nélkül minden irányban kettős képeket lát. *Facialis:* homlokráncolás, szemek összeszorítása, fogak mutatása, arc fölfúvása és ajkak csücsörítése mindkét oldalt egyenlő s jó erővel történik. *Hypoglossus:* a nyelv kiöltéskor nem deviál, jobbra és balra jól mozog. A lágyszájpad phonatiókor jól mozog. *Nystagmus:* kóros nystagmus mind balra, mind jobbra nézéskor, jobbra erősebb mint balra. Egyenesen előretekintéskor nystagmus nincs. *Olfactorius:* csukott szemmel mindkét orrnyílást külön vizsgálva a narancs, citrom, alma, rum, ecet, csokoládé szagát egyaránt jól megérzi. *Szemfenék:* mindkét oldalt pangásos papilla (vizenyő a látóidegfőn, prominentia mindkét oldalt kb. 3 dioptria). *Hallás:* az óra ketyegését mindkét oldalt hallja, bal oldalt állítólag jobban. *Végtagok tonusa:* mindkét oldalt egyenlő, rendes. *Motilitás:* kézszorítás, könyökhajlítás, felkaremelés, térdhajlítás csípőhajlítás, jobb oldalt, bal oldalt egyforma, rendes. *Reflexek:* biceps, patella és Achilles reflexek kiválthatók, biztos oldal-különbséget nem mutatnak. Achilles reflexnél mindkét oldalt kis clonus hajlandóság. Has és cremaster reflexek mindkét oldalt egyenlők, rendes erősségüek. *Babinski:* egyik oldalon sem váltható ki biztosan. (Bal oldalt egyszer gyors dorsalflexio). *Oppenheim:* bal oldalt a tibialis anterior inának megfeszülése, jobb oldalt az öreg újj dorsalflexiója. Rossolimo, Mendel-Bechterew mindkét oldalt negatív. *Érzésvizsgálat:* türe és ecsetre a végtagokon és a törzsön értékelhető kiesés nincs. Mozgási érzés mindkét kéz mutató ujjának harmadik izületében és mindkét láb öreg ujjának második izületében vizsgálva kiesést nem mutat. *Coordinatio:* diadochokinesis jobb oldalt is, baloldalt is jó, ujj-orr-próba jobb oldalt, bal oldalt egyenlő, jó. *Romberg:* határozottan positiv, biztos oldal-különbség nélkül. Hyptokinesis negatív. *Járás:* határozottan ataxiás s a megadott érzés szerint, *a dőlés iránya jobboldali.* Bárány-kísérletkor spontán félremutatás nincs. *Bradyteleokinesis:* mindkét oldalt negatív. Csukott szem mellett egyenesen előrenyújtott karok: a bal csuklóban következetesen flexio mutatkozik, ezenkívül csekély „Abweich-reactio". Hosszabb idő múlva mindkét kar „Steigetendenz"-e, talán jobb oldalt valamivel kifejezettebb. „Lagebeharrung": jobb oldalt egyenlő bal oldallal, positiv. *Hyperflexiós tünet:* bal oldalt gyakran, de nem mindig positiv, jobb oldalt csak néha. „Stütz-reactio": mindkét karon és mindkét lábon negatív. „Paradoxe Beugereaction": mindkét oldalt negatív. Kernig és pseudokernig: mindkét oldalt negatív. „Grundversuch" jobbra és balra negativ. „Stellreflexek": sem a fej forgatása, sem a karok, kifelé rotálására nem válthatók ki. Tonusos nyaki reflexek sem bal, sem jobboldali fejforgatásra nem válthatók ki. *Imitatiós kisérlet:* bal oldalt a lábat magasabbra helyezi, de a sensoros controll nem kóros, jobb oldalt negativ. *Pronatiós tendentia:* bal oldalt kissé, jobb oldalt határozottan positiv.

Gerinccsapolás: (fekvő helyzetben óvatosan végeztük): Víztiszta liquor. Pándy negativ, Nonne Apelt negativ, Weichbrodt negativ, összfehérje: 0.18 ezrelék, sejtszám: 3, cukor 53.5 mgr. %, colloidalis benzoe: 1—3-ig nincs kiesés, 4—8-ig teljes kieseés, 9-ben fél kiesés, 10—16-ig nincs kiesés. Wa. próba negativ, Meinicke: negatív, Kiss: negatív. Echinococcus complement-kötési reactió: negatív.

Kórlefolyás: Feltünik, hogy sokat alszik és majdnem mindig a bal oldalán fekszik. Gyakran panaszkodik fejfájásról, és elvétve egy-egy nagytömegü hányása van, szédszoru ásos. Elvégezzük a luminal próbát (Hoff-Schönauer): 0.08 gr. luminalt adtunk i. m. és két-három percenként ellenőrizzük a tüneteket, úgymint a nystagmust félremutatást, Romberget, járáskor mutatkozó ataxiát, imitatiós, pronatiós kisérleteket, „Grundversuch"-t, „Stellreflexe"-eket. Megállapitottuk, hogy talán a nystagmus mutatott az első percekben csekély fokozódást, azonban ez sem volt értékelhető, mert ha a gyermeket felültettük, a nystagmus már ennek következtében is fokozódott. Egyébként a fentemlített próbák luminál előtt és után semminemü különbséget nem mutattak. 1 hónapi klinikai tartózkodás után (III. 12-én) az ideggyógyászati lelet a következő: a fej minden irányban szabadon mozgatható, a bal frontalis tájon változatlanul megvan a körülírt kopogtatási érzékenység, a koponya egyéb helyeken nem érzékeny. A pupillák fényre és alkalmazkodásra elég kis kitéréssel reagálnak. Szemfenék: a pangás mindkét oldalt 5 dioptria körül. Szemmozgások: jobbra, balra tekintéskor az abducensnek megfelelően nem áll be a végállásba, a visszamaradás jobb oldalt erősebb. Jobb, bal irányban egyaránt kettős képeket ad meg. Egyenesen előre nézéskor kettős képek nincsenek. A convergentia is valamivel gyengébb. A bal oldali szemrés valamivel tágabb, továbbá a bal szemen kisfokú exophthalmus van (ptosis jobb oldalt). A facialis mindhárom ágát jól idegzi be, nystagmus mindkét oldalnézéskor van, balra erősebben, mint jobbra. Cornea-reflexek biztos különbséget nem mutatnak. Trigeminus: motoros ép, érző türe és vattára értékelhető eltérést nem mutat. A velum beidegzése mindkét oldalt jó. Hypoglossus: a nyelv kiöltéskor nem deviál. Olfactorius: a narancs, citrom, ecet és rum szagát bal oldalt következetesen gyengébbnek érzi. A végtagok tonusában eltérés nincs, paresis nincs, a biceps reflexek rendesek, a triceps reflexek nem válthatók ki biztosan. A patellareflex bal oldalt gyengébb mint jobb oldalt, az Achillesreflex bal oldalt erősebb, mint jobb oldalt. A hasreflexek jobb oldalt mindhárom etageban gyengébben válthatók ki, mint bal oldalt. Babinski, Oppenheim, Rossolimo, Mendel-Bechterew mindkét oldalt negatív. Az érzésvizsgálat eltérést nem derit ki. Diadochokinesis, ujj-orr-próba mindkét oldalt jó. Csukott szem mellett egyenesen előre nyujtott karok kisfokú jobbra térülést mutatnak, néha a bal kéz erősebben jobbra tér, ugy hogy convergentia jön létre, néha azonban a jobb tér ki erősebben. Romberg erősen positiv, biztos irány nélkül. A járás igen ataxiás, biztos oldalirány nélkül.

I. 14-én *ventriculographiát* végeztünk: a ventriculus punctióval kapott liquor vizsgálata: Pándy negativ, Nonne Apelt negativ, Weichbrodt negativ, összes fehérje a bal ventriculusban 0.14 ezrelék, jobb ventriculusban 0.12 ezrelék, a cukor a bal ventriculusban 57.5 mgr. %, a jobb ventriculusban 61 mgr. %, a sejtszám a bal ventriculusban 0, a jobb ventriculusban 1. Colloidalis benzoe görbe: bal ventriculus: 1-ben nincs kiesés, 2—3-ban fél kiesés, 4-ben nincs kiesés, 5—6-ban fél kiesés, 7—16-ig nincs kiesés. Jobb ventriculusban 1—5-ig nincs kiesés, 6-ban fél kiesés, 7—16-ig nincs

A liquor lebocsátása után váratlanul látszólag diploevérzés indul meg, úgy hogy beavatkozást meg kellett szakítanunk és a levegő befuvást mellőznünk kell.

Ha a vizsgálatok eredményeit összegezzük, elsősorban az általános agynyomásfokozódás tünik előtérbe, ami a bentlét alatt erősbödött (a pangás 3 dioptriáról 5-re emelkedett, a fejfájás és a hányás is súlvosbodott). Ezen tünet értékelése gyermekkorban meglehetősen nehéz, mert oka lehet daganat is, meg daganatnélküli egyszerű hydrokephalus is. Ha a régebbi tapasztalatainkat vettük volna alapul, akkor a lumbalis liquor adatait (negativ fehérjereactio, alacsony összesfehérjeérték, kis sejtszám, a colloidalis benzoe görbének csak a zona mediájában levő kiesése) úgy kellett volna értékelnünk, mint amelyek agydaganat ellen szólnak. Ugyancsak agydaganat ellen szóltak a lumbalis és ventricularis liquor adatainak összehasonlítása is. Régebbi megfigyeléseinkben ugyanis, mint említettük, hátsó koponyagödri daganatok esetében a lumbalis liquor és a ventricularis liquor között fehérietartalom, sejtszám és colloidalis benzoe görbe tekintetében határozott különbségek vannak, ebben az esetben azonban a két liquorfajta között értékelhető különbséget nem találtunk. A kérdés tisztázásához tervbevett ventri-

culographiát a ventriculuspunctiókor támadt erős diploevérzés miatt nem végezhettük el, ugyancsak mellőzni kellett a daganatra gyanus agyterület diagnostikus punctióját is, mert a gyermek a beavakozásokat és különösen a narkosist rosszul türte.

Ha a neurologiai tüneteket igyekezünk a localisatio szempontjából felhasználni, akkor a következőket összegezhetjük. A bal frontalis tájon körülírt kopogtatási érzékenység, baloldalt hyposmia, jobboldalt enyhe pyramis bántalomra utaló tünetek, positiv Romberg, járáskor ataxia, s inkább jobbra dőlés, nystagmus jobbra és balra. E tünetek létrejöhetnek ugyan hydrokephalus esetében is, de a körülírt, következetesen megtalálható kopogtatási érzékenység a bal frontalis tájon, a baloldali hyposmia, továbbá a két ventricularis liquor eltérő benzoe görbéje együttesen inkább daganatra terelték a gyanut. A kétoldali abducens paresis csak mint általános nyomásfokozódási tünet értékelendő. A Romberg, a járáskor inkább jobbradőlés, a járási ataxia, félremutatással egyenlő értékű „Abweich-reactio" jobbra úgy értékelendők, mint a fronto-ponto-cerebellaris rendszer bántalmazottsága és vagy a jobb kisagy, vagy a bal frontalis táj elváltozására mutathatnak. A jobboldali pyramis tünetek ugyancsak baloldali tumorra vallanak. A bal frontalis localisatio tehát egyszerűbben megmagyarázza a jobboldali pyramistünetekkel együtt jelenlévő jobbradülést és jobbra irányuló félremutatást, mint a jobb kisagyi localisatio, mert ebben az esetben a pyramistüneteket baloldalt várnók. A bal frontalis localisatiót támogatja még a baloldali hyposmia és a bal frontalis fölötti kopogtatási érzékenység, azonkivül a bal ventricularis liquor benzoe görbéjének kóros volta. A kisfokú baloldali szemdülledtség szintén a bal frontalis localisatio mellett szól. A frontalis és kisagyi localisatio elkülönítésére szolgáló luminalpróba negativ volt, ami ugyancsak a frontalis localisatio mellett szól. A frontalis localisatio mellett szól továbbá az ú. n. „Dreh-reactiók" negativ volta is. A spontán főfájások is állandóan a homloki tájon jelentkeztek, baloldalon erősebben, mint jobboldalon. A gyermek mindig a baloldalán fekszik.

Minthogy az agynyomási tünetek, az általános állapot, továbbá a látás állandóan rosszabbodtak, műtétet javaltunk. Mikor a műtét közben még csak a műtét csontrészénél tartottak, a beteg vérnyomása hirtelen lesüllyedt, légzése megszünt és pár perc alatt minden beavatkozás ellenére beállt a halál.

A boncolás agyi lelete: lágy, kenőcsszerű daganat, mely a kisagy vermiséből indul ki, annak azonban aránylag nem nagy részét foglalja el. A daganat a IV. agykamrát teljesen kitölti, behatol az aquedustus Sylviibe úgy, hogy a mesenkephalonon át vezetett metszéslapon az aquaeductusból daganatszövet buggyan ki. Szövettani kórjelzés: ependymoblastoma.

2. eset. *Sz. T.* 10 é. leány beteget 1935. V. 1-én vettük fel a gyermekklinikára. *Anamnesis:* családi előzmény negatív. 3 éves korában bárányhimlőn ment át. Jelen betegségére vonatkozólag anyja előadja, hogy 2 hónapja veszik észre, hogy a gyermek írása romlik, felfelé ír, nem tud egyenes vonalat húzni, evés közben az evőeszközt kiejti, járása elromlott, feje gyakran fáj.

Jelen állapot: mellkasi és hasi szervek felett physikalis vizsgálattal eltérést nem találunk. Tuberkulin reactio negativ. Vérserum Wa r. negativ. *Vérkép:* vvssz.: 4.160.000 haemoglobin 95%, fvssz.: 10.700 minőségi vérkép: neutr. segm.: 66%, ju.: 1%, Eo.: 3%, Lymph.: 28%, vörösvérsejt süllyedési gyorsaság 1 óra 10 perc. Vizeletvizsgálat kórosat nem derít fel.

Ideggyógyászati lelet: A fej minden irányban szabadon mozgatható. A két nervus occip. major kilépési helye nyomásra enyhén érzékeny, egyéb rendellenes nyomási vagy kopogtatási érzékenység a fejen nincs. Pupillák: bal oldalt valamivel tágabb, mint jobb oldalt, a közepesnél valamivel tágabbak, fényre, alkalmazkodásra és convergentiára mindkét oldalt jól reagálnak. Szemmozgások szabadok, bal oldalnézéskor nystagmus, jobb oldalon csak néhány nystagmusforma rángás. *Szemfenék:* igazi pangásos papilla nincs, jobb oldalt a papilla környéke vizenyőre gyanus, de a mérhető prominentia csak ½—1 dioptria, bal oldalt vizenyő nincs, prominentia nincs. Cornea-reflexek mindkét oldalt gyengék, biztos oldalkülönbség nélkül. Szemrések egyenlők, exophthalmus nincs. Trigeminus motoros: száj nyitásakor az alsó állkapocs nem deviál, érző: türe és ecsetre biztos kiesést nem mutat. Gyakran érzi mindkettőt jobb oldalt erősebben, ha egyáltalán jelez különbséget, mindig ebben az értelemben, különösen az első ág területén. *Facialis:* a homlokráncolása, szemek zárása, fogak mutatása mindkét oldalt egyformán jó. *Hypoglossus:* a nyelv kiöltésekor nem deviál, jobbra és balra jól mozog. A velum mindkét oldalt jól mozog. *Acusticus:* az óraketyegést mindkét oldalt egyformán jól hallja. *Végtagok tonusa:* jobb oldalt, akár bal oldalt, s eltérést nem mutat. Trophiás zavarok nincsenek. *Motilitás:* kézszorítás, könyökhajlítás és feszítés, felkar emelés mindkét oldalt egyformán jó. Csípőhajlítás és kisfokban térdhajlítás m. o. csökkent, csipőfeszítés, térdfeszítés, lábak dorsal és plantarflexiója mindkét oldalt jó. *Reflexek:* Biceps, patella és Achilles reflexek jobb o. egyenlő, bal o., igen élénkek. Babinski, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Rossolimo mindkét oldalt negatív. Érzés türe és vattára értékesíthető kiesést nem mutat. Diadochokinesis mindkét oldalt rosszabb, mint rendesen, a bal oldalt valamivel még ügyetlenebb. Ujj-orr- és térd-sarok próbakor jelentős bizonytalanság (ataxia). Ujj-orr-próbakor néha mindkét oldalt balra mutat féire. Romberg határozottan positiv, a dölés biztos oldal irányt nem mutat, a fej jobbra és balra forgatásával néha jobbra, ill. balra lehet irányítani a dőlést. Járása erősen ataxiás. Egyenesen előre nyújtott karok: mindkét oldalt „Sinktendenz"-et mutatnak, jobb oldalt erősebben, mint bal oldalt. Néha kisfokú „Abweich"-reactio bal felé. Hasreflexek mindkét oldalt megvannak, de mindkét felső és a bal középső etageban hamar kimerülnek. Hyperflexiós tünet mindkét odalt negatív. Imitatiós kisérlet: mindkét oldalt magasabbra helyezi a lábat, de a sonsoriás controll helyes. Pronatiós tendentia bal oldalt positiv, jobb oldalt jelzett. Fényes-Kiss féle paradox csipő-rotatiós tünet mindkét irányban negativ. „Steil-reflexek" fejről negativak. „Grundversuch" mindkét irányban jelzett.

Óvatosan elvégzett *lumbalpunctiókor* víztiszta liquort kapunk. Pándy: negativ. Nonne Apelt: negativ, Weichbrodt: negativ, összesfehérje: 0.32‰, sejtszám: 5, cukor 51 mgr%, colloidalis benzoe görbe: 1—5-ig nincs kiesés, 6—8-ig teljes kiesés, 9—16-ig nincs kiesés. Wassermann-reactio: negativ. Meinicke: negativ, Kiss-reactio: negativ. *Kórlefolyás:* láztalan, pulsusszám: 60—80 között váltakozik, naponta fejfájásról panaszol, hány, szorulásos, az ismételten végzett szemfenékvizsgálat mindig a fentivel megegyező. V. 14-én enkephalographiát végeztünk. A levegő subarachnoidealisan helyeződött el, a kamrarendszer nem telődött.

Az elkülönítő kórjelzés szempontjából vermistumor, vagy egyszerű hydrokephalus internus került szóba. Addigi tapasztalataink szerint a liquor viselkedése (negativ fehérjereactiók, a rendes összesfehérjetartalom felső határán levő fehérjeérték, rendes sejtszám, rendes colloidalis benzoe görbe) daganat ellen, illetve nem daganatos hydrokephalus internus mellett lett volna értékelendő. S éppen ez az adat volt az, aminek alapján a ventriculographiát, — amely, amint az általánosan ismeretes, egyszerű hydrokephalus internusokban igen veszélyes — nem mertük elvégeztetni. Azonban annak alapján, hogy a beteg csaknem 3 hetes klinikai tartózkodása alatt a fentebb leírt tünetek — a szemfenéki lelet kivételével — állandóan súlyosbodtak, nagyon is számolnunk kellett a vermis-daganat lehetőségével és épen ezért a vermis kórtisztázó punctiójára határoztuk el magunkat. A csapolás ezt a gyanut megerősítette, u. i. a vermisből kb. 10—15 ccm borostyánkőszínű híg, átlátszó folyadékot szívtunk

ki, melynek tumoros eredetét nagy fehérjetartalma (6.03 %) azonnal igazolta. A VI. 6-án elvégzett műtétkor a vermist daganatosnak találjuk és nagy részét el is távolítjuk. A kimetszett részek szöveti vizsgálata sarkomát derített ki.

3. eset az 1. számú esetünkhöz teljesen hasonló volt. *H. Gy.* 7 éves fiu, akit dr. Haitsch Emil és dr. Angyal Lajos kérésére vettük fel mütét céljából a gyermekklinikára. A liquorlelet ez esetben is csaknem rendes volt. A daganat ugyancsak a negyedik agykamrát kitöltő és szövettani vizsgálatban szintén igen rossz vérellátású *ependymomának* bizonyult.

A fenti három gyermekkori agydaganat esetét azért tartottuk egyrészt közlésre érdemesnek, mert ezek is mutatják, milyen diagnostikai nehézségek vannak a gyermekkori agydaganatok és nem daganatos egyszerű hydrokephalusok elkülönítésében s a kórhatározásban néha mennyire nem segítenek a liquor adatai. Megszoktuk általában azt, hogy különösen kisagyi daganatok esetén a lumbalis liquor kórosan elváltozott: positivek a fehérjereactiók, nagyobb az összesfehérjetartalom, nagyobb a sejtszám, kóros a colloidalis görbe; megszoktuk ezzel szemben, hogy a már megnyugodott nem daganatos egyszerű hydrokephalusok esetében a liquor a rendestől eltérést mutat. Fenti 3 esetünk azonban rámutat arra, hogy *kisagyi daganat lehetőségét nem zárhatjuk ki rendes, vagy a rendestől csak a colloidalis benzoe görbében kissé eltérő liquorlelet alapján.* Hiszen fenti eseteink közül kettő a IV. kamrában lévő puha, szinte szétfolyó ependymoblastoma volt, a harmadik eset pedig kisagyi sarkoma s mégis sem a sejtszám, sem az összesfehérjetartalom nem tért el a rendestől.

Az irodalomnak erre a kérdésre vonatkozó adatai még nem régen egyértelműen hangoztatták *(Kafka, Demme* stb.), hogy a koponyaürbeli liquorrendszernek a gerincvelőtől való elzárása pl. kisagyi tumorok esetén a lumbalis liquorban az u. n. kompressiós syndromához („Sperrliquor") vezet. Analogiába állították ezt a jelenséget a *Froin-Nonne*-féle syndromával, amelyet mint ismeretes gerincvelőtumorok alatti lumbális liquorban észlelhetünk. Ilyenkor aránylag csekély sejtszámemelkedés mellett igen erős fehérjeszaporulatot, esetleg xanthochromiát is észlelhetünk. Ennek magyarázatára felveszik, hogy az elzáródás alatti gerincvelő subarachnoidealis réseiből a liquor hovatovább felszívódik, ezáltal mintegy vacuum keletkezik, ez az erekre izgató hatást fejt ki, aminek következtében a vérserum fehérjéinek átbocsátása jön létre. Csakhogy *Vivado* és *Kaplan* (1932.) kimutatták, hogy közvetlenül az elzáródás helye *fölötti* liquor ugyancsak mutatja a *Froin-Nonne* syndromát, míg ugyanakkor a cisternalisan vett liquor normalis összetételű. Nem kereshetjük tehát a liquor megváltozásának okát az elzáródás következtében beállott mechanicai tényezőkben. Ujabban pedig *Fremont-Smith, Glettenberg, Bannwarth* közleményei felhívják a figyelmet arra, hogy egyrészt a gerincvelői liquor-út teljes blokádjákor, pl. kisagyi tumorok esetén, csaknem rendes lumbális liquort találhatunk, (2. sz. esetünk), másrészt a liquor passage teljes sértetlensége mellett is észlelhetünk súlyosan elváltozott lumbalis liquort. *Bannwarth* érdekes cikkében ennek okával is foglalkozik és arra az eredményre jut, hogy azok a tumorok változtatják meg a liquor összeételét, amelyek akár a külső (subarachnoidealis), akár a belső (ventrikularis) liquorral *közeli vonatkozásba* kerülnek, tekintet nélkül arra, hogy a liquorpassage-ban okoznak-e zavart, vagy sem. A mi 2. esetünkben enkephalographiás úton tudtuk bizonyítani a passage-zavart: a lumbálisan bejuttatott levegő subarachnoidealisan helyezkedett el, de a foramen Magendie elzáródása folytán a kamrarendszerbe nem tudott bejutni; ennek dacára a liquorban kóros elváltozások nem voltak jelen, nevezetesen hiányzott az u. n. elzáródásos liquor („Sperrliquor") képe. Sokkal nehezebb 1. és 3. esetünk értelmezése, hiszen itt a 4. agykamrát kitöltő lágy kenőcsszerű daganat a belső liquorrendszerrel a legszorosabb vonatkozásban állott s a liquor mégis normális volt. Ha föl is tételeznők, hogy a foramen Magendie valamilyen okból létrejött elzáródása a közlekedést a külső és a belső liquorrendszer között megszüntette és a külső liquor ezért volt rendes, akkor is megmagyarázhatatlanul maradna az a tény, hogy az 1. sz. esetben úgy a jobb, mint a bal oldali *agykamra* liquora ventriculuscsapolásnál lényegében rendesnek találtatott. Látjuk tehát, hogy a *Bannwart* által említett tényező egymaga nem tudja az agydaganatok esetén található liquor leleteket kielégítően megmagyarázni. Nyilván jelentőséget kell tulajdonítanunk eddig ismeretlen körülményeknek is. Igy pl. arra is gondolnunk kell, hogy a daganat vérellátása *is* játszhat ebben a kérdésben nem éppen lényegtelen szerepet. Erre utal, hogy mindkét ependymoma (ill. -blastoma) esetünk daganata feltünően rossz vérellátással rendelkezett. Valószínű, hogy itt a feltételek egész sorozatáról van szó, amelyeknek együttes ismerete fogja majd a daganatos liquorkép megértését lehetővé tenni.

Irodalom: *Fremont-Smith:* Arch. of Neurol. 27. l. (1932). *Glettenberg:* Dtsch. Z. Nervenheilk. *136.* (1935). *A. Bannwarth:* Arch. f. Psych. *104.* (1935). *Vivado és Kaplan:* Rév. Méd. Chil. *60.* (1932.) cit, Bannmarth.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor ny. r. tanár).

Az üregi osteomákról.

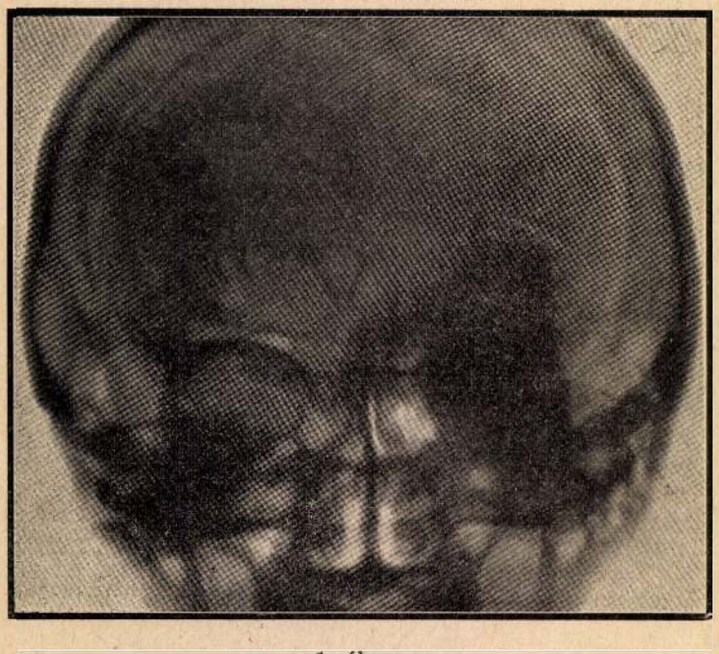
Irta: *Matolcsy Tamás dr.* egyetemi tanársegéd.

Üregi (cavitaris) osteomák alatt azokat a jóindulatú csontdaganatokat értjük, amelyek a koponya csontjaiból fejlődve, annak valamely üregébe boltosulnak be. Ilyen értelemben beszélünk homloküregi, ékcsont és állcsont-üregi osteomákról.

Az üregi osteomák keletkezése eddig még tisztázatlan, amennyiben egyes szerzők ébrényi porcok maradványaiból, mások csonthártyából származtatják. *Virchow* a homloküregi osteomákat kifejezetten diploé eredetűnek (enosteomáknak) tartja. *Arnold* vizsgálatai alapján, aki még a hat éves korban is talált a rostacsontban porcszigeteket, közelfekvőnek véli, hogy ezek a daganatok inkább visszamaradt porccsirok leszármazottjai, noha azok növekedésében nem kétséges a csonthártyának csonttermelő szerepe. Ezzel szemben áll *Sappay, Dolbeau, Fetisoff* feltevése, akik ezeket az osteomákat éppen úgy, mint exostosisokat tisztán csonthártya eredetűeknek tartják.

A periostalis, illetve perichondralis elcsontosodás mellett szól a daganat széli részének lemezes szerkezete, míg a velőüreg sugaras elrendeződése, amely rendszerint szivacsos nyél útján összeköttetésben van az anyacsonttal, inkább az endochondralis csontosodás bizonyítéka. Az osteomák különböző szerkezetét magyarázza az, hogy ha a velőüreg gyorsabban képződik, akkor inkább szivacsos alak fejlődik, míg ha a velőüreg körkörös, lemezes lerakódás útján telődik meg, akkor a daganat elefántcsont rajzolatot kap. Szerkezetük szempontjából ezek szerint *Berlin* megkülönböztetett a porcos és szivacsos csontállomány mellett még cellularis, semicartilagineus, eburneált és vegyes alakot is.

Az üregi osteomák kórisméjének felállítása az esetek legnagyobb százalékában nem tartozik a könnyű feladatok közé. Ennek oka abban keresendő, hogy növekedésük közben különböző tüneteket idézhetnek elő. Egyik esetben, mint fájdalmatlan lassan növő terimenagyobbodás jelentkezik, míg máskor hirtelen heves fájdalom kíséretében fellépő sinusitist okoz azáltal, hogy valamelyik melléküreg kivezető nyílását elzárva váladékpangást hoz létre. Nem ritka az a megjelenési alakja sem, amikor a daganat az orbita üregét megkisebbítve a szem kidülledését (exophthalmus) idézi elő, mint bevezető tünetet.



1. ábra.

Az üregi osteomáknak annyira tarka klinikai megjelenési alakja mellett a kórisme tisztázására legalkalmasabbnak kétségtelenül a röntgenfelvétel bizonyult. A koponya röntgenfelvételeinek értékelése általában nem könnyű, az üregi osteomák azonban kivételt képeznek. Ennek az oka nemcsak a mai szerkezeti és több irányból beállított röntgenfelvételek tökéletessége, hanem az a szerencsés körülmény is, hogy a koponyacsont osteomái tömörségüknél fogva éles röntgenárnyékot adnak, amit még fokoz az üregekben levő és a daganatot körülvevő levegőréteg is. A kórisme helyes felállítása mellett sokkal nehezebb viszont annak eldöntése, hogy vajjon az osteoma melyik üreg falából indul ki. *Verebély* szerint ennek tisztázása rendszerint csak a műtét kapcsán lehetséges. Esetei közül egy alkalommal pl. az exophthalmust előidéző osteoma teljesen azt a látszatot keltette, mintha a szemüreg falából indult volna ki, pedig a műtét kapcsán kiderült annak ethmoidalis eredete. A lassan fejlődő daganat maga előtt tolta a szemüreg sorvadt, papirvékony falát és csak annak az eltávolítása után tünt elő az osteoma felszínét borító periostalis burok a submucosus kötőszövet és a melléküreget bélelő nyálkahártya. Igen gyakori a jóindulatú daganatokkal kapcsolatban is a nyálkahártyának lobos túlburjánzása, ami sokszor myxomatosus daganatot utánozhat.

A csontüregek osteomái a sebészek számára nemcsak műtéti technikájuk, hanem keletkezésük és ritkaságuk miatt érdekesek.

Az irodalomban *Möbius* mindössze 277 koponyacsont eredetű osteomát gyűjtött össze, amely közül csak 222 volt olyan osteoma, amely az üregekben foglalt helyet. Ehhez viszonyítva a mi 16 üregi osteománk aránylag igen nagy szám s éppen ezért nem tartom érdektelennek azokat részletesen ismertetni. Elhelyezésük szerint úgy oszlottak meg, hogy a homloküreg csontjából származott 4, az ékcsontból 7, a rostacsontból 2, az állcsontüregből 3.

A valódi szemüregi osteomák a legtöbb szerző szerint ritkák, minthogy azok rendszerint nem a szemüreg falából fejlődnek, hanem valamely szomszédos csontból (ethmoid.) indulnak ki és csak bedomborodnak a szemüregbe, maguk előtt tolva annak falát. Ugy a valódi, mint az ilyen álszemüregi osteomák legjellemzőbb tünete a szemgolyó kidülledése (exophthalmus). A szemgolyó rendszerint kifelé, lefelé áll, mivel szemüregi osteomák leggyakrabban a belső felső falból indulnak ki. Lassú növekedésük miatt a szem mozgását nem korlátozzák és nem okoznak kettős látást sem. A látás romlása is csak akkor következik be, ha az osteoma nagyságánál fogva hosszú időn át nyomja a látóideget.

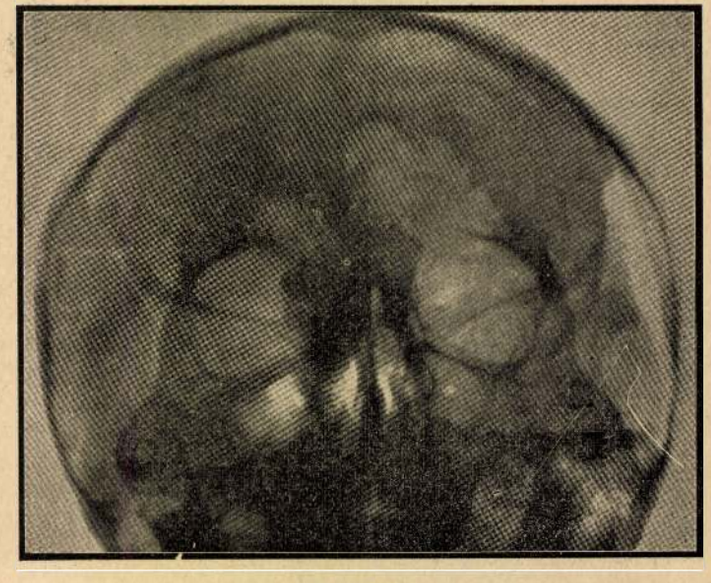
Álljon itt két olyan szemüregi osteoma esetünk ismertetése, amelyek közül az egyik alkalommal az osteoma tényleg a szemüreg falából indult ki, míg a másik esetben az ethmoidból fejlődő osteoma teljesen azt a látszatot keltette, mintha a szemüreg falából keletkezett volna.

Anamnesis: O. J. 50 éves kádár. Két évvel ezelőtt vette észre, hogy a bal szeme fokozatosan kidülled. Látása azonban nem romlott. Az utóbbi időben erős fejfájásról panaszkodik.

Status: A bal szeme 8 mm-rel kijebb áll mint a jobb. A szem mozgása szabad, kettős látása nincsen.

Röntgen: A szemüreg és a homloküreg közötti határ teljesen elmosódott, a sinus frontális árnyéka másfélszeresére megnagyobbodott, amely árnyékfolt ráterjed és kitölti a szemüreg mintegy kétharmad részét is.

Műtét: U alakú metszés felfelé álló szárakkal, a szemöldökívben haladó vízszintessel. Az így körülvágott lebenyt felfejtettük a homlokdudor magasságáig. A homloküreget megnyitva a röntgenképnek megfelelően elefántcsontszerű dudoros terimenagyobbodásra jutunk. A daganatot tompa eszközzel körüljárva kiderült, hogy a daganat a homloküreg alsó falán át benyomult a szemüregbe. A margo supraorbitalist átvésve az osteoma mögé kerülve, emelő eszközzel az egészet sikerült kitörni. Vérzéscsillapítás után előtünt, hogy az osteoma tulajdonképpen a homloküreg alsó, a szemüreg felső falából indult ki. A középfal nem nyilt meg. Tampon, sebzárás.



2. ábra.

Anamnesis: A másik esetben *B. I.* 31 éves napszámos elmondja, hogy 4 évvel ezelőtt közúzás közben lepattant kőszilánk megütötte a jobb belső szemzugát. A sérülés helyén mogyorónyi daganat nőtt, amely az utóbbi időben fokozatosan nagyobbodott.

Status: A jobb belső szemzug fölött cseresznyemagnyi terimenagyobbodás tapintható, amely alapjával összekapasz-

kodott, felette a bőr elmozdítható. A szemgolyó kifelé, lefelé van eltolva.

Röntgen: A jobb szemüregben féldiónyi dudoros szélű éleshatárú árnyékfolt látható, amely a homloküregbe is beterjed.

Műtét: Kilian metszés. A lágyrészeket és a csonthártyát tompán letolva a szemrés belső faláról mogyorónyi, sima, csontkemény terimenagyobbodásra jutunk, amelynek a levésése közben kitünt, hogy az osteoma a jobb homloköböl papirvékony falát bedomborította, s csak annak eltávolításával tünt elő a nyálkahártyával bevont dudoros felszínü, tulajdonképeni osteoma. A daganatot körüljárva kitünt, hogy az a homloküregbe is beterjedt ugyan, de annak nyálkahártyáját át nem törte. A daganat kiemelésének megkönnyítésére megnyitjuk a homloküreget is. Igy az osteomát teljesen körüljárva, csak az alapját kellett az orrgyöknél levésni. (Kép. 2. sz.)

A homloküregi osteomák gyakoribbak a fiatal korban, mint az öregben. Lassú növekedésük által jelentékeny nagyságot érhetnek el. *Römhild* gyermekfejnyi osteomát közöl, míg *Hilton* 440 gr-osról számol be. A klinikai megjelenése a daganat elhelyezkedésétől és nagyságától függ. A homloküregi osteomák, ha kellő nagyságot érnek el, úgy bedomboritják az orbita falát és exophthalmust hoznak létre. A szemgolyó ezekben az esetekben mindig kifelé és lefelé néz, minthogy a daganat a belső felső falból indul ki, vagy azt nyomja be. Ha semmi szövődmény nem csatlakozik hozzá, úgy az osteoma fájdalmatlan gyulladásos tünetek nélkül lassan fejlődik.

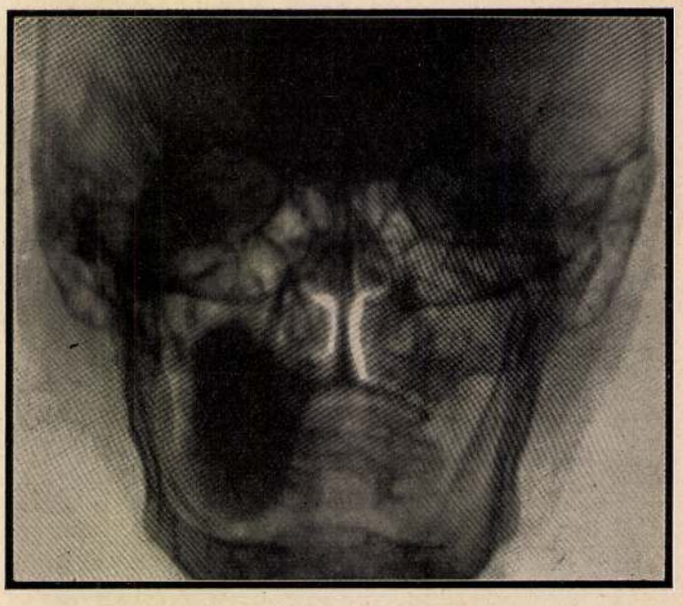
Aránylag ritka szövődménye a homloküregi osteomáknak az, amikor a daganat mellett, a savósüreg váladékpangásától mucokele, vagy annak fertőzéséből pyokele keletkezik. Ezekben az esetekben a kórisme felállítása nem könnyű, mert a gyulladásos tünetek előtérbe nyomulnak és a daganat jelenlétét elfedik, ha a savósüreg gennyes gyulladása van jelen, úgy a genny áttörhet a szemhéjjon át kifelé, vagy az osteoma állandó nyomása által elvékonyított, illetve kimart koponya csontján át befelé, amikor is meningitist idéz elő. A négy esetünk közül alkalmunk volt egy olyant operálni, ahol a geny szerencsésen kifelé tört.

3. ábra.

Anamnesis: N. I. 21 éves napszámos 1928-ban borsónyi, kemény daganatot vett észre a bal felső szemzugban. Egy évre rá hirtelen igen heves fájdalmak közepette bedagadt a bal szeme. A felső szemhéjj kivörösödött, majd néhány hétre rá sok gennyt ürítve kifakadt; azóta állandó válladék szivárgása mellett gyógyulni nem akaró nyilás maradt vissza.

Status: A bal szemgolyó lefelé, kifelé eltolódott. A bal felső szemzugban féldiónyi, csontkemény terimenagyobbodás tapintható, amely alapja felett el nem mozdítható. A bal szemöldök-ív alatt 1 cm-re a középvonaltól sipolynyilás, amelyen át a kutató érdes csontra vezet.

Röntgen: A bal homloküreg gyermektenyérnyire megnagyobbodott. Az üreget élesen körülírt, sötétebb röntgenárnyék tölti ki, amely a bal szemüreg belső-felső részére is ráterjed.



4. ábra.

Műtét: Ivmetszés a bal szemöldök felett az orrháton át a homlokra. A csonthártyának letolása után a felső szemgödri szél felett átvésve a homloküreg elülső falát, abból sürü, nyúlós, genyes váladék ürül. A homloküreg elülső falát teljesen eltávolítva előttünk feküdt a féldiónyi, szürkéssárga, gömbkarélyszerü, göbös, dudoros osteoma. Megkisérelve a daganatot kihámozni a bal homloküregből, ez csak úgy sikerült, hogy az említett bőrmetszést meghosszabbítva a jobb homloküreget is felvéstük. A koponya alapjából kiinduló jókora daganat kiemelése után mindkét homloküreg hátulsó fala hiányzott úgy, hogy szabadon feküdt a lüktető keményburok. Csupán a sinus long. sup.-nak megfelelően, tehát a christa galli folytatásában maradt vissza csontgerenda. Ezek szerint az osteoma cribrosából indul ki.

Az osteomák jóval ritkábban fordulnak elő a Highmoor üregben, mint a koponya többi melléküregében. Az irodalomban mindössze 13 eset ismeretes *(Möbius)*. Ezen osteomák közül gyakori az a megjelenési forma, hogy a kocsány, amellyel összefügg az üreg falával, annyira elsorvad, hogy végül is teljesen lefűződik és szabadon fekszik az üregben. A kórisme helyes felállítása éppen a Highmoor üregi daganatoknál a legnagyobb körültekintést igényel. Az osteomákat nemcsak a jóindulatú daganatoktól (chondroma), hanem a rosszindulatúaktól (carcinoma, sarkoma), sem könnyű elkülöníteni.

Carcinoma és sarkoma differentiálása különösen a kezdeti szakban szinte lehetetlen. Carcinoma vagy az üreg nyálkahártyájából indul ki s terjed rá a csontra, vagy ami ritkább megjelenési formája, mint metastasis jut valamely üreget alkotó csont falába. A sarkoma kiindulásának tisztázása sok esetben még szövettanilag sem vihető keresztül. Szinte lehetetlen elkülöníteni azt, hogy myelogen, vagy periostalis eredetű sarkomával állunk-e szemben. A vékony üreget alkotó csont falát a daganat már kezdetben orsószerűen megvastagítja, ahonnan gyorsan áttör a környező lágyrészekbe és csak ezután idéz elő klinikai tüneteket.

A diagnosis tisztázására röntgenfelvételen kivül ajánlatos még azt az egyszerű eljárást is elvégezni, hogy punctiós tűvel rászúrunk a daganatra, aminek consistentiájából következtetni lehet a daganat milyenségére.

Három Highmoor üregi osteoma körül szabadjon egynek röntgenképét, valamint kórtörténetét részletesen ismertetnem.

Anamnesis: *L. J.-né* 60 éves nőbeteg elmondja, hogy 15 év óta felsőfog inye fokozatosan duzzadt úgy, hogy itt lassan fájdalmatlan daganat nőtt. A fogait kihuzatta. Az azok helyén készített protesist több ízben módosíttatnia kellett a tovább fejlödö daganat miatt, még végül is csak fél fogsort tudott viselni.

Röntgen: A Highmoor üreget gyermekökölnyi, élesen körülírt, sötét árnyékfolt tölti ki.

Műtét: Kocher féle pofametszés. A felsőajak átvágása után a pofa lágyrészeit tompán letoljuk az állcsont mellső felszínéről. Az elödomborodó, mintegy gyermekökölnyi csontdaganatot körülvésve az osteoma könnyen kiemelhetővé válik. A Highmoor üreget az orr felé tamponálva, felette a lágyrészeket rétegesen egyesítettük.

Az osteomáknak prognosisa általában jó, ha idejében kerülnek műtétre, mielőtt még a daganat fejlődésével el nem pusztitja a környezetet, vagy a már említett complicatiók (sinusitist, meningitist) elő nem idéznek. A műtétnél súly helyezendő arra, hogy a daganat alapjával együtt eltávolíttassék, mert különben a recidiva veszélye fennáll. A mi operált 16 üregi osteomás betegünk közül csak egy esetben lépett fel helyi kiújulás. Ez az egy eset is a homloküregben helyet foglaló olyan osteoma volt, amely a kiindulás helyén bőséges porcszövetet tartalmazott és így a recidiva tulajdonképpen inkább a porcból állott. — Különösen súly helyezendő a recidiv esetekben a histologiai vizsgálatra, nehogy makroskoposan ártatlannak látszó osteoma, vagy chondroma mellett rosszindulatú daganat huzódjon meg.

A melléküreget bélelő túlburjánzott nyálkahártyáról megállapítani szabad szemmel szinte lehetetlen, hogy az átlépte-e már a rosszindulatúság határát. Sem a röntgenkép sem a műtét alatt feltünő csontmegvastagodásból nem lehet teljes határozottsággal következtetni arra, hogy kezdődő rosszindulatú daganatról, vagy gyulladásos csonthártya felrakódásról van-e adott esetben szó.

A szemüregből kiinduló rosszindulatú daganatokra némileg következtethetünk a klinikai tünetekből. A szemhéjj visszeres pangása, a szem mozgásának korlátozottsága, a látás hamaros romlása, vagy kettős látás, mind megannyi olyan tünet, amely rosszindulatú daganat jelenlétére utal. Az állcsonti öböl sarkomája és carcinomája már elég korán áttör a lágyrészekbe, miáltal a pofa megduzzadását idézi elő, vagy mint annak szövődménye a gyógyulni nem akaró sinusitis hívja fel a figyelmet rosszindulatú daganat jelenlétére. Mindenesetre, ha sem klinikai tünetek alapján, sem a röntgenfelvételek kapcsán eldönteni nem sikerül a kórismét, hogy jó- vagy rosszindulatú daganattal állunk-e szemben, akkor ajánlatos mindég a próbaexcisiót elvégezni.

Az utókezelésben fontos az üregeket kitöltő tampon fokozatos eltávolítása. Célszerű annak kivételét már a harmadik napon megkezdeni és lassan eltávolítani úgy, hogy 7—8 nap mulva az egész ki legyen emelve. Ennek a nagy előnye az, hogy az egyszerű tampon kihúzással járó esetleges utóvérzést elkerülhetjük. A megnyitott üreg öblítése mindaddig folytatandó, amíg a hiányzó nyálkahártya újonnan nem képződik. Ezeknek az irányelveknek a betartásával az osteoma műtéti eredményei teljes gyógyuláshoz vezetnek és az üreg chronicus gyulladása sem marad vissza.

Irodalom: *Eckert-Möbius:* Gutartige Geschwülste der inneren Nase. In Dentzer und Kahler Handb. 5. — *Dahmann:* Ueber das Osteom. der Nasennebenhöhen. Zschr. f. Hals-, Nasen u. Ohrenklinik. 1922.

A Pázmány Péter Tudomány Egyetem urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár).

A hólyagbatörő genyedésekről.

Irta: *Babics Antal dr.* egyetemi tanársegéd.

A szomszédos szervek genyedéseinek a hólyagba törése mind ritkább lesz, aminek magyarázatát a fejlett diagnostika és sebészeti technika adják meg. A hólyag gyakran vesz részt a szomszédos szervek gyulladásában anatomiai helyzete folytán. Leggyakoribb a női ivarszervek genyedésének réterjedése és betörése a hólyagba, aminek oka a felszívódás lassúsága, s a másfelé ürülés nehézsége. A szintén gyakori prostata tályogok aránylag ritkán törnek a hólyagba, mert rendszerint megtalálják az utat a húgycsőbe s azonkívül a genynek a medence erős zsigeri fascia-lemezét is át kell törnie.

Legritkábban találkozunk a vakbélkörüli tályogoknak hólyagba törésével. Az iradolamban 22 eset van összegyüjtve. Ritkaságának oka az, hogy idejében műtétre kerülnek, továbbá, hogy a szomszédság a két szerv között nem közvetlen. Ahhoz ugyanis, hogy valamely genyedő folyamat a hólyag felé útat találjon, hosszú időre van szükség. Ez még jobban kinyúlik akkor, ha a genyedés nem közvetlenül a hólyag mellett fészkel, amikor csak előzetes összenövések útján közvetve terjedhet a hólyagra.

A hólyag átfúródását elősegítik a hólyagfal táplálkozási zavarai. Körülírt táplálkozási zavart okozhat egy daganat nyomása *(Stöekel)*, régi hegek a hólyagfalban *(Freund)*, pl. kőzúzás, katheterezés, hegyes hólyagbeli idegentestek eltávolítása után. Általános zavarok oka lehet lezajlott pericystitis, legyen az akár hólyagi vagy hólyagon kívüli eredetű. *Illyés* professor szerint mindegyik esetben megvastagszik a hólyagkörüli laza kötőszövet tésztás, majd később merev hegesedő tömeggé lesz, ami a hólyagfal táplálkozási viszonyait megrontja, s annak ellenállását nagymértékben csökkenti.

Ami az áttörő genyedések kóroktanát illeti, arra vonatkozólag az egyes szerzők véleményei eltérők. Átfúródás esetén *Freund* szerint leggyakrabban abortusokkal kapcsolatos septikus folyamatok játszanak szerepet. Kevésbbé gyakoriak a gümőseredetű genyedések és legritkábban szerepel a gonorrhoea. Más szerzők, mint *Gras, Guyet, Izrael* a gümőseredetű áttöréseket tartják a legritkábbaknak. *Matusovszky, Ács* által közölt eseteknek egyike sem gümős természetű. Az irodalomban közölt eseteknek is csak 10 százaléka vezethető vissza gümős folyamatra, ami támogatni látszik a mi megfigyelésünket is, mely szerint a hólyagba betört genyedések túlnyomóan gonorrhoeás, illetve septikus eredésűek. Ez utóbbiak kórokozói között elsősorban a bakterium coli, azonkívül strepto-, staphylococcusok, anaerob bakteriumok, leggyakrabban pedig különféle bakteriumok vegyesen szerepelnek.

A prostata-tályogok legnagyobb része gonorrhoeás eredettel indul meg, csak mire az áttörésre kerül a sor, csatlakozik hozzá más bakteriumféleség. Aránylag elég gyakoriak a gümős prostata-tályogok.

Vakbélkörüli tályogoknak a hólyagba törésében leggyakrabban a bakterium coli szerepel, ami eseteinkben is ki volt mutatható.

A hólyagkörüli szervek genyedéseinek a hólyagba törését a szerzők aránylag ritkának tartják. Ennek okát azonban mi abban látjuk, hogy az ilyen betegek közül csak kevés kerül pontos urologiai vizsgálat alá, s a perforatio felismerése sem mindig könnyű a rendszerint súlyos hó-

lyagelváltozások miatt. *Kolischer* 27 petefészek áttörését, *Gras* 85 különböző eredetű perforatiós esetet gyüjtött össze. *Sorrentino* 35 adnextumorról, *Zurhelle* 19 pyosalpinxról számolt be. *Matusovszky* 2, *Ács* 818 adnextumor közül 5 áttörést ismertet. Az urologiai kilinkán adnexitisben szenvedő betegek csak véletlenül kerülnek észlelés alá, mégis az utolsó 14 évnek 105 olyan betege közül, akiknél mástermészeti urológiai betegség mellett adnexitis is volt, 12 esetben (11.5%) észleltünk perforatiót a hólyagba.

Prostata-tályognak a hólyagba törését ugyanezen idő alatt 9 esetben észleltük, ami 153 prostata-tályog miatt kezelt betegünk 5.9%-ának felel meg, melyek közül 3 gümős eredetű volt. Vakbélkörüli tályognak a hólyagba törését két esetben láttuk.

A hólyagba tört genyedések kórismézését megkönnyitik a kórelőzményi adatok. Miután a folyamat lassan halad előre, a tünetek is lassan, fokozatosan jellemzően alakulnak ki. Keresztcsonttáji fájdalmak, alhasi érzékenység, kisebb lázak után, ha a folyamat a hólyagkörüli laza kötőszövetet elérte, vizelési ingerek jelentkeznek anélkül, hogy a vizelet maga kóros alakelemeket tartalmazna. Lassan kifejlődik a diffus, vagy gyakrabban körülírt pericystitis kórképe, mely ha a hólyag mögött alakul ki, bimanuális vizsgálattal észlelhető lesz. Cystoskopos vizsgálattal ilyenkor a hólyag azon része, ahol a betörés készül, benyomott, s ha a lobosodás már a hólyagfalra is ráterjedt, akkor a megfelelő helyen a nyálkahártyán a cystitis különböző fokait, leggyakrabban oedema bullosumot találunk.

A folyamat előrehaladásával a vizelés mindig fájdalmasabb és gyakoribb, nehezebb lesz, esetleg el is akad. Magas láz, rázóhideg, hányás jelentkezik, s a has alsó része rendkivül fájdalmassá válik. Mihelyt az áttörés bekövetkezett, az összes tünetek gyorsan enyhülnek, a fájdalom — miután a geny kiürülése következtében a feszülés csökken, megszűnik, a láz leesik, a vizelés könnyebb lesz. Ugyanekkor azonban az előbb még tiszta vizeletben nagymennyiségű genyet találunk. A tükörrel ilyenkor az oedemás területben vagy mellette meglátjuk a perforatiós nyilást, melyből annak nagysága szerint vékonyabb, vagy vastagabb fogpasztaszerű genykukac ürül, főképen akkor, ha a genyedés centrumára nyomást gyakorolunk.

Sokszor előfordul, hogy az egyébként is kicsiny capacitású súlyosan hurutos hólyagban a perforatiós nyilás elbujik a nyálkahártya redői között, s azt nem vesszük észre. Ezért sohase elégedjünk meg az egyszerű tükrös vizsgálattal, hanem mindig végezzük el a chromocystoskopiát, nehogy pyonephrosissal tévesszük össze. A cystoskopos kép, illetve a perforatiós nyilás anatomiai helyzetének alapján a hólyagkörüli genyedések nagyrészének kiinduló pontját meg is tudjuk határozni.

1. *A női adnexumok betörésekor* a perforatiós nyilás leggyakrabban a hólyag fundus és a hátsófal áthajlási redőjének táján foglal helyet, rendszerint azon az oldalon, ahol a genyedés fészkel. A kérdéses terület megnyomására a hólyagba vastagon ömlik be a geny, mely a tiszta töltő folyadékot igen gyorsan zavarossá teszi. A nyilás alakja és nagysága, valamint környezete függ a genyedés természetétől. A gümős eredetű genyedések esetén a nyilás behúzódott, környezetében gümők, fekélyek, sarjadzások vannak, s a vizeletből szerencsésebb esetben Koch-bacillusokat lehet kimutatni. Más eredetű genyedések betörésének nyilásai inkább hatalmas oedemával körülvettek, s a gyulladás megszokott jelein kivül más elváltozásokat nem igen találunk, amint azt néhány jellemző esetünk is bizonyítja.

A) 31. é. nő. 1928-ban már volt adnexperforatiója a hólyagba. Három év után újra jobb alhasi fájdalmak, lázak és ezeknek megszünésekor sok geny a vizeletben. Óránként vizel. Nőgyógyászati lelet: jobb o. kis ökölnyi adnextumor. Cystoskopia: A hátsó hólyagfal jobboldalon erős bedomborodás, ennek alján lencsényi sipolynyilás, melyből a jobb inguinalis tájra gyakorolt nyomásra összeálló geny ürül. Vizeletben Koch negativ. Mindkét ureterből tiszta actiók. Nyolcheti hólyagkezelés (mosások, becseppentések) és alhasi hidegborogatás után a sipolynyilás zárodott s a beteg kisfokú alnasi érzékenységgel távozott.

B) 30. é. nő. Három hó előtt abortus, azóta gyakoribb vizelés, hidegrázások és magas láz. Vizeletben Koch negativ. Nőgyógyászati lelet: myoma és adnexitis a baloldalon. Cystoskopia bal ureter nyilás elnyomott, tőle lateralisan a fundus és hátsófal határán nagy diónyi oedema, mely a szájadéktól független. A fundusban vékony fibrin cafat, melynek eredete után kutatva kiderül, hogy a bal adnexumokra történt nyomásra az oedemás területből genykukac ürül. A betegen nőgyógyászati mütét történt. Az uterust a baloldali adnexákkal együtt eltávolitották s a hólyagon levő sipolynyilást is két öltéssel összehúzva elzárták. Gyógyult.

C) 20 é. nő. Három hó előtt szült. A szülés után baloldali vesetáji fájdalmak, melyek később lefelé húzódnak. Ugyanezen időben hidegrázások, majd észreveszi, hogy a hasában daganat van. 15 percenként vizel. Nőgyógyászati lelet: Kétoldali parametritis exsudativa. Cystoskopia: Cap. 50 gr. Hólyag ép. A fundus jobboldalán diónyi oedema, melyből geny ürül. Az oedema fedi a jobb szájadékot. A geny ürülése a jobb vese megnyomására nem fokozódik, de a jobboldali adnexumokat megnyomva böven jön a geny. Vesék épek. 10 heti kezelés után (borogatás, hólyagmosás) a nyilás spontán elzáródott.

A prostatatályogok betörésének helye rendszerint a trigonumon vagy közvetlen mögötte van. Mivel ilyen esetekben a trigonum felemelt és oedemás, a nyilás nagyon nehezen vagy egyáltalán nem látható meg. De ha a cystoskop ellenőrzése mellett a prostatára a végbél felől nyomást gyakorolunk, az oedema mögül vastagon szokott a geny beömleni a hólyagba. Sok esetben utbaigazit a hólyag előzetes kimosása után végzett prostata-massage, ami után a töltőfolyadék feltünően zavarossá válik. A cystoskopia nehézségeit azonban csökkenti a rectalis tapintási lelet, mely a genyedés aethiologiájája is támpontot nyujt.

Vakbélkörüli tályogból a betörés leggyakrabban a kismedencébe nyúló úgynevezett pelvikus typusú appendixek esetén fordul elő, de betörhet az ileoinguinalis vagy antero-parietalis typusú féregnyúlvány is, ha a heges összenövések miatt a geny felfelé törni nem tud és lefelé kényszerül. Miután az appendix perforált, a kismedencében pelveoperitonitis fejlődik és összenövések jönnek létre. A genyes masszából beolvadt üregek másodlagosan jutnak a hólyagig, amint ezt *Lepontre* és *Schiffmann* is leirják.

A geny érintkezése a hólyaggal kinzó vizelési ingereket, majd a fájdalom miatt retentiót okoz. A hólyagfal körülírtan elvékonyodik, a vérellátás az edények összenyomatása következtében szenved, mert egyik oldalról a pangó vizelet, másik oldalról a geny nyomja. Ezen keringési zavar miatt a hólyag táplálkozása megromlik és könnyebben átfúródik. Lefolyása lehet egészen tünetszegény vagy jellegzetes symptomái vannak: hidegrázás, fájdalmas vizelési inger, majd geny a vizeletben. A cystoskopos kép itt is localis cystitist mutat, rendszerint oedemával. Az oedema területén van a betörés nyilása. Ennek is jellemző az anatomiai helyzete: hátsófalon az óralap X. számának megfelelően a jobb oldalon. A vizelet rendesen coli-szagú és absolut jellemző, ha bélsár is kerül a hólyagba.

Két esetünk a következő:

1. 26 é. nő. 1928-ban jobboldali adnexitissel kerül egyik nőgyógyászati osztályra. Szokásos tünetek, majd a vizeletben a genynek megjelenése után urologiai vizsgálatot végzünk.

A hólyagban jobboldalon a hátsófalon lencsényi nyilás volt látható, melyből a jobboldali lágyéktáj megnyomására geny ürült a hólyagba. A sipolynyilás körül vaskos oedema.

Mütétet ajánlottunk, s kiderült, hogy periappendicularis abscessus tört be a hólyagba. A beteg későbbi sorsáról nem tudunk.

2. 14. é. nő. (virgo). 1934. július 18-án jelentkezik a Rókus kórház II. sebészeti osztályán. Elmondja, hogy 3 hét előtt másik kórházban genyes vakbelét távolították el. Mütét után simán gyógyult s a 7. napon elhagyta a kórházat. Felvétele előtt kétnappal megduzzadt a mütéti heg, kirázta a hideg és lázas lett.

A has jobboldalán az ileocoecalis tájon ferde irányú kb. 10 cm hosszú vonalas heg, melynek alsó végénél zölddiónyi fluctuáló terimenagyobbodás van. Környéke duzzadt, vörös, tapintásra fájdalmas. A tályogot megnyitják. A tályogürbe vezetett sonda közvetlenül az izmok alatt előre medial felé halad.

A tályog megnyitása után a beteg pár napig jól van. 4 nap mulva, mivel bal vesetáji fájdalmakról panaszkodik s óránként vizelési ingert érez, urologiai vizsgálatot végzünk.

Vizelet homályos. Hólyag általában ép, csupán a hátsófalon látszik pengönyi körülírt vérbőség. Ureternyilások épek, mindkettőből tiszta actiók. Koch negativ. Röntgen negativ.

1 hét mulva, mivel ismétlődő hidegrázások jelentkeznek és a vizelet zavarossá lett, újabb cystoskopiát végzünk, amikor kiderül, hogy az átlagban ép hólyagban az előbb leírt vérbőség helyét bullosus oedema foglalja el, közvetlen mellette jobboldalon gombostűfejnyi sipolynyilás látszik, melyből a mütéti terület megnyomására cérnaszálvastagságban geny ürül a hólyagba.

A sebet tanácsunkra feltárják. *(Obál).* A heg alsó zugában levő sipoly levezet a kismedencébe s a hólyag a vertexénél és jobb oldalfalánál levő tályogürrel közlekedik. Körülötte heges öszenövések. Az összenövéseket szétválasztva, a hólyagot 200 ccm vízzel töltik, de onnan a hasür felé víz nem szivárog ki. Miután a nyilás igy nem volt megtalálható, a tályogot kitakarítva drainezik a sebet nyitva kezelik. Két héttel a feltárás után ujabb cystoskopos vizsgálatkor az oedema eltünt s a sipoly helyét kis csillagos behúzódás jelzi. Vizeletben látóterenként 20—30 genysejt. A beteg láztalan. Négy héttel a mütét után a hólyag teljesen ép, csupán kis behúzódás látszik még a sipoly helyén. A beteg gyógyultan távozott.

A hólyagkörüli genyedéseknek a hólyagba törése általában a folyamat gyógyulását jelenti. Hiszen ilyen esetekben nincsen másról szó, mint a tályognak önként megnyilásáról. A helyzet csupán annyiban complikálódik, hogy a geny nem ki, hanem a hólyagba ürül s a nyilás mesterséges úton alig tágítható. Igy minden pillanatban bekövetkezhetik a nyilás elzáródása, ami a tályoggal járó tünetek új fellobbanásához vezethet.

Mi legyen tehát a teendő a hólyagkörüli genyedések egyes féleségeinek a hólyagba törése esetén?

1. *A női adnexák betörésekor* a gyors javulás feltűnő, bár előfordul, hogy a perforatiós nyilás azonnal elzáródik, amint a tályogürben a feszülés csökkent. Természetes, hogy ilyenkor a tünetek új erővel jelentkeznek különösen akkor, ha a tályogűrrel összeköttetésben lévő s a genyedést fenntartó szerv még nem olvadt be, vagy maga is secernál, mint pl. salpingoophoritis purulenta esetén. Ilyenkor az elzáródással járó heveny tüneteket megszüntetjük azáltal, ha — amint azt *Illyés* professzor ajánlja — megfelelő steril feltételek mellett a már meglévő, de időlegesen elzárt perforatiós nyiláson át óvatosan vastag ureterkathetert vezetünk s azon át a geny kiürülése is lehetővé válik.

Delbet és *Winter* szerint a spontán gyógyulás alig lehetséges. Velük szemben *Laczko* a spontán gyógyulás lehetőségének hive. A beteg azonban állandó ellenőrzés alatt tartandó. Mi is azt láttuk eseteinkben, hogy műtéti beavatkozásra csupán két betegnek volt okvetlenül szüksége, de ezek közül is egyik mütét után peritonitist kapott, amelyen azonban szerencsésen átesett. A többiek mütét nélkül gyógyultak, köztük olyan is, aki 8 héten át másod-harmadnaponkinti hidegrázásokkal küzködött.

A középut tehát az, hogy a kezelés lehetőleg conservativ legyen. Ha a kérdés a perforatióval megoldódott, a folyamat természetes úton gyógyul. Ellenkező esetben, ha a gyógyulás elhúzódik, a beteg nagyfokban leromlik vagy pyelonephritis fenyeget, műtéti beavatkozás válik szükségessé.

A mütét kivitelére vonatkozólag az irodalom alig szolgál útmutatással. *Franz* mütéttanában nincs említés téve. *Kümmel* csupán pár szóval érinti a kérdést. *Stoeckel, Doederlein* és *Kroening* szintén csak megemlítik s véleményük szerint a méh és függelékeinek gyökeres kiirtása indokolt, amire legalkalmasabb a laparotomia. A hasüri genyedés miatt a legegyszerübb megoldásra kell törekednünk, nehogy az esetleg megpukkadó genyzsák tartalma a mütéti területet fertőzze. Legfontosabb a kiadós drainezés úgy felfelé, de még inkább lefelé. *Illyés* professzor szerint úgy, hogy a kismedence legalsó pontján a geny süllyedési irányának megfelelően a gáton át drainezzük a hólyag melletti tályogürt.

2. *Prostata-tályogoknak* a hólyagba törése esetén megkisérelendő a genynek végbélfelőli exprimálása; ha nem vezetne eredményre, akkor a tályogot a gát felől vagy a végbél felől nyitjuk meg és drainezzük.

3. *Periappendicularis tályog* betörésekor első teendő a tályog alapos drainezése, később appendektomia s ha ezek ellenére sem záródik, szóba jöhet a sipolynyilás zárása. Erre azonban legtöbbször nem kerül sor, mert rendszerint magától záródik, amint az esetünkben is történt.

Bármilyen eredetű is legyen a genynek a hólyagba törése, a vizelet lefolyásáról minden esetben gondoskodnunk kell, mert a fájdalom miatt a beteg vizeletét visszatartja s az erősen feszülő és telt hólyagból a vizelet visszafolyhat a tályogürbe, amint ezt *Bosshard* és *Bazy* is észlelte. Szóbajöhet a sipolynyilás endovesicalis elektrokoagulatiója is. Maga a hólyag különösebb kezelést nem igényel. Elegendő naponkénti enyhe kiöblítése s prophylactikusan húgydesinficiensek adagolása, mert ascendáló pyelitis, illetve pyelonephritis mindig fenyeget.

A Székesfőváros Horthy Miklós Közkórház sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Milkó Vilmos egyet. rk. tanár.)

Hasfal-bél- hüvelysipoly és belső hólyagsipoly.

Irta: *Zágon András dr.* közkórházi adjunktus.

Az adnexeredésü sipolyok kérdését még a nagy, összefoglaló nőgyógyászati munkákban is kissé mostohán kezelik, pedig minden gynaekologus, akinek alkalma volt ebben a bajban szenvedő szerencsétlenekkel huzamosan foglalkozni, nagyon jól tudja, hogy milyen rendkivüli, sokszor alig legyőzhető nehézségek akadályozzák a gyógyító orvos működését. Osztályunk két mütéttel gyógyult ilyen sipoly esetét közlöm:

I. H. J. 32 éves, nullipara felvétele előtt három évvel vetélés miatt súlyos állapotban közkórházba került. Magas lázai voltak, csuklott, hányt. Eleinte lobellenes kezelést kapott, majd kolpotomiával nagymennyiségü genyet bocsátottak le. Mivel roboráló, conservativ és antiseptikus kezelés ellenére betegsége hosszasan elhuzódott, állapota romlott, megoperálták. Supravag. amputatio történt, mindkét oldali adnexum kiirtásával. A súlyos összenövések és genyes adnexum felszabadítása közben a sigma megsérült. A sérülést szabályosan ellátták, a portiocsonkot *Tóth* szerint felhasítva, a hasüreget a hüvely és a hasfal felé drainezték. Betegségéből hónapok mulva felépült, de a hasfali hegben sipolynyilás maradt vissza. Ezen a likon, valamint hüvelyén át is, olykor szél és bélsár távozik.

Status: Lesoványodott beteg. Széles heggel gyógyult alsó med. laparatomia, melynek alsó polusán lencsényi, sarjszövettel körülvett sipolynyilás van. Hasprésnél a hegvonal elöboltosodik, az egyenes hasizmok a heg kétoldalán széthúzottak. Középtág hüvely, hátsó falán felezett portiocsonk. Kis-

medencébe néhány szállagos köteg, de tömegesebb resistentia nincsen. A hasfalon levő sipolynyilásba méhszondával behatolva, a felezett portion át a hüvelybe jutunk. (A csatorna hossza 18 cm.) Csekély genyes folyás. A belvizsgálat a bal csucs felett kissé rövidült kopogtatási hangot és érdesebb légzést talált, egyébként lényeges eltérés nincsen.

Mivel a sipoly évek óta tartó conservatív kezelésre nem gyógyult és mert a beteg így munkaképtelen, műtéti kezelés indokolt. A műtétet Ombredanne narkosisban végeztük. (Op. prof. *Milkó.)* A régi hegben nyitottuk meg a hasat. A cseplesz lapszerint letapadt a peritoneumhoz, a vékonybelek azonban mindenütt szabadok. A sigma alsó szakasza a symphysistől a portiocsonkig mindenütt lapszerint lenőtt, idevezet a hasfali fistula járata. Felülről élesen, a Douglasból tompán sikerül felszabadítani a sigmát, a járathoz tapadó utolsó részlet praeperálásakor előtünik a lencsényi lik, mely a lumenbe vezet. A likat két rétegben elsüllyesztjük, a portiocsonkig vezető sipolyjárat mellső falát kivágjuk, ahol a hólyag közelsége miatt ezt nem lehet, éles kanállal kikaparjuk, lehetőség szerint peritoneummal borítjuk. A cavum Retzii-t drainezzük, a peritoneumot zárjuk, a hasfali sérv megoldását későbbre halasztjuk. A sipolyjárat nyilásának megfelelő drainezett terület sarjadással, a hasseb többi része elsőlegesen gyógyult. Az asszony panaszmentes, székelése rendben van.

II. T. E. 33 éves nulliparát 8 esztendő óta számos klinikai és kórházi osztályon kezelték súlyos alhasi gyulladással, hólyag- és vesepanaszokkal, lázzal és peritoneális tünetekkel. Egy alkalommal, állitólag cystoskopia után genyes lett a vizelete és azóta — több mint 7 éve — cafatos, időnkint sürü genyvizelése van. Többizben volt heveny vesemedencegyulladása. Polgári foglalkozását folytatni képtelen, mivel sürün jelentkező lázai és állandó, nagy hasfájdalmai minden munkára alkalmatlanná teszik.

Status: Sovány beteg. Mellkasi szervekben lényeges eltérés nincsen. Hüvely és portio normális, uterus alig tapintható, mert a kismedencét kitöltő kemény tömegbe ágyazott, melyből kb. 2 ökölnyi, csaknem a köldökig érő, az alsó részletnél puhább, részben cystosus tapintatú, teljesen fix resistentia emelkedik ki. *Cystoskopia:* hólyagkapacitás 220 ccm. A hólyagnyálkahártya mindenütt belövelt, de fényét megtartotta. A lig. interuretericum feletti és alatti részlet erősen bedomborodik, bársony-piros, fellazult. U. k. mindkét oldalt 25 cm-re akadály nélkül felvezethető. A jobb pyelumban 140 ccm maradék vizelet volt. Intravenásan adott indigokarmin b. o. 2½, j. o. 4½ perc mulva jelenik meg. A vesevizeletben geny, fehérje, mindkét oldalt negativ. Retrograd pyelographiával készített Röntgen-felvétel a jobb pyelumot és kelyheket erősen tágultaknak mutatta. A jobboldali ureter szájadék felett és töle kissé laterálisan sarjszövettel körülvett, egyenetlenfalú kráter látható, melynek aljából tollszárvastagságú genycsap lóg ki. Mögötte egy likat találunk, melyben az u. k. 6 cm-re könnyen előre tolható (a genyes adnexfolyamat áttörési helye).

Kétségtelen volt, hogy a beteg műtét nélkül nem gyógyítható meg, hiszen a folyamat 8 év óta minden conservativ kezeléssel dacolt, viszont a kismedencei szervek és parametriumok ennyire resistens és mozdíthatatlan izzadmánya mellett radikális műtét elvégzése a beteg életének száz százalékos kockára tétele nélkül lehetetlen. Naponkénti hólyagkezelés mellett megkíséreltük a kőkemény izzadmányt legalább részben felszívódásra bírni. Eleinte langyos, majd meleg ülőfürdőket, hüvelyöblítéseket és röntgen-therapiát kapott. A folyamat a beteg és jómagunk türelmét is hónapokig próbára tette, mégis sikerült elérnünk, hogy a conglomeratum felső részlete mobilissá vált és bár a jobboldali lig. latum lateralis részletét továbbra is kemény izzadmány töltötte ki, a radikális műtét most már több eredménnyel kecsegtetett.

A műtétet Ombredanne narkosisban végeztem. A cseplesz itt is úgy összenőtt a peritoneummal, hogy legtöbb helyütt élesen kellett áthatolni rajta. A műtéti területet teljesen kitölti 2 darab, egyenként férfiökölnél nagyobb, hártyásfalú cysta (kétoldali sactosalpinx). A jobboldali adnex és bélconglomeratum annyira egybeolvadt, hogy anatomiai határok nincsenek. Baloldalt a lig. infundibulopelvicumot sikerült izolálni, az idetapadt hólyagot tompán letoljuk, mire előtünik az uterus bal sarka, melyet Museux-be fogva, lefogjuk és átvágjuk a baloldali szalagokat. A kismedencébe lenőtt belek éles felszabadítása után előkotorjuk a baloldali zölddiónyi, heges ovariumot. A hólyag felszabadítását jobbfelé folytatva, éles előrehaladással megtaláljuk a hólyag fillérnyi perforatios nyilását, melyet kétrétegben szabályosan elsüllyesztünk. Az uterust amputáltam és — *Szili* által leírt módszer szerint — a szabaddá vált baloldal felől jobbfelé haladva, sikerült a lapszerinti összetapadások és lenövések oldása. Rendkivüli nehézségekkel kellett megküzdenünk, mert a jobboldali adnexconglomeratumot, milliméterenként élesen előrehatolva, sikerült csak a nagyerek lefutása mentén a medencefalról lefejteni. A csonkokat mindenütt peritonizáltuk, a conglomeratum ágyába pedig a sigmat fektettük be. A hólyagba állandó kathetert vezettünk, melyet a 3. napon távolítottunk el. A műtét két óra hosszat tartott, de sikerült megnyilás és melléksérülés nélkül egészben eltávolítani a hatalmas adnex-tömeget, melynek legtekintélyesebb részét a kétoldali, egy-egy ökölnyi, zavaros savó bennékü sactosalpinx alkotta, de legveszélyesebb és műtéti szempontból is legkényesebb részletét a hólyagba áttört jobboldali pyovarium képezte. Zavartalan elsőleges sebgyógyulás. A 9. napon felkelt a beteg. Klimaxos tünetei igen enyhék voltak, úgylátszik a lenőtt b. o. ovariumból kisebb részletek mégis visszamaradtak. Műtét utáni genitalis lelet: kismedence szabad, csak a j. o. i medencecsont mentén van kb. 1½ ujj vastagságú kemény köteg, mely azonban teljesen kötőszövetszerű. Egy hónap mulva cystoskopiát végeztem, a j. o. ureter szájadék felett kb. 3 cm-rel, a régi fistulanyilásnak megfelelően, reactiomentes öböl, egyébként normális viszonyok. A j. o. vesemedencéből, melynek műtét előtti residuuma 140 ccm volt, csupán 20 ccm vizeletet tudtam leszívni. A betegtől utoljára félév előtt kaptam vidékről levelet, melyben arról referál, hogy hasával, hólyagjával teljesen rendben van. Nem tartozik a tényekkel és eredményekkel foglalkozó referatumhoz, mégis el kell mondanom, hogy a 9 évig elhúzódó betegségből és vigasztalan szociális helyzetéből súlyos műtéttel szabadult beteg néhány hónappal ezelőtt családi perpatvar miatt elkeseredve, felakasztotta magát és meghalt.

A méhfüggelék eredésü sipolyok úgy a beteg, mint az orvos türelmét a legnagyobb mértékben próbára teszik. Örvendetes kivételt csupán a végbélbe, hólyagba, vagy hüvelybe áttört *parametrán,* vagy *hasüri* genyedések képeznek. Ezeknek gyógyulása sokszor meglepően gyors, éppen ezért valódi sipolyoknak nem is tekinthetők. Ha áttörnek, a geny hamarosan kiürül, a tályogfal összeesik és sarjadással, majd kötőszövetesen gyógyul. Ha azonban *pyosalpinx* vagy *ovariumtályog* áttöréséről van szó, úgy a lefolyás egészen más és jóval kedvezőtlenebb. *Doederlein, Stoeckel,* más neves szerzők és a magunk tapasztalatai is amellett szólnak, hogy spontán gyógyulásra nem számithatunk. *(Szili* közölte 1911-ben 11, hüvely, hasfal és végbél felől megnyitással gyógyult pyosalpinx esetét, de ő is utal a sipolyképződés gyakoriságára.) Teljes gyógyulást csak a radicalis műtét adhat, melynek legfeljebb az időpontja lehet kétséges. Várni kell, ha nem bizonyos az adnex eredés, vagy ha az áttörés még egészen új, mert nem szabad kihasználatlanul hagyni az *esetleges* spontán gyógyulás lehetőségét. Feltétlenül várni kell, ha a környezetben még heveny gyulladásos tünetek vannak, mert bizonyos idő multán, ha a folyamat körülhatárolódik, a műtét kevésbbé veszélyes és technikailag hasonlíthatatlanul könnyebben megoldható, ha a lob visz-

szafejlődésével az anatomiai határok élesebben kirajzolódnak.

A fistula helyi kezelésének semmi értelme sincsen, legfeljebb röntgenbesugárzás jöhet szóba *(Stoeckel)*, végbél- és hólyagöblítések, hogy a felszálló fertőzés lehetőségét csökkentsük. Minden várakozás veszélyes azonban, ha a fenyegető helyi, vagy általános tüneteket észlelünk (veseműködéselégtelenség, fokozódó szív -és érrendszerkárosodás, pulsusgyengülés, lesoványodás, peritonealis tünetek.) Ilyen esetekben a műtéti indicatiót a fehérvérsejtszám, a vérsejtsüllyedés, a bakteriumflora mineműsége és láz nem befolyásolhatja, ellentétben a zárt adnexgenyedésekkel, melyeknél ilyenkor a conservativ, illetőleg exspectativ therapia indokolt.

A tbc-s eredésű esetek különleges elbirálást igényelnek. Itt a környezetbe áttörés, vagy sipolyképződés igen súlyos complicatiót jelent, mely gyors leromláshoz vezet, a spontán gyógyulás reményét pedig a minimumra csökkenti. Érthető, hogy az amúgy is legyengült szervezet újabb, kevert infectióval megbirkózni nem tud. Operálni ilyenkor azonban csak akkor érdemes, ha az általános állapot nem teszi teljesen kilátástalanná az amúgy is kevés reménnyel kecsegtető műtéti eredményt.

Az adnexsipolyok műtéte nem typus műtét. Eredményük a helyes indicatiótól, a megfelelő időpont megválasztásától, a műtő leleményességétől, személyes tapasztalataitól és nem utolsó sorban óvatosságától (melléksérülések!) függ. A műtét legyen radicalis, lehetőleg teljes méh- és függelékkiirtás, mert visszahagyott adnexrészletek újabb exsudatumhoz vezetnek és a varratok mentén a sipoly is kiújulhat. Csak ha a beteg fiatal, lehet arról szó, hogy az egyik petefészkét megkíméljük, ha az nincs a folyamat körébe vonva. Igyekezzünk pontosan peritonizálni és a fistulavarrathoz közel ne rakjunk draint, mert ez varratelégtelenséget okozhat.

Irodalom: *Berndt:* Der Chirurg 1933. 338. — *Doederlein-Krönig:* Operat. Gynaek. — *T. Heinemann:* Halban-Seitz: Biol. und Path. des Weibes V. 1. — *Matusovszky A.:* O. H. 1928. 36. — *Pauncz S.:* Magy. Nögyógy. 1934. 4—6. — *Szili:* Bp. Orvosi Ujság. 1912. 4. — *H. Thaler:* Zbl. f. Gyn, 1911, 14, — *Zurhelle:* Ztschr. f. Gyn. u. Urol. 1911. 2.

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

Adatok a peritonitis pneumococcica abortiv alakjához.

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

Az O. H. 1934. évi 43. számában *Kramár* a peritonitis pneumococcicának két abortív lefolyású alakját ismertette, kiemelve, hogy az irodalomban eddig ilyen esetekről nem tettek említést. Mindkét gyermeket más természetű betegség miatt kezelte és mindkettőn a peritonitis pneumococcica ugyan súlyos tünetekkel kezdődött, de csupán gyorsan lezajló, rövid idő alatt gyógyulással végződő szövődményt okozott. *Kramár* ezen megfigyelésekből azt következteti, hogy a betegség abortív alakja talán nem is nagyon ritka és hogy a croupos tüdőgyulladás kezdeti szakában gyakran észlelt hasi tüneteket nem mindig a mellkasi fájdalom kisugárzása, hanem peritonitis pneumococcica okozza.

A debreceni sebészeti klinikán 12 év alatt 26 betegen észleltünk peritonitis pneumococcicát. A 6 subacut eset közül csak egyet vesztettünk el, a 20 heveny eset közül azonban csak 7 gyógyult meg. Ezek egyikében a peritonitis diffusa és a legsúlyosabb sepsis tünetei abortív lefolyásra való gyorsasággal fejlődtek vissza. A beteg kórtörténetének adatai a következők:

A. E. 4 éves leánygyermeket 1933. márc. 19-én azzal hoztak a klinikára, hogy *4 órával* azelőtt hidegrázás, nagy láz és többszöri hányás kíséretében hirtelen heves hasfájdalmakkal betegedett meg. A gyermeknek 6 hete mandulagyuladása, 2 hete orvosa szerint 2 napos influenzája volt. Az előző nyáron többször volt hólyaghurutja.

A gyermek bőre és nyálkahártyái szederjesek, nyelve bevont, torka belövelt. Erdes légzésen kivül a tüdőkben kóros eltérés nincsen. Szivműködése óraketyegésszerü, szivhangjai halkak, érverése percenkint 156. Hömérséklete 39.4 C°. A has mindenütt feszes, nyomásra, tapintásra érzékeny, leginkább az a'has baloldalán. Máj- és léptompulata rendes. A Douglas-üreg érzékeny. Hüvelyfolyása nincsen. Vizeletében kevés genny. Leukocyták száma 21.000.

Kétségtelen volt, hogy a gyermeknek hashártyagyuladása van, csak annak eredetét nem lehetett azonnal megállapitani. Átfúródásos hashártyagyuladásra, heveny féregnyúlványgyuladásra és genuin peritonitisekre gondolhattunk. Appendicitis kezdődhetik a leghevenyebb módon, amikor a hashártya izgalmi tüneteit nehéz elkülöníteni a hashártya gyuladásos tüneteitől, de olyan súlyos általános állapotot akkora elesettséget, mint amilyent e gyermeken látunk, az első órákban mégsem szokott okozni. Megelőzőleg olyan betegségben, ami átfúródást okozott volna, nem szenvedett. Idegentest — pl. csontszálka — átfúródás ellen szólt a betegség rendkívül heves kezdete. A genuin hashártyagyuladások valamelyik alakját kellett feltételezni, amelyek között aránylagos gyakoriságánál fogva a streptococcus-, gonococcus-okozta és egyéb eredetü hashártyagyuladásokkal szemben a peritonitis pneumococcica látszott a legvalószínübbnek. Ennek megfelelően várakozó álláspontot foglaltunk el, annál inkább, mert bármilyen mütéti beavatkozás kétségtelenül végzetes lett volna a gyermekre, akkori állapotában.

Adigant és 2 ccm solvochint adtunk és hasára vizes borogatást alkalmaztunk. Amerikai eredetü pneumococcus-törzsekkel és homológ savóikkal intracutan-oltásokat végeztünk, s a reakciók szerint a kórokozó pneumococcus a II. csoportba tartozott.

Márc. 20-án a gyermek állapota javult, szederjessége elmult, hasfájása enyhült, a has feszessége csökkent, nem hányt. Jobb fülére panaszkodott. Hümérséke 37.1 C°, érverése 102. Aluszékony. Ugyanazon gyógyszereket kapta, mint az előző napon. Márc. 21-én a fülgyógyász-consiliarius a jobb fülön paracentesist végzett, a böven ürülő gennyben mikroskoppal, majd tenyésztéssel pneumococcus volt kimutatható. A gyermeknek többször volt híg, hasmenéses széke. Hömérséke 37.9 C°. Márc. 22-én hasmenése megszünt, de ismét hányt. Hasi érzékenysége, fülfolyása csökkent. Acetonuria miatt dextroset és 5 egység insulint kapott az eddigi adigan és solvochin mellett. A következő napokon egyre jobban lett, hasfájása megszünt, nyomásra csak a köldök alatt maradt kissé érzékeny. Széke két naponként volt. Fülfolyása rohamosan apadt. Márc. 28-án lábbadozó állapotban hazavitték.

A betegség gyors ütemben fejlödött és zajlott le. Sem mütét, sem hasi csapolás nem igazolta ugyan, hogy a hashártyát pneumococcus fertózte, de a súlyos hashártyagyulladást kétségtelenül meg lehetett állapitani, a kórokozó természetét pedig mind a serologiai vizsgálat, mind a középfülgyuladás genyének vizsgálata egybehangzóan tisztázta.

12 nap mulva, ápr. 2-án a gyermeket ismét visszahozták. Szülei elmondották, hogy otthon 3 napig teljesen jól érezte magát, majd egy hétig tartó, lázzal járó bélhurutja támadt. Orvoslásra a betegség tünetei visszafejlödtek ugyan, de a gyermek továbbra is fájlalja a hasát. Vizsgálatkor a köldök és a symphysis között ludtojásnyi fájdalmas terimenagyobbodást találtunk, amely hasi tályognak felelvén meg, azonnal belemetszettünk. A bélközötti tályogüregből 30 ccm pneumococcusokat tartalmazó sürü geny ürült. A beteg gyógyulása zavartalan volt, a klinikát máj. 12-én felszines sarjadzó sebbel hagyta el.

Az eleinte abortiv lefolyásunak látszó peritonitis pneumococcica utóbb mégsem bizonyult annak. A fennálló otitis mellett valódi recidivára is lehetett gondolni, amit a hasmenéssel járó, hirtelen megújuló hasi panaszok támogattak. Figyelemreméltó, hogy ebben a betegségben egészen szokatlan kis terjedelmü hasi tályog képződött. Esetünk ilyenmódon a jól ismert elgennyedő és az abor-

tiv lefolyású peritonitis pneumococcica között átmeneti alaknak felelt meg.

Az a körülmény, hogy a peritonitis pneumococcica abortiv módon is meggyógyulhat, egy okkal több amellett, hogy azt ne operáljuk azonnal. A szerzők túlnyomó többsége ugyis csak diagnostikai nehézségek esetén operál, máskülönben csak a subacut szakban mindig kifejlődő hasi tályogot nyitja meg. Mind az ismertetett, mind a többi esetünk is azt bizonyítja, hogy a peritonitis pneumococcicának nincsen olyan „praesepticus állapota", amikor a korai műtétet jó reménnyel lehetne elvégezni, mint azt *Corachan* állítja. A gyermek a betegség néhány órás fennállása után már a legsúlyosabb sepsis állapotába került.

A peritonitis pneumococcicával foglalkozó közlemények némelyikében vanak célznások arra, hogy a gyulladás abortiv módon is gyógyulhat, anélkül, hogy ilyen eseteket ismertetnének. Legújabban *Budde* említi, (Arch. kl. Chir. 178 k. 310.) hogy a betegség szakaszai abortiv alakban folyhatnak le. Csak egy közleményt találtam, amely abortiv lefolyású peritonitis pneumococcicát ír le, amelyik a *Kramár*éval egy időben jelent meg. *Piotet* (Rev. Méd. Suisse Rom. 1934. 1012—1015.) két esetet közöl, amelyek heveny féregnyulványgyulladás kórisméjével kerültek műtétre. Egyik beteg féregnyulványa épnek bizonyult, a másiké sem látszott lobosnak, csak a szövettani vizsgálat mutatott ki gyulladást. A belek mérsékelt fokban beléveltek voltak, az egyik gyermeknél különösen a legalsó csípőbélkacs és a vakbél. A belek között kevés igen nyúlós, szagtalan izzadmány volt, amelyben pneumococcust mutattak ki. Műtét után az egyik gyermek hasában genyedés indult meg, ami a szétvált műtéti sebben keresztül tört magának útat. A másik gyermek sebe elsődlegesen gyógyult, a hasi tünetek gyorsan visszafejlődtek, 20 nap mulva könnyű tüdőgyulladáson esett át. Ezen két gyermek előtt két másik beteget is operáltak, kiknek műtéti lelete teljesen hasonló volt. Gyulladt féregnyulvány helyett enyhe általános hashártyagyuladást találtak nyúlós izzadmánnyal, amelyet azonban bakteriologiailag nem vizsgáltak meg. Ez a két beteg teljesen zavartalanul, elsőlegesen gyógyult. *Piotet* is felveti a kérdést, hogy az a hasi fájdalmasság, amelyet tüdőgyulladásban megbetegedett gyermekeken oly gyakran lehet tapasztalni és amely a vakbéltájon szokott a leghatározottabb lenni, nem a legalsó vékonybélkacs és a vakbél pneumococcusos gyulladásának a jele-e? Egyik operált betegükön bizonyosan annál a kettőnél, akin bakteriologiai vizsgálat nem történt, valószínűleg szintén ilyen pneumococcus-okozta ileocoecalis gyulladásról volt szó, amely enyhe lefolyású, tályogképződés nélkül gyógyuló hashártyagyulladással járt.

Miután *Kramár* és *Piotet* közleményei felhívták a figyelmet a peritonitis pneumococcia abortiv eseteire, bizonyára számos további eset észlelése és leírása fogja kibővíteni ismereteinket a betegség ezen alakjáról.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2,50 helyett 2,— P. *Krepuska István:* A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika gyermekosztályának közleménye (főorvos: Petényi Géza egyet. magántanár.)

Veleszületett bőrhiány a koponyán.

Irta: *Herczfeld L. Erzsébet dr.* poliklinikai assistens.

A veleszületett bőrhiányok keletkezése máig sem tisztázott. *Terrhun* 1930-ban az utolsó 100 év irodalmában 76 esetet talált, hol a bőrhiány a koponyán volt. Valószínű, hogy az észlelt esetek száma sokkal nagyobb, csak a más fejlődési rendellenesség nélkül mutatkozó kis bőrhiányok nem mind kerültek közlésre. Mi is több esetet láttunk már az előző években. Itt közölt esetünket kiemeli a többi közül, hogy 1. a bőrhiány szokatlanul nagy, 2. sectiós lelet is van.

A bőrhiány keletkezését illetőleg három lehetőséget szoktak említeni, 1. külső behatás, mely többféle módon jöhet létre, exostosis, promontorium, vagy symphisis nyomása, belső vizsgálat által okozott sérülés, 2. lues congenita, 3. fejlődési hiány.

Kehrer[1]) vetette fel ezen utóbbi lehetőség amniogen eredetét, *Walz*[2]) szerint a velőcső záródásának zavarából származnak a bőrhiányok. *Kovács*[3]) családi öröklésnek tulajdonít fontos szerepet.

G. I. 21. éves, normalis medenceméretű primipara 6. hónapjában spontán megszüli 750 gr-os, 35 cm hosszú s 25 cm fejkörfogatú élő fiúmagzatát. Előzetes vizsgálat nem történt.

Mindjárt feltünt, hogy a nyilvarrat felett egy 4×2 cm ellipsis alakú folytonossági hiány van (l. ábrát), melynek alapját sárgás szinű, pergament-tapintatú hártya képezi. Széle sima, kétrétegű, az egyik, a felső, hajjal borított, a haj pontosan a szélén szűnik meg, az alsó réteg kb. 1—2 miliméterrel beljebb ér, vöröses szinű, sima felszinű, úgy néz ki, mintha zsinór szegélyezné. A

1. ábra.

két réteg szorosan össze van nőve, az alatta lévő hártyaszerű résszel lazább az összefüggés úgy, hogy el lehet felette mozgatni. Ennek következménye, hogy spontán fejmozgáskor úgy tünik fel, mintha a bőr isoláltan mozogna a csont felett. Az ellipsis alakú folytonossági hiány hátsó végén van egy babnyi bőrterület, rajta hajörvényképződés, melyet 2 oldalt ívalakú sekély bőrbarázda határol. A bőr piros, fénylő, a törzsön, az arcon hypertrichosis, mely háromszögalakban a homlokra is ráterjed, egész az orrgyökig. Az egész koponya pergamenttapintatú, úgy hogy a kutacs külön nem tapintható. Óránként lefejt anyatejet kap. 34 óra mulva meghalt.

[1]) Mschr. f. Geb. u. Gyn. 31. 183.
[2]) Mschr. f. Gyn. 1924. 65. 167.
[3]) O. H. 1928. 304.

Sectio: Debilitas congenita. Aplasia partialis cutis capitis. Lien accessorius.

Kórszövettani lelet: Metszeteket készítettünk a nagy kutacsnak bőrrel nem fedett és a vele határos bőrrel már fedett részletéből.

Az átvizsgált készítményekben a praeparatumok felületének egyik széli részét többrétegű, szabályos, elszarusodó laphám boritja. Az alatta elterülő laza és mérsékelten sejtesen infiltrált kötőszövetben szabályos szőrtüszők, faggyú- és verejtékmirigyek átmetszeteit láthatjuk. Tovább haladva, mind a felületet borító hám, mind a bőr függelékei hiányzanak, ezeken a területeken vékony rétegben fibrinbe ágyazott polymorphmagvú leukocyta, lymphocyta és sejttörmelék mutatkozik. Mélyebbre haladva a laza kötőszövet bőségesen s teljesen infiltrált, amelyet polymorphmagvú leukocyta és lymphocyta alkot. Ezzel a területtel határos részlet rostos kötőszövet, mely felett egyrétegű, szabályos endothel foglal helyet.

Placenta 170 gr hiánytalan. A placentával összefüggő köldökzsinórrészlet kisujjvastagságú, 42 cm, élesen metszett. Magzatburkok simák, épek.

Esetünkben 750 gr-os koraszülött fiúgyermeken találtunk 4×2 cm-nyi, a bőr összes rétegeire kiterjedő anyaghiányt a koponyán. Ezen elváltozás létrejöttét kutatva, a sérülés kizárható, mivel belső vizsgálat előzőleg nem történt, exostosis nem tapintható, normalis medenceméretek voltak. Lues congenita semmiféle jelét sem in vivo, sem sectio alkalmával nem találtuk, s az anyán a Wassermann-reactio negativ. Az amniogen eredet ellen szól, hogy a placenta és a burok teljesen épek voltak. Családi anamnesist csak az anya bemondása alapján tudtunk felvenni, mivel vidéken lakó hozzátartozóit vizsgálatra berendelni nem tudtuk. Az anya szerint apjának fején van ugyan egy hajtólmentes heg, de tudomása szerint ez bányaszerencsétlenség következménye.

Meg lehet álapítani, hogy egy igen kis súlyú koraszülött fiúgyermeken két fejlődési rendellenességet találtunk: a sectióval kiderített lencsényi accessorius lépet és a koponyán egy 4×2 cm-nyi, a bőr összes rétegeire kiterjedő anyaghiányt, melyet nagy valószínűséggel fejlődési rendellenességnek lehet tekinteni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Elektropathologiai tapasztalatok az ideggyógyászatban. *Pause.* (Med. Klin. 1936. 2.)

A régebben elterjedt nézet, hogy a villamosáram okozta baleseti sérülések traumás neurosist okoznak, ma már nem állja meg a helyét. Az idegrendszeri sérülések nagyrésze primaer vasomotoros zavar következménye. Igen erös áram behatására és megfelelő hőhatásra (Joule-féle meleg) az idegszövet közvetlen parenchymás sérülése is létrejöhet. A vasomotorsérülés területén múló érzékzavarok is jelentkezhetnek. Az organikus idegrendszeri sérüléseket egyáltalán nem vezeti be szabályszerüen eszméletlenség, sőt ez elég gyakran hiányzik. Az áramsérülés ténye gyakran bizonyítható a bőrön található kis égési nyomokkal, melyek nem egyszer elkerülik a figyelmet. Az áram belépését a testbe gyakran különféle sensatiók, úgymint fülzúgás, látási zavarok, beszédképesség megszünése, általános fájdalomérzés, könynyü paraesthesiák a végtagokban stb. kisérhetik.

Az initialis tünetek — elsősorban a vasomotorosak — az esetek többségében gyorsan visszafejlödnek. Gyakran láthatók zavarok a verejtékelválasztás terén. A vegetativ zavarok közt előfordulhat részleges megöszülés. Környéki idegek neuritise ritkán, csak főkép súlyos égések esetében észlelhető. A gerincvelői bénulások nagy valószinüséggel vasomotoros alapon keletkeznek, néha napok, máskor azonban hetek, sőt hónapokkal a sérülés után. Az áramerösség ilyenkor rendszerint nem túlnagy, a sérülési helyek égésjelei csekélyek vagy hiányoznak. A törzs vagy végtagok átáramlása után cerebralis góctünetek sem ritkák, melyek szintén a vasomotoros rendszer sérülésén alapszanak; az erek arteriosklerotikus és lueses elváltozásaira természetesen tekintettel kell lennünk. Későn jelentkező ártalmak itt is előfordulnak. A halló- és egyensúly laesióit is észlelték. Külön csoportot alkotnak a spastikus és ataxiás, gyakran paraplegiás spinalis megbetegedések, melyek magasfeszültségü áram behatására jönnek létre. Jellemző ezekre még a súlyos égési sebek és a gerincvelő közelében történt be-, illetve kilépési helye az áramnak. Említésreméltók a koponya súlyos égési sérülései igen magas feszéltségü árammal történt érintkezés után. A koponyacsontok ugyan elég jó védőgátul szolgálnak az agyvelő számára, nemritkán azonban agytályog képződik a lassan nekrotisáló csontok alatt, súlyos sérülések esetén pedig közvetlenül is szenvedhet az agy (góctünetek, epilepsia, enkephalopathia).

Molnár István dr.

A Klein-féle rákreactio kórjelző értékéről. *Kretz* és *Pellegrin.* (Wien. klin. Wschr. 1935. 47.)

A Klein-féle rákreactio is a Freund és Kaminer eljárásán alapszik, attól csak a friss egérrákból készült reagensben és a cytolysis photographiai controlljában különbözik. Az eljárás nem használható gyomor-bélstenosis, nagyfokú kachexia, 38°-nál nagyobb hőmérséklet, vérzések, transfusio, insulin-kezelés és narkoticumok alkalmazása esetén. Vizsgálataik folyamán ezen óvatossági rendszabályok figyelembevételével a reactio a rákeseteknek 95.7%-ában volt positiv és csak 4.3%-ban negativ. Viszont a carcinomamentes esetekben a reactio csak 4%-ban volt positiv és 96%-ban negativ.

Radnai Pál dr.

Sebészet.

A habitualis könyökficam műtétéről. *J. G. Knoflach,* Wien. (Zbt. f. Chir. 1935. 49.)

A kevésbbé ismert habitualis könyökficamnak két faja van. Az elsőben az elváltozás a csontos izületi részeken van, ez részint traumás, részint congenitalis eredetü. A második fajtában nincs csontos elváltozás, hanem a lágyrészek elváltozásai szerepelnek. Mindkét esetben mindkét alkarcsont hátrafelé helyeződik.

A szerző egy esetet ismertet, amikor a fascia latából vett 3 cm széles fascia-csikkal rögzítették a könyökizületet. 4 hetes gipszkötés és utókezelés után a könyökizület mozgatása kifogástalan lett.

Markovits Béla dr.

Peritonitis kezelése filtrált ultraviolett sugarakkal. Tapasztalatok a Havlicek-féle laparophos lámpával. *R. Nicole.* Basel. (Zbt. f. Chir. 1935. 49.)

Havlicek 3 éve használja az általa szerkesztett lámpát és 108 különböző eredetü peritonitis gyógyulásáról számolt be A szerző 44 betegen alkalmazta, de nincsenek ilyen jó eredményei, mert a peritonitis complicatiói és a mortalitas nem változott.

Kétségtelen, hogy ezideig a peritonitis therapiájában ez az egyetlen hasznos eljárás, amelynek nincs ártalmas hatása és kedvező hatást tud kifejteni. Csökkenti a mütét utáni fájdalmat és a bérperistaltikát izgatja. Bizonyos mértékben emeli a hashártya védekező és felszivó erejét. A splanchnicusérshok ellen hathatósan küzd. Igy nagymértékben megrövidül az általános gyógytartam. A mütét utáni thrombosis ellen egyedül a besugárzás semmi esetre sem elég. A módszer kétségtelenül haladást jelent és érdemes a kiterjedtebb kipróbálásra a különböző klinikákon.

Markovits Béla dr.

Szülészet.

Klinikai adatok a vérzési anomaliák gyógykezeléséhez. *Reichelt.* (Med. Klin. 1936. 5. sz.)

A női vérzési rendellenességek gyógykezelésére kitünő hatásúnak bizonyult *Luteoantin,* a terhes serumból előállított gonadotrop-hormon. Húsz eset közül 17-ben sikerült a vérzést rövidebb-hosszabb injectiós kezelés után — teljesen megszüntetni. Átlagban elegendő volt 5—10 injectio; könnyebb esetekben naponta egy, súlyosabb esetekben naponta 2—3 injectiót is adtak az 50 egéregységet tartalmazó ampullákból. Különösen jól bevált genitalis hypoplasiával bíró juvenilis vérzések esetén, ahol a hypophysis-hormon jótékonyan hatott a fejletlen nemi szervekre. További előnye, hogy a vérzés elállítása nem a corpus luteum hormon *substituálása* révén történik, hanem azáltal, hogy a szervezetet fokozott sárgatest-hormon képzésére serkentjük.

Vesekövek és terhesség. *G. Tsutsulopulos;* (Zbl. f. Gyn. 1935. 40.)

A terhesség alatt jelentkező vesekő-megbetegedés három esetét emliti, melyekben a concrementumok a terhesség lefolyását nem zavarták és ezért eltávolitásuk csak a szülés után jött szóba. Eseteivel kapcsolatban kitér a terhességben fellépő vesekő-megbetegedések diagnosisának nehézségeire, melyeket a jellegzetes tünetek (vérvizelés, kólikák) esetleges hiánya. vagy azon körülmény okoz, hogy terhességi pyelitis, epekőmegbetegedés, gyomorgörcsök, vakbélgyulladás vagy ileus hasonló kórképet nyujthatnak. Ilyenkor a diagnosis tisztázására a cystoskopia, ureter-kateterismus és röntgenfelvétel szolgál. A gyógyitásban conservative járhatunk el mindaddig, mig hidegrázás, magas láz, erös görcsök és haematuria, vagy a kő gyors növekedése a mütéti beavatkozást nem sürgeti. Septikus nephritis, oldódni nem akaró anuria, erős vérzés azonnali mütéti indicatiót képez, tekintet nélkül a terhesség idejére. Nephrektomia után jelentkező veseelégtelenség vagy kétoldali fertözéses kő esetén a terhesség megszakitása indokolt.

Hufnagl Kálmán dr.

Gyermekgyógyászat.

A diphtheria elleni immunisálás Varsóban. *Grodezki E., Cziegorezewski, Jakubkiewicz, Mazarek, Szegmann.* (Klin. Wschr. 1936. 3. sz.)

Lengyelországban 1929-ben rendszeresitették a diphtheria elleni immunisálást. Az oltásokhoz a Ramon-féle anatoxint használták és már a himlőojtásokkal egyidejüleg végezték. Eleinte háromszor (10 egységgel) oltottak, gyengébb anatoxinnal kisebb számban, igen erös anatoxinnal csak egyszer oltottak, azonban mint *Jakubkiewic* és *Zejdel* vizsgálatai is mutatták az egyszeri oltás után sem volt kevesebb az antitoxinmennyiség. 100—200 egységgel oltva 10 éven felüli gyermekeken az esetek egy részében igen erős reactiót kaptak, magas lázzal, izületi fájdalommal, ezért később a szokásos anatoxint (20—30 phoeculus egységet) használtak. 1931—1934-ig Varsóban összesen 94,920 gyermeket oltottak, átlagosan 60—90 phoeculus egységgel. Az oltott és nemoltott gyermekek kor szerinti felosztásában (amennyiben statistikai összehasonlitás lehetséges) a megbetegedések mintegy negyedére, a halálozások 8—10-ére csökkentek. Bár az eddigi tapasztalatokkal ellenkezni látszik, mégis lehetségesnek tartják, hogy megfelelő concentratiójú oltóanyaggal sikerülni fog, már az első 6 hónapon belül diphtheria ellen immunisálni.

Martyn Róbert dr.

Empyemakezelés és vértransfusio. *Martin Schlegel.* (Mschr. f. Kh. 64. 5—6.)

A csecsemő és kis-gyermekkori empyemák kezelésében a conservativ kezelés a legcélravezetöbb. 30 esetük közül (korhatár 3 év), akiket ezen szempont szerint kezeltek, csupán 6 halt meg. A kezelés folyamán a vértransfusiónak nemcsak a localis leletre (csökkent secretio), hanem az általános állapotra is kifejtett feltünö jó hatását látták minden esetben, s nem egyszer a punctiót is elkerülhetövé tette. Néhány esetükről rövid kórleirást is közöl.

Flesch István dr.

Antitoxikus pertussisellenes savó. *Demnitz, Schlüter és Schmidt.* (Klin. Wschr. 1936. 1.)

Szerzőknek sikerült a lovak activ immunisálása révén egy antitoxikus pertussisellenes savót nyerni, amely specifikus antitoxin tartalma mellett egyúttal magas agglutinintiterü is, mig complementkötésben szereplő antitesteket és praecipitineket alig tartalmaz. Ezen serummal sikerült a pertussis endotoxin mérgező hatását neutralisálni, fehéregereket a halálos dosistól megvédi és a pertussis méreg nekrotisáló hatását is közömbösiti. Ezen az alapon szerzők remélik, hogy a serum a pertussis kezelésében is eredménnyel lesz alkalmazható.

Móritz Dénes dr.

Szemészet.

A szembeli capillaris nyomás gyógyszeres befolyásolása. *F. Endo.* (Acta soc. ophth. japon, 1935. Különszám.)

Különböző szemcseppek hatását vizsgálta az általános vérnyomás, pulsusszám, szemfenéki capillaris nyomás és szemfeszülés szempontjából. Az 1‰ adrenalin 0.1 ccm-nek subconjunctivalis injectiója tachykardiát, vérnyomásemelkedést, szemfenéki capillaris nyomásemelkedést és a szemfeszülés csökkenését okozta. 7%-os amin-glaukosan (histamin) becseppentése után a capillarisnyomás csökkent, egyéb irányú változás nem történt. 0.5% eserin becseppentésére bradykardia, vérnyomás, capillarisnyomás és szemfeszüléscsökkenés volt észlelhető. Hasonló a hatása a pilocarpinnak. Amylnitrit belégzése után tachykardia, a vérnyomás és capillarisnyomás csökkenése, a diastolés nyomás, a szemfenéki vérnyomás és szemfeszülés emelkedése jelentkezett.

Weinstein Pál dr.

Mély abscessus és a Descement-hártya korai átfúródásával kapcsolatban ulcus serpens corneae esetei. *U. Oganda.* (Acta Soc. Ophth. Jap. 39. k. 79. old.)

Az ulcus serpens corneae keletkezése és pathologiája az évek során át a kutatók munkája révén nagyrészt tisztáztatott, egy kérdés azonban még nem talált egyöntetü megoldásra, nevezetesen a mélyreterjedő fekély és a Descemethártya korai átfúródásának s e két tünet egymáshoz viszonyának problémája.

Szerző nagyszámú állatkisérletet végzett s azok eredményeképen a következőket észlelte:

1. 20 kisérleti nyúl-szemet staphylococcus pyogenes aureusszal oltva, majd az enucleált bulbust szövettanilag vizsgálva a cornea genyes gyulladása ellenére, sem mélyreható fekélyt, sem a Descemethártya pusztulását nem találta.

2. Az ulcus serpenshez gyakran csatlakozó glaukoma secundarium absolutum esetén keletkező változások vizsgálására 21 szemet oltott be részben pneumococcus, részben staphylococcusszal. Mélyreterjedő fekélyt nem látott, viszont a Descemethártya meg volt támadva.

3. 16 kisérletet végzett olyan módon, hogy előzőleg a staphylococcusokkal beoltott szemen müvi úton megsértette a Descemethártyát és viszont, az előzőleg megsértett membránájú szemet utólag fertözte coccusokkal. Mindkét esetben többizben látott mélyre terjedő abscessust.

Biró Imre dr.

Chiasmasérülés tüneteinek ritka oka. *Sanford* és *Craig.* (Proceedings of the staff, meetings of the Mayo Clinic, 10. k. 46. sz.)

Nöbetegük leánykora óta egy-két nappal előre megérezte a menses jöttét szemében támadó sajátságos kellemetlen érzésről. 49 éves korában bal szemén neuritis retrobulbarist találtak. 54 éves korában mindkét szemének látásélessége megromlott. Lelet: 190 Hg mm systolés vérnyomás. A szemfenéken szük arteriák, a bal papilla decolorált, a jobb részben kissé oedemás. A bal látótérnek csak felső nasalis negyede van meg, a jobbnak az alsó fele hiányzik. Mütét: Baloldali transfrontalis behatolás után a chiasmatájékon daganat vagy lobos elváltozás nem látszott, ellenben mindkét art. ophthalmica feltünöen tág és kanyargós volt. Mivel valószinünek látszott, hogy ezek nyomása a n. opticusra okozta a látásromlást, mindkét oldalon felvésték a canalis opticus tetejét. Másnap ugyan teljesen vak volt a beteg, de napok multán javulni kezdett a látása. Elbocsátásakor mindkét látótér kb. rendes tágasságú volt, a bal szemen centralis skotoma, a jobb szemen 6/12 látásélesség volt.

Perémy dr.

Bőrgyógyászat.

A granulocytopenia okáról. (Agranulocytosis.) *Zontschef. Sofia.* (D. Med. Wschr. 1935. 39. sz.)

Ujabban az aetiologiában bakterim-toxinok, röntgen, radium, salvarsan és arany szerepelnek. Az utóbbi években a pyramidon is szerepel 45 esetben, ami a szer nagy elterjedtsége mellett számra nézve kevés. Szerző két esetének rövid kórtörténetét közli: első betege hosszabb ideig szedett atophant, majd ismeretlen mennyiségü pyramidont, végül 13 nap alatt ismét 25 gr pyramidont. 800-as leukocyta-szám mellett a granulocyták absolut csökkenését észlelte. Exitus. Második betege 8 hét alatt 95 gr pyramidont és 76 ccm novalgint kapott. Kezelés végén acut agranulocytosis lépett fel, exitus. Az agranulocytosis esetek geographiai elosztása egybeesik *Kracke* és *Parker* szerint az arsenobensol és pyramidon készitmények használatának geographiai elosztódásával (Németország, U. S. A.). Hogy megfelel-e a tényeknek, az még kérdéses. A pyramidonnal kezeltek és az agranulocytosisban megbetegedett egyének száma között fennálló nagy aránytalanság arra enged következtetni, hogy az agranulocytosis nem közönséges mérgezés, hanem abban az individualis érzékenységnek is szerepe van. Szerző intracutan pyramidon-próbájának kidolgozása folyamatban van. A pyramidon túlérzékenység igen ritka és igy végleges véleményt nem tud mondani. Az is kérdéses, vajjon a pyramidon a bar-

bitursavas készítményekkel együtt adagolva fokozottab mértékben ártalmas-e. Az a kérdés sem eldöntött, hogy vegyi strukturájának melyik része ártalmas. Talán az amingyök. *Schottmüller* a pyramidonnak a használatból való kivonását jogosulatlannak tartja.

Fülöp Gyula dr.

Megjegyzések a vulva néhány chronicus gyógyíthatatlan ulceratiójára. *Clement Simon.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1935. 7. sz.)

Szerző cikkében az ulcus vulvae simplex chronicum kórképpel foglalkozik. Az elváltozás kerek, szabályos, torpid, seropurulens, vagy diphtheroid, kemény, heges szélü, kezelésre teljesen resistens, histolgiailag idült gyulladást mutató fekély, mely főleg sebészileg castrált, vagy már menopausában levő nőkön áll elő, akiknek általános állapota emellett teljesen jó. A folyamatot főleg prostituáltakon találta s a betegséget mint foglalkozási megbetegedést fogja fel több szerző a Nicolas-Favre-betegség chronikus ulcerosus alakjának tartja. Nyolc esetben elvégzett Wassermann, Ito-Reensierna és Frei reactiók mindig kombináltan fordúltak elő. A szerző ezen reactiók közül különben is csak a Wa. R.-t tartja specificusnak. Az ulcus vulvae chronicumot nem tartja kizárólag lymphogranuloma eredetünek, hanem fenntartja régi elgondolását, hogy professionalis megbetegedés, melyet az involutio állapotában lévő nyálkahártyát sorozatosan érő traumák idéznek elő.

Árokháty Vilmos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az orvosi gyakorlat szabályai. — Kiadta a Budapesti Orvosok Szövetsége, Richter Gedeon vegyészeti gyár anyagi támogatásával, vászon kötésben, 248 oldalon.

A nagysikerü, valóban hézagpótló, ízig-vérig hasznos és gyakorlati jellegü munka 6 fejezetre oszlik, melyek után a Richter gyógyszervegyészeti gyár készítményeinek ismertetése, a gyógyszerek közepes és maximalis adagainak táblázata, a mérgezések kezelése és a közületek terhére rendelhető Richter-féle készítmények cimü rovatok következnek.

Az I. fejezetet *Balassa Benő dr.*, a B. O. Sz. titkára irta „Orvosetikai szabályok" címen, a II.-at *Melly József* egyetemi magántanár, székesfővárosi tiszti orvos, a B. O. Sz. főtitkára, címe: „Az orvosi gyakorlatot érintő közigazgatási jogszabályok", a III.-at *Hajcsi György dr.*, a B. O. Sz. ügyésze, ez „Az orvosi gyakorlat büntetőjogi vonásai"-ról szól, a IV. *Schmidlechner Károly* dr. egyet. m. tanár, B. O. Sz. elnök müve: „Az orvosi rend adózási kötelezettségei"-t ismerteti, az V. „A pénztárorvosi gyakorlat szabályai"-t tárgyalja *Lehner Károly dr.* B. O. Sz. titkár tollából, a VI. fejezet az orvoskamarai törvény teljes szövege.

Az egyes szerzők a feldolgozott tárgykörök ismert szakemberei, széleskörü tudásuk és tapasztalatuk módot adott nekik arra, hogy a hatalmas anyagból a lényeget a dicséretes tömörség mellett úgy emeljék ki, hogy az érthető és hézabmentes maradjon, dióhéjban. — A kitünő tartalomjegyzék segítségével gyorsan megtalálunk mindent, amire a mai bonyolult jogszabályok és sokfelé ágazó munkánk mellett minduntalan szükségünk van, ha magunkat a tévedések, hibák, mulasztások kellemetlenségeitől és a felelősségrevonástól meg akarjuk kímélni.

A könyv a B. O. Sz. céljait és érdekeit szolgálja, azokat teljes mértékben kielégíti. Miután azonban a főváros és vidék orvosi és közegészségügyi viszonyaiban lényeges eltérések vannak, előszavában is felhívja a figyelmet arra, hogy a felsorolt rendelkezések csak a fővárosra érvényesek és egy részük vidéki vonatkozásban nem lehet helytálló.

Éppen ez az, ami azt a kívánságunkat indokolja, hogy az orvosi kamara megalakulása után, amikor annak viszonyai már tisztázódtak, hasonló vonatkozású, országos érvényü munka jelenjen meg, mert erre minden vidéki orvosnak is nagy szüksége volna, elsősorban az Országos Közegészségügyi Intézet vidéki munkájának megfelelő ismertetésével.

Minden elismerésünk a könyv eszméjének felvetőié, az egyes fejezetek íróié és az áldozatkész kiadóé.

Zemplényi Imre dr.

Die Krebsbehandlung in der täglichen Praxis. *Neumann A.* (Weidmann. Wien, Leipzig, Bern. 1935. 354.) Ára: 22 M.

Különös, érdekes és értékes könyv. *Különös,* mert talán először történik kisérlet arra, hogy a népies (mondjuk kuruzsló), a homoeopatha, a természetes gyógymód és a legmodernebb rákkutatás adatait egyenlő részletességgel tárgyalja egy orvosnak irt könyv. *Érdekes,* mert a legkülönbözőbb forrásból és értékelésből eredő anyagot közvetlenül szembeállítva, annyira különleges világitásba kerül nem egy vitás kérdés, amelyet ily formában még semmiféle ország rákirodalmában nem leltem. *Értékessé* az teszi ezt a különös összeállítást, hogy egy közös cél füti annak minden sorát: Segítést, enyhülést nyújtani egyszerü, könnyen hozzáférhető eszközökkel az olyan betegeknek, akiknek daganatát sem a kés, sem a villannyal vagy mással izzított eszköz, sem a sugaras kezelés gyógyítani többé nem tudja. Az értékes ebben a könyvben, hogy ez az összekötő célgondolat legalább látszólag egységessé teszi azt a rengeteg és igen ellentmondó adatokból összekavart egyveleget, amelyet szorgalmas irodalomkutatás és személyes kipróbálás a szerző tolla alá sodort. Az az érzésem, hogy kevesebb több lett volna. De így is mindenki, akit a szomorú sorsa arra választott ki, hogy e szenvedők tanácsadója, ápolója és vigasztalója legyen, hálás lehet azért az adathalmazért, amelyet e könyvben megtalál. Alig hiszem, hogy alig volna orvos, akinek gyakorlatában jóformán naponként föl ne merülne a kérdés, mit ajánljon és mit próbáljon ki az ily lassan pusztuló betegek állapotának javitására. A legjobb oldala a könyvnek az a föltétlen optimizmus, amely nélkül e feladatot nem is lehet vállalni.

Szokatlan azoknak az orvosoknak, akik nem ismerik a gyógyíthatatlan rákbetegek kezelésének irodalmát, amelyben *Liek, Henschen* és *Roffo* körül csoportosuló orvosokon kivül a német „Hippokratisták" szorgalmatoskodnak, az a furcsának hangzó tétel, hogy tisztán tüneti kezeléssel sikerülhet (igaz, hogy csak egyes rákféleséget) hónapokra-évekre úgy befolyásolni, hogy a beteg nemcsak munkaképességét nyeri vissza, hanem a tünetmentes időszak alatt a gyógyulás hitét is. Nagyon hangsúlyozza szerző, hogy mennyire fontos e tekintetben az orvos személyisége, aki egyéni hatásával még objective kimutatható rosszabbodás ellenére is fönn tudja tartani a betegben és hozzátartozóiban a javulásba vetett bizalmat. Az igen korán elhalt *Liek* nek ennek a különös lelkigyógymódnak hangsúlyozása talán legfőbb érdeme.

Mindenkinek, akinek gyakrabban van alkalma az ily betegekkel foglalkozni, nagyon ajánlom e könyv szorgalmas lapozgatását. Ha nyilt szemmel megtanulja a sorok között eldugott kritikát figyelembe venni, sok betegen sok jót tehet.

M. V. dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 14-i ülése.

Bemutatások:

Lendvai J.: *Cushing-kór parathyreoidea hatására tünetmentessé vált esete.* 20 éves, Cushing-kórban szenvedő fiatal leányt mutat be. Egy évvel ezelőtt a betegség tetőfokán a kórkép összes tünetei, tehát a jellegzetes teliholdszerü arc, virilis elhízás, osteoporosis, magas vérnyomás, hasfali striák, genitalis distrophia, stb. fellelhetők voltak. Parathyreoideakezelésre, melyet peroralis calcium-kezeléssel egészített ki, az összes elváltozások visszafejlődtek, sőt a hószáma is visszatért. Parathyreoidea elhagyására az adagolás kezdetén a hátifájdalmak újultak ki, kezelés befejezése után kisebb hízás indult meg. A substitutiós therapia ily nagy sikere azt mutatja, hogy a kórkép kialakulásában a hypophysis basophil adenomáján és a hyperplasiás mellékvesekérgen kívül az epitheltestek csökkent müködésének is fontos, talán döntő szerepe van, mert a megbillent hormonalis egyensúly *parathyreoideára* állt helyre.

Romhányi Gy.: *Ritka idegentest-embolia esetek.* a) 23 éves nőn mütét alatt bekövetkezett légembolia esetben a szivről készült röntgenfelvételen a jobb kamra jellegzetes légtartalma mellett az arteria coronaria ágakba jutott levegőt demonstrálja. A levegő a nyitott foramen ovalen keresztül jutott a bal szivbe és a coronariába. Az eset keresztezett arterialis légemboliának felel meg. b) 39 éves hirtelen elhalt férfi esetében az aortaív distalis részén szájadzó aneurysma az oesophagusba perforált. A gyomor nagytömegü véralvadékában nagy számban voltak szöllőhéjak és szőlőmagok felismerhetők. Az arterialis rendszerben (j. o. art. cerebri media, j. o. carotis communis, mindkét oldali art. iliaca communis és mesenterica superior) nagytömegü, gyomortartalomból származó szőlőhéjakat, illetve két szőlőmagot talált. Valószinü, hogy hányási actussal sodródtak bele az idegentestek az aneurysmába és ezen keresztül az arterialis rendszerbe, amelyeknek egy része ortograd irányban az alsó testfél, másik része az aortaívben retrograd irányban a jobboldali arteria carotis communis ágrendszerébe sodródott.

Dudits A.: Régebbi modellkísérletei és két légemboliás eset boncolásának tanulságai alapján, azon a véleményen van, hogy a keringésbe került levegő keresztüljuthat a kis vérkörön zárt foramen ovale mellett is. A légemboliás esetek papillaris izmaiban nagyfokú fragmentatio és a haránt-csikolat elmosódása és egyenetlen festődés mutatható ki. Ezen elváltozásokat megtalálta a bemutató esetében is.

Radnai P.: Kísérleti állatainak Kockel eljárásával végzett sectiója alkalmával, amennyiben előbb a bal szívfelet nyitotta meg, mindig talált a bal szívfélben is levegőt. Fontosnak tartja, hogy előbb a bal szívfél nyittassék meg, mert a jobb szívfél előbbi megnyitása esetén a kamraseptum helyzetváltozása megnehezíti a levegő kimutatását. Bemutatja a röntgenfelvéltelét, amellyel ugyancsak sikerült minden esetben a bal szívfélben is levegöt kimutatni. Kísérleteivel bizonyítottnak veszi, hogy a levegő a tüdőkeringésen át a bal szívfélbe is bejut és a levegőnek az aortarendszerben megjelenése a pulmonocoronariás reflex kiváltása és a jobb szívfél acut túltelődése mellett is nagy kórtani jelentőséggel bír. Vizsgálatai szerint, amennyiben a szív a nehézségekkel félórán át meg tud küzdeni, a légemboliás egyén megmenekül, mert a levegő absorbtio és kiválasztás útján eltávozik a keringésből.

Előadás:

Farkas I.: *A hólyagbeli idült vizeletrekedések (prostata-hypertrophia, sphincter-sklerosis) gyógyitása transurethralis prostata-műtétek útján.* Ismerteti azon megbetegedési csoportokat, melyeket régebben P. H. és P. A. elnevezés alatt ismertek. Ismerteti a körülményeket, melyek ezen megbetegedés folytán vizeletkiürítési akadályokat képeznek és azon elváltozásokat, melyeket ezek az urologiai tractusban előidéznek.

Azelőtt ezen állapotot csak a prostatában kifejlödött daganat (adenoma, adenomyoma, carcinoma) eltávolításával lehetett gyógyitani. Miután a betegek 55%-a *(Kirschner)* olyan állapotban kerül a szakorvos elé (vese-insufficientia, szív-, tüdő-, véredényrendszer megbetegedése folytán), mikor a műtét vagy egyáltalán nem, vagy csak igen nagy kockázat árán végezhető, a halálozási arányszám még ma is, a pontos vesevizsgálati módszerek ellenére, elég nagy: 0—29% *(Hryntschak)*. —

Az általa ismertetett transurethralis prostata-resectio, hólyagtükrön át, diathermiás kacs segitségével a daganatból részleteket távolit el, miáltal a daganat által okozott functionalis zavarokat vagy teljesen vagy nagy részben sikerül megszüntetni. A műtét főleg olyan egyéneken jön tekintetbe, kik radicalis műtétre nem alkalmasak, vagy pedig olyanokon, kiken a kezdő stadium miatt még nem indokolt a radicalis beavatkozás. 105 esetben végezte: 29 esetben tökéletes, 34 esetben pedig olyan eredményt ért el, hogy a beteg a katheter-élettől megszabadult, 50—100 ccm residualis vizelettel. Halálozás 1, kivérzett carcinomás egyén volt.

Külföldi statistikák (Mayo-klinika 1927-ben 13%, 1933-ban már az eseteknek 97%-ában végez transurethralis műtéteket), 40%-os teljes eredményről számolnak be, átlag 2%-os halálozással, ami, tekintve, hogy igen leromlott és korlátlan korhatárú egyénekről (86—99 év) van szó, csekélynek tekinthető, — és olyan egyénekről, kik más módon már nem voltak gyógyithatók. Rövid ideig tartó kórházi kezelést igényel, 1 napi fekvést: 3—5 nap után a katheter eltávolítható.

A műtét ambulans kezelésre nem alkalmas, megfelelő jó, bevált müszert és nagy technikai készültséget igényel.

Mező B.: Transurethralis hólyagnyakresectiót 10 hónap alatt 21 esetben végzett. Ezek közül 16 prostatahypertrophia, 3 sphinctersklerosis, 1 tabeses sphinctermerevség és 1 esetben tabes és hypertrophia együtt szerepelt. Két hypertrophia esetében a prostatában carcinomára gyanús göbök voltak. Esetei közül 13-ban teljes retentio volt, 8 esetben a visszamaradó vizelet 60—300 ccm-t tett ki. A hypertrophiák közül egy esetben csak középső lebeny, 6 esetben mindkét oldallebeny, 10 esetben pedig mindkét oldalsó és középső lebeny meg volt nagyobbodva. 11 esetben egyszer, 10 esetben pedig kétizben resekált. A gyógyeredmény kitünő. 8 esetben vizelés után a hólyagban visszamaradó vizelet nem volt, 8 esetben a visszamaradó vizelet 15 ccm-nél kevesebb volt, 2 esetben a residium 30, két esetben pedig 40 ccm-t tett ki. Egy esete a vena femoralisból leszakadt embolus következtében halt el, amelynek összefüggése a műtéttel kétséges. Ahol a beteg általános állapota megengedi, gyökeres prostatektomiát végez, amely kis halálozással rövid idő alatt teljes gyógyulást ad. Előnye a gyökeres műtétnek az, hogy a prostata-hypertrophiában elég gyakran keletkező rákképződést megelőzi. A radicalis műtétre nem alkalmas, myodegeneratiós, emphysemás esetekben elért kitünő eredményei után az eljárást a jövöben is kiterjedten alkalmazni fogja. A jó eredmények eléréséhez fontosnak tartja a betegek lelkiismeretes elő- és utókezelését, amelyben a 3%-os bórsavban oldott 1/4000-es hypermangan keveréke, amely a bakteriumokat a szövetek izgalma nélkül electiv módon másodpercek alatt elpusztítja, nagy segítségére volt. Gyulladásos szövödményt a gyógyulások alatt egy esetben sem észlelt.

Picker R.: Alkalma volt osztályán a bemutatott betegeket a resectio előtt és után látni. Az első beteget 3 héttel a műtét után volt alkalma cystoskoppal is megvizsgálni: a betegnek vizelete még zavaros volt, hólyagját maradék nélkül ürítette. Cystoskopiával a prostatahypertrophia még fennállt, az izomzat hypertrophiája is, az oldalsó lebenyben, mely a vizelést megakadályozta volt, egy mély vályu volt látható. Az utolsó beteget az 5. égetés után látta: nagy nehezen szorított ki pár csepp vereses vizeletet, úgyhogy világos, hogy a műtét valójában értékes kiegészitése a prostatahypertrophia azon eseteinek, amelyek a véres műtétnek nem hozzáférhetők. Az eredmények a technikával is összefüggnek, *Farkas* első esetében a resectio 5 perc alatt be volt fejezve. Ugyanily jó technikával látta Bécsben a Leiter-féle eszközzel dolgozni. A bécsi eszköz nem párhuzamosan vág a húgycsövel, hanem körkörös kaszáló mozgásokkal. Kifözés által sterilizálható.

Minder Gy.: Az urologiai klinikán a transurethralis prostataresectióval két év óta foglalkoznak. Gyógyeredményeiket még nem tartották közlésre érdemesnek, mert 2 év aránylag rövid idő ehhez. A transurethralis prostata-, ill. sphincter-resectio a régi Bottini-féle eljárásnak modern, a technika fejlödésével lehetségessé vált tökéletesebb vállfaja, mely mint endovesicalis eljárás kétségtelenül fejlödést jelent. Az eljárás azonban semmikép sem tekinthető veszélytelennek, nagy körültekintést, türelmet és gyakorlatot igényel és csak olyan ember kezébe való, kinek egyéb endovesicalis vizsgálatokban és gyógyeljárásokban megfelelő nagy jártassága és tapasztalata van. A transurethralis prostata-resectio az eredmény tökéletességében, még kevésbbé annak tartóssága tekintetében semmiképen sem pótolhatja a prostatektomiát. Utóbbit továbbra is prostata hypertrophia idealis gyógymódjának tartják.

A transurethralis resectio palliativ eljárásnak tekinthető, mely alkalmazható, valahányszor a radicalis mütét bármely oknál fogva kivihetetlen, vagy pedig annak elvégzése még nem indokolt. Alkalmazásának leghálásabb esetei ezért a nem túlnagy endovesicalis jellegü prostata hypertrophiák, főleg az ú. n. középlebenyek, továbbá a sphincter-sklerosis néven összefoglalt különböző typusú hólyagnyakmerevedések.

A gyógyhatás megfigyelése végett eseteik közül csak azokat választotta ki, melyeknek előzetesen legalább 3 heti állandó katheter kezelése volt. Ilyen volt 34. Ezeken 9 esetben értek el gyógyeredményt olyformán, hogy a totalis retentio megszünt és semmi, vagy csak minimalis residuum maradt vissza. 3 esetben pedig a residuális vizelet csökkenés étérték el. 22 esetben nem láttak eredményt. Megjegyezni kivánja, hogy eseteik kiválasztása alkalmával nagy kritikával jártak el s a kivitelben minden merészebb lépéstől tartózkodtak, amivel talán csökkentették a gyógyulás arányszámát, viszont elérték azt, hogy az irodalmi közlésekből ismeretes complicatiók, mint vérzés, infectio egyik esetükben sem volt. A kimetszéseket a Wolff—Bitschay eszközzel végezték, amely mellett a legutóbb Budapesten bemutatott Leüer eszköz haladást jelent, de még mindig nem oly tökéletes, mint az említett amerikai eszköz.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Ideggkórtani Szakosztályának január 17-i ülése.

Bemutatások:

Büchler P.: *Berger-féle diaphanometriás összfehérje meghatározás a liquorban.* Ezzel a módszerrel közelitőleg Kjehldahl értékeket nyerünk. A titrocomparatorban az egyik becsiszolt csőbe 2—3 ccm 10%-os sulfosalycilsav oldathoz 1 ccm liquort mérünk és összerázzuk, míg a második csőbe azonos mennyiségü reagenshez mikroburettából vagy százados pipettából 0.4 ezrelékes carbonatot tartalmazó casein-oldatból addig csepegtetünk, míg azonos fokú zavarosodás keletkezik. A comparator alját olyan üveglap képezi, amelyben különböző vastagságú párhuzamos vonalak vannak edzve s

így a zavarosodás foka subjectivitásmentesen megállapítható. 1 ccm casein oldat felhasználása 40 milligramm %-nak felel meg. Ha telített ammoniumsulfáttal kicsapjuk a liquorból az albuminokat, akkor fenti módszerrel a globulinok mennyiségét és az albumin-globulin quotát is megállapíthatjuk. A vizsgálat gyors, egyszerű és pontos kivitele megkönnyíti a laboratoriumi munkát és még otthon is elvégezhető. A caseinpor a Deér-gyógyszertárban belül fekete és fényes capsulákban készen kapható s csupán a rajta levő utasítás szerint kell oldani. 1000 esetén felül végeztek a leírt módon összefehérje meghatározást s a többi módszerrel szemben lényegesen jobbnak találták.

Göttche O.: A liquor-fehérje meghatározásához osztályán évek óta a Berger-féle eljárást használják s nagyon meg vannak az eredményekkel elégedve. Ha gümös agyhártyagyulladásban szenvedő gyermek liquorát rendszeresen vizsgáljuk még a klinikai tünetek megjelenése előtt, látjuk, hogy a legelső kóros liquor tünet a positiv Waltner- és Pándy-próba, ezt követi a sejtszám emelkedése, viszont az összfehérjetartalom, a colloidgörbe és a cukorérték csak jóval később mutat kóros elváltozást. A Waltner-próba oly hamar positiv, hogy meningitis klinikai tünetei esetén a negativ Waltner-próba kizárja a gümös agyhártyagyulladás lehetőségét.

Büchler P.: Hangsúlyozza a gyermek- és a felnőtt-liquor közti nagy különbséget.

Szatmári S.: *Jobboldali hemianopsiával, alexiával társult színlátási zavar egy esete.* Bemutató ismertet 55 éves férfi beteget, akin minden apoplexiás insultus nélkül jobboldali hemianopsia, amnestikus aphasia, alexia, és színagnosia fejlődött ki. A localisatiós jeletőségek taglalása után bemutató a laesiót a bal occipitalis lebeny mély velőállományába helyezi, mely megszakítja a jobb occipitális lebenyből jövő commissuralis rostokat és a bal radiatio opticát is. A laesio területileg valószínüleg az arteria lingualis ellátási körébe tartozik.

Sántha K.: Emlékeztet 2 év előtt bemutatott hasonló esetére és a két esetet szembeállitja egymással klinikum és valószinü anatomiai substratum szempontjából. A bemutató esetében megtartott írásképesség mellett a lényeges tünetek az olvasás zavara, szín-agnosia és hemianopsia. A hozzászóló esetében viszont megtartott olvasás-megértés és jó színlátás mellett hemianopsia és az írás zavara voltak előtérben, amihez jelzett amnestikus aphasiai, a gépies utánmondás zavara és a jobb kéz mélyérzés zavara társultak. Hozzászóló szerint az első esetben valószinüleg a baloldali art. cerebri post. területébe tartozó mélyen ülő lágyulás szerepel, míg saját esetében háborús sérülés, ill. ahhoz csatlakozott késői agytályogról van szó a temporo-parieto-occipitalis szögletében, a convexitas felől nyomulva be. Pályasémán mutatja be, hogyan képzelhető el a két syndroma anatomiai basisa.

Előadás:

Juba A.: *Az ú. n. idiopathiás polyneuritisek kórtana.* Előadó 3 látszólag önállóan meginduló, „idiopathiás" polyneuritis eset klinikai és anatomiai ismertetése kapcsán a polyneuritisek pathogenesisére és localisatiójára vonatkozó újabb nézetekkel foglalkozik. Ugyanis több olyan megfigyelése van, mely szerint az ú. n. primaer-infectiosus polyneuritisek tulajdonképpen a radicularis szakaszban indulnak meg, ahol a legsúlyosabb elváltozások is találhatók; a folyamat innen terjed a peripheriás ideg, esetleg a gerincvelő felé is. Az előadó által ismertetett első eset meghüléssel kezdődött és typusos polyneuritises tünetek fellépése után a 4. hónapban hirtelen halállal végződött. Szövettanilag a sensoros és motoros radixok gyulladásos-degeneratív elváltozásai domináltak, a peripheriás idegekben elszórt gyulladásos jelenségek. Így ebben az esetben a bevezetőleg említett viszonyok kimutathatók voltak. A második esetben a kétségtelenül infectiosus eredetre utaló kísérő tünetek mellett a folyamat több hullámzása után a 15. hónapban vezetett halálhoz. Szövettanilag a peripheriás idegekben súlyos gyulladásos, részben degeneratív elváltozások voltak jelen, míg a gyökök teljesen épek maradtak. A gerincvelőben elszórt myelitises gócok. Igy megállapítható, hogy nem mindegyik „primaer-infectiosus" polyneuritisen van radicalis elváltozás. A harmadik esetben a majdnem kizárólag motoros tünetek időbelileg egy gyomormütét után jelentkeztek; a folyamat 3 hónap alatt halállal végződött. — A fenti 3 eset összehasonlításból kiderül, hogy az „idiopathiás" polyneuritisek szövettani képe egyáltalában nem egységes; különösen nem mutatható ki a radixok bántalmazottsága minden esetben.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának január 31-i ülése.

Bemutatások:

Fleischmann I.: *Otitis haemorrhagica és purpura.* 6 éves betegen: haemorrhagiás otitis mellett a bőrön és nyálkahártyákon pontszerű vérzések. Tenyereken diffus véralafutások. Valószinüleg a fülelváltozások a haemorrhagiás diathesis részjelenségei, vagy az influenzás otitishez hasonló fülbaj hajlamosította a szervezetet a vérzésekre.

Alföldy J.: *Szokatlan nagyságú praeauricularis extraduralis tályog.* 68 éves férfin otitis, majd mastoiditis és járomnyujtványtáji subperiostalis tályog miatt antrotomiát végeztek. Nagykiterjedésü osteomyelitis a csecsnyujtványban, a proc. zygomaticus gyökerénél kb. fillérnyi áttörés a pikkelyen, mely a kb. gyermektenyérnyi extraduralis tályogot köti össze a subperiostealisszal. Gyógyulás. A fenti helyen történt áttörés okát abban látja, hogy az a rész sorvad el a legjobban az öregkorban.

Fialovszky B.: *Basedow-kór és vestibularis laesio.* Betegén 2 év előtt acut Basedow-kór kezdődött és ugyanabban az időben rendkivül heves circularis szédülés jelentkezett spontán harmadfokú nystagmussal és jobboldali vestibularis kieséssel. A Basedow gyógyultával megszünt a szédülés és a nystagmus, megmaradt a jobboldali vestibularis kiesés és a caloriás félremutatás hiánya. Feltételezhető, hogy a Basedowokozta circulatiós zavarok válthatták ki a vestibularis tüneteket.

Pogány Ö.: A félremutatás kérdése még sok vita tárgyát képezi. Valószinüleg a frontopontocerebellaris pálya valamilyen megbetegedése, de biztos, hogy szerepet játszik a frontalis lebeny dirigáló és öntudatszabályozó hatása is.

Krepuska I.: A Basedow-kór okozhat belső intoxicatio révén vestibularis tüneteket. A félremutatás tünete az otoneurologiában nem mutatkozott megbizhatónak, éppen ezért főleg a calorizálásra kell támaszkodnunk.

Szász T.: A beteget egy év alatt, nyolc havi időközzel kétszer is alkalma volt megvizsgálni a Korányi-klinikán és mindig normalisan kiváltható volt a caloriás nystagmus, csak a félremutatás hiányzott, amiből a baj vascularis okának peripheriás hatására következtet azon feltevése alapján, hogy ilyenkor a labyrinthnek a félremutatással összefüggő az a végkészüléke válik tartósan müködésképtelenné, amely különösen érzékeny az anaemiával szemben.

Germán T.: A tünetek peripheriás keletkezése ellen szól — még ha el is fogadja *Szász* vascularis magyarázatát — elsősorban a cochlearis kifogástalan müködése, mely mindvégig az is marad, másodsorban a beteg oldal felé irányuló III.-fokú spontán nystagmus, mely viszont hosszabb ideig is állott fenn, mint az peripheriás laesiókban várható. A reactiós mozgások, így a félremutatás is — ellentétben a spontán félremutatással — sok csalódást okoznak, a diagnostikában nehezen értékesithetők, a vestibularis vizsgálat gerincének a caloriás vizsgálatot tartja.

Fialovszky B.: Az endokrin megbetegedésekkel kapcsolatban ritkán tapasztalható szédüléses panasz.

Pogány Ö.: *3 napos otitis, meningitis, mütét, gyógyulás.* Sch. P. 8 éves, I. 7-én kétoldali paracentesis. Bőséges genyedés, főleg a balfülön, amelyen 4 év előtt antrotomia volt. Nagy főfájás, processus nem érzékeny. Temp. 38 C körül. Jan 9.-én hányás, amely többször ismétlődik, 10-én merev fejtartás, csónakszerüen behúzódott has, fokozott reflexek. Babinszky neg. Kernig positiv, tarkómerevség. Este lumbalpunctio, fokozott nyomású zavaros liquor ürül. Mütét: baloldalt kiterjedt csontelváltozás, főleg a zygom. sejtek felé. A sinus körül sok sarjszövet, a középső agygödör durája vérbő. Jobboldalt próbatrepanatio, sinus és dura ép. A liquor sejtszáma 770, bakteriumok nincsenek. Giemsa-készitményben főleg granulocyták. Másnap jó közérzet, rövidesen gyógyulás. Az eset meningitis serosa kórképe. *Birkholz* szerint a granulocyták jelenléte „Alarmsignal", — ez azt jelenti, hogy a lobos folyamat oly erős, hogy a capillaris endothel bántalmazottsága folytán a genysejtek a vérbe jutnak.

sz. Liebermann T.: Egy esetében látszólag korai, a mütéti lelet szerint azonban inkább késői operatio volt.

Rejtő S.: Az otitis első napjaiban jelentkező meningitisek elöidéző okát eddig mindenáron a középfülben keresték. Hozzászóló felhivja a figyelmet arra a lehetőségre, hogy a meningitis és otitis lehet egymás mellett létrejövő betegség, amelyeket egyazon ok, pl. banalis grippe vált ki.

Wein Z.: A mütéti indicatio felállításának legfontosabb pillére a lumbalpunctio, amelyet minden gyanus esetben el kell végezni.

Pogány Ö.: *A külső csontos hangvezeték primaer csontbántalma.* A betegen otitis med. acuta lat. s'n.-t talált. Két hónap mulva a bal külső hangvezető bedomborodik, hámfosztott és genyes csontszövet mutatkozik. Csontkaparék kórszövettani lelete: sequestrált csont, genyes sarjszövet. Anamnesisben lues Feltevés gumma; antiluetikus kúra negatív eredménnyel. Dobhártya jelenleg teljesen ép. A cariosus csontmegbetegedés anamnesise, localisatiója szokatlan és ritka, ezért diagnosis céljából mutatja be.

Wein Z.: Nézete szerint otit's zajlott le, amely mastoiditishez vezetett. Utóbbinak a tünetei megvannak: lágyrészduzzanat, a hallójárat felső és hátsó fala süppedt, néhány hét után spontán áttörés következett be a hallójárat felé. Felvilágositást fog nyujtani a röntgen-felvétel, a mütét pedig el fogja dönteni, hogy az elváltozás nem specifikus-e.

Az olasz gyarmati háboru egészségügye.

(Folytatás.)

Irta: *Héjja Pál dr.*, ezredorvos.

A hadjárat anyagi és egészségügyi előkészítése és fejlődése.

A gyarmatok e történelmi, tereptani, éghajlati és egyéb életviszonyainak ismertetése után világos, hogy a most megindult hadjárat úgy hadászati, mint harcászati, úgy technikai, mint anyagi, egészségügyi és ellátási szempontból, a legsúlyosabb feladatok elé állitja a végrehajtó hatalmat. Az is kétségtelen, hogy az óriási távolságok mellett, az életfenntartáshoz legszükségesebb anyagok csaknem teljes hiánya miatt, gyors döntés nem várható. A *Mussolini* varázsától és a *fascismus* lelkesedésének lángjától égő országon kivül nem hiszem, hogy akadt volna más vállalkozó erre a hadjáratra.

Ez év elején kezdődtek meg a gyarmati háború előkészületei. Elsősorban a gyarmatok és az anyaország közötti közlekedést, a szállitó eszközöket, a be- és kirakodó állomások zavartalan működését szervezték meg, hogy — a katonai és munkás csapatok, az állatok és anyag behajózásakor, a hosszú tengeri szállítás alatt és a kirakó állomásokon — a lehető legcsekélyebb ember-, anyag- és időveszteség merüljön fel. E célra a hazai behajózási állomások közül a legjobban felszerelteket, — *Nápoly, Genova, Messina* — rendezték be s az utnak indított első munkáscsapat feladatává lett: a szűk és rendes körülmények között elenyésző forgalmat lebonyolító *massaua*-i és *mogadiscio*-i kikötők kibővitése és ellátása megfelelő rakpartokkal. Hónapokon át éjjel-nappal tartó munka után azok befogadóképességét és kirakását annyira megjavították, hogy míg az első szállítmányok beérkezésekor egy katonahajó kirakása 15 napot igényelt, ma három nap alatt lebonyolódik, s az új rakpartok létesítésével egyszerre 15 hajó rakodhatik.

Az igy megnövekedett forgalmat szárazföldi irányban csak megfelelő mennyiségű és minőségű utak épitésével bonyolithatták le, melyek nemcsak a hadműveletek, hanem a jövő civilisatiós munkájának is érhálózatai. Nagy nehézséget okozott az útépitésekben elsőrangú anyaországbeli munkások hozzászoktatása a forró éghajlathoz. Igyekeztek úgy elosztani őket, hogy a lapályosabb és mélyebben fekvő vidékekre, mint a bennszülött munkások vezetői és irányitói, kevesen kerüljenek s a nagy tömeget a felföldön alkalmazták. Az útépitési munkákat 18.600 anyaországbeli, 13700 bennszülött és 1250 katona végzi, akik meglepően rövid idő alatt az utak egész sorát varázsolták elő.

Könyebb feladat adódott *Somalia*-ban, mely lapályosabb, s nem igényelt nagytömegű szakképzett hazai munkást. Itt kb. 25.000 bennszülött munkás dolgozik a tükörsima bitumen utak elkészitésén. A munkások egészségügyi, erkölcsi és szociális gondozása elsőrendű. A járványok elleni védekezésre s a táborok hygiéniájára szigorú szabályok vigyáznak. Minden munkáscsoportnak orvosa van, sőt ha számuk az 1200-at meghaladja, két orvos ügyel fel egészségükre. Minden tábor orvosi és gyengélkedő szobával rendelkezik s a súlyosabb betegek részére az *asmara*-i, *massua*-i, *mai-abari*-i polgári kórházak nyujtanak ápolást. Az egészségügyi gondoskodáson kivül, minden tekintetben az elérhető legnagyobb jólét biztositására törekednek. A munkástáborok egész kis falvakat alkotnak. Az élelmiszer, sütemény, bor, dohány és ruházati cikkeket árusitó üzletek olcsó áron minden nyujtanak. A mélyebb sikságokra beosztott munkások erőbeli állapotának fenntartására — akik az éghajlat miatt nehezebb viszonyok között dolgoznak — pótélelmiszereket, citrom, sör, jég és nagyobb vizadagokat nyujtanak. A fizetés napi 40 lira, a munkaidő reggel 6-tól 10-ig és este 18-tól 22 óráig tart. Az anyaországban maradt hozzátartozók megfelelő segélyben részesülnek.

A csapat- és anyagszállitó hajók nagyrésze *Massaua*-ban rak ki. A szomszédos *Archio*-ba irányitják a takarmány-hajókat, melyek az állatok részére szükséges szénát, szalmát és takarmányt szállítják. A másik szomszédos kikötő *Darkilia*, a fás hajók kirakóhelye, melyek a barakkok és az épületekhez szükséges faalkatrészeket szállítják és az egyéb faszükségleteket elégitik ki. A megnövekedett forgalom lebonyolítására számos kötélpályát létesitettek, igy Massaua-Asmara-Ghinda-Majakal stb. között s az *asmarai* vasutvonalat is kettősvágányúvá épitették át.

A fősúlyt arra helyezik, hogy a beérkező csapatok lehetőleg rövid ideig tartózkodjanak a nehezen elviselhető klimájú *Massaua* környékén s minél előbb az enyhébb, csaknem európai klimájú *Ghinda* és *Nefasit* környékére érjenek, részben vonaton, részben tehergépkocsikon, hogy az erős emelkedés miatt a fárasztó meneteléstől ne szenvedjenek. Innen oszlanak szét gyalogmenetben a felföld kisebb táboraiba. A napi menetelés maximuma 10 km. Hosszabb menetelés az égető talajon, — melynek forrósága a vastagtalpú cipőn is átérzik — súlyos lábfeltöréseket okoz. Az útvonalak mentén közbeeső üdülőállomások, víztartányok, telefon, élelmiszer és gyengélkedő szoba áll a menetelő csapatok rendelkezésére. A táborozásra kijelölt helyen sátrakat állitanak fel, melyek kiváló minőségű anyaga védelmet nyujt még a nagy erővel lehulló trópusi eső ellen is. Ez azonban csak ideiglenes helyzet, mert nemsokára megérkeznek a barakképitéséhez szükséges anyagot szállitó gépkocsik s rövid idő alatt egész falu épül fel.

Az élelmezés elsőrangú. A napi adagokat jelentős mértékben felemelték, annál is inkább, mert itt a magas felföldön nagyobb a kalóriaszükséglet. A kenyéradagot 700-ról 800-ra, a húst 300, a tésztát 200, a rizst 180 gr-ra emelték. Hetenként kétszer zöldséglevest és tésztaconservet kapnak, melyek már hidegen is élvezhetők. Ezenkivül kávé, cukor, narancs, citrom, gyümölcsíz, conservtej, cognac, dohány és hetenként kétszer bor egészitik ki a javadalmazást. A változatos testi táplálék mellett a lelki szükségletekről sem feledkeznek meg. A vallásos, tudományos, szórakoztató és pártpolitikai előadások, sőt filmelőadások teszik elviselhetővé a vidék kietlenségét.

A megindult hadjárat legsúlyosabb problémája a vízellátás. A mozgósitás előtt a két gyarmat vízmennyisége a szükségleteket kielégitette. Azonban az első ezred kirakása felborulással fenyegette a helyzetet. A szinte megoldhatatlannak látszó kérdést azonban máról-holnapra meg kellett oldani.

Somalia, eltekintve a kevés és gyérvizű forrástól, alig néhány m^3 felesleges vízzel rendelkezett. *Graziani* tábornok első intézkedésével megszüntette *Mogadiscio*-ban a fehér csapatok zsúfoltságát, s szétosztotta a még némi vízzel rendelkező *Chisimaio*, *Merca*, *Brava* stb. helyiségekbe. Közben a *Dalmatia* nevű vízszállító hajó enyhítette a helyzetet, s az elhanyagolt kutak feltárása után kissé megkönnyebbülten sóhajtott fel. A csapatok és munkások özönlése azonban újabb kisegítő intézkedések foganatosítására kényszerítette. Igénybevette a csapatszállítóhajók vízkészletét, melyek visszatérő útjukon úgyis pótolhatták szükségletüket s munkába állította az *Antorio* cisternahajót, mely egy-egy forduló alkalmával 10.000 tonna vizet hozott s megkezdte működését az új szódavízgyár is. Igy sikerült a napi szükségletet biztosítani, de gondoskodni kellett a holnapról is. A kérdés megoldását szakadatlan táviratváltás előzte meg *Graziani* — *De Bono és Róma* között, melynek eredménye az alábbiakban valósult meg: napi 100 m^3-re emelték a *mogadiscioi* destilláló állomás teljesítményét; újabb kétszer nagyobb teljesítményű lepárolót állítottak fel; nagy víztartót létesítettek az abesszin határ közelében; *Mogadiscio* és a határ között hatalmas cementtartályokat állítottak fel, hogy meg legyen a vízösszeköttetés a centrum és a periféria között. A mozgó csapatok vízellátásáról a beosztott cisterna és vízpároló gépkocsik gondoskodnak.

Más formában jelentkezett a vízhiány *Eritrea*-ban, ahol az előgondoskodásokat három — földrajzi, részben katonai — helyzet befolyásolta: a tengerparti rész *Massaua*, *Assab* stb. az eritreai felföld és a mozgó csapatok vízellátása. A parti részen kimeríthetetlen tartály a *Vöröstenger* állott rendelkezésre, melynek vizét kolosszális, az egész világon páratlanul álló destilláló teszi élvezhetővé, napi 1000 tonna vizet szolgáltatva. A destillált víz maga a fogyasztásra élvezhetetlen, ezért bizonyos eljárással különböző ásványi anyagokat — konyhasó, jod stb. — oldanak fel benne és szénsavval ízesítik. Az állomás hivatása egyúttal, hogy a jövőben kielégítse nemcsak az olasz, hanem a többi áthaladó hajók vízszükségletét is, annál is inkább, mert a szolgáltatott víz 15° C fokos, ami szinte hihetetlen teljesítmény ebben a forró pokolban. Vízvezetékkel látták el *Massaua*-t s a környező helyiségeket. Fokozták a meglévő kutak teljesítményét, hatalmas jéggyárat létesítettek napi 100 tonna jég előállítására. A *Nefas* mellett elterülő tó vizének felhasználására szintén lepároló telepet és vízvezetéket létesítettek. *Asmara* 70 kútjának teljesítményét napi 5000 m^3-re emelték. Hatalmas vízgyüjtő cisternákat építettek, *Ghinda*-tól az ethiop határig, ahol a harmadik követelmény, a mozgó csapatok vízellátása kerül előtérbe. E célra cisterna és lepároló autókat, sőt könnyen mozgó kis jéggyártó gépkocsikat is szereztek be. Leírhatatlan az az éjjel-nappal folyó óriási erőfeszítés, mellyel e nagyszabású előkészületek megvalósulhattak.

Hogyan történik az élelmezés? A gyarmat a kevés számú lakosság és az alig pár ezer főnyi; nagyrészt bennszülött katonaság élelmiszerszükségletét bőven fedezte. Ez a fogyasztó létszám hét hónap alatt 100.000-nél magasabbra emelkedett Valószínű, hogy az első időben kétségesnek látszott a megoldása, de fokozatos munkával kiküszöbölték a kezdet nehézségeit.

Megsokszorozódott a sütődék száma és teljesítménye. A katonai alakulatok üzembeállítása a termelést napi 150.000 kenyéradag előállításával emelte. Nagy gondot okozott a húsellátás. A hús legnagyobb része fagyasztott állapotban érkezik *Massaua*-ba. A nehézségek a kirakásban és a tárolásban jelentkeztek, amikor, ha bár rövid ideig is a forró napra került a szállítmány és megromlott. Ennek elkerülésére az államvasút 3 mozgó jégszerelvényt állított be, egyenként 60 ládával. A szerelvény a szükséges vizet az asmarai vonal mentén fekvő tóból veszi s megfagyasztja, majd beáll a kirakodó hajóhoz s a rakományt az állandó jégraktárakba szállítja. Egy-egy jéggyártó szerelvény napi 20 tonna jeget termel, s így nemcsak a hús, de minden romlandó élelmiszer szállítása biztosítva van. A —2, —4 C° hús 2 hétig tartható el, de ha a jeget megújítva a fagyasztást —5, —7 C°-ig fokozzuk, a raktározás ideje lényegesen meghosszabbítható. A fagyasztott húson kívül, fokozatos terv alapján a helyszínen található vágóállatok is fogyasztásra kerülnek.

A gyümölcsöt a mélyebben fekvő síkságok szolgáltatják. Tehergépkocsioszlopok, öszvér- és tevekaravánok, ciszterna és jégautók, a vasút, sőt a repülőgépek gondoskodnak arról, hogy minden fennakadás nélkül és élvezhető állapotban jusson a raktárakból a fogyasztókhoz. A felhalmozott készletek egy esetleges tengerzár esetén is jóideig elegendők. A változatos ételekhez szokott fehércsapatok ellátása, — akik alig képesek lemondani a napi tejadagról, s az égető forróságban a szomjúság oltására és a mosokodásra szükséges vízmennyiségről, — nagy feladat elé állítja az ellátó szolgálatot. A fejenkénti napi vízmennyiséget általában 2 literben állapították meg, azonban ennek biztosítása is nagy nehézségbe ütközik. Mint a Neghelli elfoglalására indított legújabb offenzíváról szóló jelentésekből olvasom, a kb. 13 napra tervezett hadművelet vízszükségletét a rendelkezésre álló 60 cisterna-autó csak úgy tudta biztosítani, hogy a napi vízadagot egy literre szállították le. Ez az ütközet annál is inkább nevezetes, mert itt próbálták ki a teljesen motorizált nagyobb egységek harcbavetését. Az ütközetben résztvevő „dubat"-ok több mint 100 km gyalogmenetet tettek meg, míg a fehér csapatokat és az utánpótlást motorizált egységek szállították. Az utánpótlást végző gépkocsioszlopokon kívül 1100 gépkocsi vett részt a hadműveletben. A benzinfogyasztás a 250.000 kgr-ot is felülmúlta, mert a kilométerenként átlag 400 gr-ban megállapított benzinfogyasztás a terepnehézségek miatt a legtöbb járműnél az 1000 gr-ot is meghaladta. Az elfogyasztásra került élelmiszer több mint 300.000 kgr-ot tett ki.

Nem kevésbbé fontos az állatok ellátása. Csak a hadsereg kötelékébe mintegy 25.000 öszvér, szamár és teve tartozik, amelyek az ellátó szolgálatba fontos és nélkülözhetetlen szerepet töltenek be. Az állatbetegségek közül különösen a „trypanozoma bovium" otthonos, amelynek leküzdésére annál is inkább meg kellett tenni az óvintézkedéseket, mert az emberi és állati trypanosoma között vajmi csekély a különbség, miáltal könnyen fertőző járványok kindulópontját képezhetné. Ennek megakadályozására hatalmas állategészségügyi központok létesültek *Asmara*, *Adigrad*, *Adua* és *Mogadisció* környékén, ahol a megfelelő védőoltásokat adják.

A csapatok és az állatok élelmezése tekintetében valamivel előnyösebb a helyzet *Somaliaban*. Friss gyümölcs, banán, datolya, stb. bőségesen terem, s a kiterjedt gazdaságok és telepek részben kiegészítik a behozatalt. *Genale* táján és a nagy folyók mentén intensív földmüvelés folyik és az elmult évben 7000 q gyapot, 167.000 q kukorica, 360.000 q cukornád, 3.000 q ricinus, stb. termett. A hatalmas kókuszerdők terméséből bőven jut a kivitelre is.

A technikai és anyagi felkészültség nagyságára elég megemlítenem, hogy november hó végéig több mint 540 km utat építettek s ezekhez a munkálatokhoz nem kevesebb mint 400 q dinamitot használtak el, s több mint 50.000 aknát robbantottak. De nem feledkeztek meg a technika legújabb vívmányának, a mozgófényképnek igénybevételéről sem, melynek kivitelével Corrado d'Enrico ezredest bízták meg, akinek a felvételek végzésére

négy csoport áll rendelkezésére, egyenként 3 fényképész és 6 katonával s a felvevő gépek teherautókról veszik fel a filmhiradókhoz szükséges felvételeket.

Szándékosan hagytam utoljára az egészségügyi intézkedéseket. A mult szomorú tapasztalatain okulva, felismerték e szolgálati ág mindent felülmúló fontosságát, s már a megindulási helyzet oly nagyszabású intézkedéseket tüntet fel, amelyhez hasonlót hadjárat e téren még nem mutatott. A szolgálat legfőbb irányításával a római gyarmatügyi intézet világhirű vezetőjét, *Castellani* professzort bizták meg, aki a vezetése alatt álló s korlátlan hatalommal felruházott vegyes katonai és polgári-orvosi bizottságokkal ügyel fel annak zavartalan menetére. A rendelkezésére álló tábori laboratóriumok, fertőtlenítő osztagok ügyelnek fel a gyarmatok egészségügyére s végzik az elfoglalt területek legtüzetesebb egészségügyi felderítését.

Az előkészületek felölelik a gyarmatok e. ü. rendőri megszervezését, a behajózásra kerülő, a szállítás alatt lévő s a visszatérő katonai és polgári egyének megfigyelését, a sebesültek és betegek gyógyítását, hátraszállításának megszervezését s a csataterek szanálását. Az 1934. évi statistikai adatok csak *Somaliában* tüntettek fel veszélyesebb jellegű himlő-járványt. Az első munkáscsapatokkal partraszálló e. ü. intézetek, a már meglévő *asmarai* és *mogadiscioi* oltóintézetek termelésének fokozásával, a gyarmatok hygieniai berendezésének megszervezésével, a rejtett járványos fészkek felkutatásával, a fehér és bennszülött katonai és munkáscsapatok részére szükséges elkülönítőintézetek létesítésével kezdte meg munkáját.

Az e. ü. bizottságok jelölték ki helyszini tanulmányok alapján az éghajlati és járványtani szempontból megfelelő nagyobb tábortelepek helyét, s gondoskodtak az ivóvíz és jég biztosításáról. A már meglévő vízműveket és az új kutakat a legszigorúbb felügyelet alá helyezték. Gondoskodás történt, hogy a mozgó munkás- és katonai csapatok víz-szükségletének biztosítására steridrol, gyertyás és Hartmann-rendszerű víztisztító-készülékek bőségesen álljanak rendelkezésre. A rajvonalaktól a munkás- és hadifogoly táborokig az állandó és mozgó fertőtlenítő intézetek, bakteriologiai laboratoriumok, fürdők, mosodák tömegét létesítették. A fertőzőbetegségeknek az anyaországba való behurcolásának megakadályozására a *Dodekanézos* szigetcsoportot rendezték be a várható szükségleteket messze felülmúló „quarantin" intézetekkel.

A katonai és munkáscsapatok e. ü. ellátására hivatott katona orvosok részére a firenzei alkalmazó-iskolában, a tartalékos orvosok részére a *modenai* egyetemen szerveztek többhetes tanfolyamokat a trópusi betegségek tanulmányozására. A behajózás előtt minden embert alapos vizsgálatnak vetnek alá, s az esetleges fogyatkozásokat a legszigorúbb mértékkel mérik. Minden ember kis könyvecskét kap, amelyben a gyarmatra vonatkozó összes tudnivalók, járványos betegségek és óvintézkedések fel vannak sorolva. A behajózás napján megkezdődik a malária elleni chinin-kúra. A napszúrás ellen mindenkit parafasisakkal látnak el. A partraszállás után az előbbiekben felsorolt jól megszervezett intézetek és rendszabályok védik az amúgyis nagy teljesítmény előtt álló katonák és munkások tömegeit. Jóleső érzéssel olvastam, az „Il popolo d'Italia" napilap *Adua* bevételéről szóló tudósításából, hogy „a tábori e. ü. intézetek a már legendássá vált gyorsaságukkal a város elfoglalása után 2 órával már teljes üzemmel dolgoztak."

A meglévő gyarmati kórházakat jelentősen kibővítették s számos újat létesítettek. Októberben fejezték be az új *Asmarai* 1500 ágyas sebészeti kórház építkezését. Főképen a napszúrásos és hőgutás, valamint a nagyobb műtétre szorulók részére speciális hajókat állítottak be. Ezeket az új kórházhajó typusokat a genovai arsenálban szerelték fel oly tökéletes technikai és fagyasztó berendezésekkel, hogy a legnagyobb hőségben is állandó 24 C°-ú hőmérsékletet tudnak biztosítani. Egyelőre 4 ilyen hajót állítottak szolgálatba, amelyek egy-egy hónapig állomásoznak *Massaua* és *Mogadiscio* kikötőiben. Október hó 17-én indult útnak *Paolucci* bolognai sebész professzor vezetésével az egyik legmodernebbül felszerelt sebész-csoport, melynek személyzetét 19 orvos, egy táborilelkész, 90 segédszemélyzet alkotja. Felszerelését 12 gépkocsin szállítják, amelyben 3 műtőasztal, 2 röntgen és villanyfejlesztő készülékek is szerepelnek. Az állcsont sérülések és fogbetegek ellátását *Prof. Palazzi*, a paviai egyetem fogászati klinikájának vezetője irányítja.

Az általános e. ü. felkészültség mellett leküzdhetetlennek látszó akadályok tornyosultak a mozgócsapatok e. ü. ellátásának, a sebesültek hátraszállításának s a lezajlott ütközetek után a csatatér szanálásának megszervezése elé. Ha csak futólagos pillantást vetünk Abesszínia térképére, különböző terepviszonyokat látunk az északi részen, ahol 3—4000 méteres hegyláncok emelkednek barrikádokként a hódítók elé, s szelídebb, csaknem lapályos részeket tüntet fel a déli harctér. A terepviszonyoknak megfelelően alakult tehát az e. ü. szolgálat megszervezése is. Már a világháború tapasztalatai megindították a tábori intézetek korszerűsítését. Nem célom ez alkalommal e minden tekintetben kiválóan felszerelt mozgó tábori intézeteket felsorolni, csupán néhány feltűnőbb újításról emlékezem meg.

Három főgondolat vonul át az új szervezésen: 1. a hygieniai szolgálat tökéletesítése; 2. minél gyorsabban megszabadítani a küzdő csapatot a sebesültek és betegek terhétől; 3. a szolgálat, az intézetek és az anyag egységesítése. A kiürítés megszervezése három körletre tagozódik: 1. a hadtest körletre, ahol csak a nem szállítható és az egész könnyű sebesületek helyezhetők el; 2. a hadseregkörletre, ahol a súlyosak egy része és a könnyű betegek és sebesültek nyernek elhelyezést és 3. a mögöttes országrészekre (jelen esetben a Dodekanesos szigetcsoport és az anyaország), ahová a huzamosabb gyógytartamot igénylők szállítandók. Az első és második körlet csak 50 ágyas, egységes typusú kórházakkal rendelkezik, melyek azonban szakkórházakká is átalakíthatók. A küzdő hadosztály egészségügyi oszloppal rendelkezik, mely egy kocsizott és két málházott részre oszlik s minden részéhez egy-egy 80 főből álló sebesültvivő szakasz tartozik, akik a segélyhelyekről gyüjtik össze a sebesülteket és a betegeket. Valószínűleg jól be fog válni az egységes kötszerzsákok rendszeresítése, mely a segélyhelytől végig minden intézetnél egyforma typusú és mennyiségű kötszert tartalmaz s az átadás az egymást leváltó intézetek között, ezek kicserélésével lényegesen gyorsabbá és egyszerűbbé válik. Minden láda, kosár, csomag, a szerint, hogy mit tartalmaz, az intézet száma és megnevezésén kívül színes csíkkal van ellátva, ami jelzi a tartalmát. Pld. a műszert meggyszínű, a belgyógyászati eszközöket zöld, a gyógyszert fehér, a tartalék-élelmet narancs-sárga, stb. csíkok jelzik, amiáltal a sok csomag között az éppen szükséges anyag megtalálása rendkívül egyszerű.

Az első vonalak sebesültjei és betegei lehetőleg gépkocsival, járhatatlan helyekről öszvér vagy teveháton, részben hordágyon jutnak el a legközelebbi e. ü. oszlopig, ahonnan már sebesültszállító gépkocsik szállítják a tábori kórházakba vagy az e célra is berendezett repülőterekre (több mint 30 repülőteret létesítettek), ahonnan e modern szállítóeszközök szállítják tovább a súlyo-

sabb és nagyobb műtétre szorulókat, az *asmarai* és *mogadiscioi* központokba, ahol a legtökéletesebb felszerelésű műtők és kórházak állnak rendelkezésére. December végén *Asmara* 18.000 ággyal rendelkezett. Modern kórházakat létesítettek Szejum herceg elfoglalt aduai palotájában is. Ezekből a központokból azután a vöröskeresztes vonat és kórházhajók szállítják tovább, részint a *rhodosi* megfigyelőkbe, részint az anyaország kórházaiba. A prophylactikus és hygieniai gondoskodások a csapatok e. ü. helyzetét igen kielégítővé tették. Mozgó mosodák gondoskodnak a fehérneműváltásról, s a fürdőautók a legvíztelenebb helyen is lehetővé teszik a tisztálkodást. Mozgó röntgen és fogászati ambulatóriumok, gépkocsioszlopok nagy száma áll minden esthetőségre készen.

A január végéről rendelkezésemre álló legutolsó veszteségjelentés az alábbiakban számol be:

884 halott, akik közül 427 esett el ütközetben, 396 betegségben halt el, eltünt 17 és sebesüléséből kifolyólag meghalt 4. *Castellani* professor január 26-án kelt jelentése az általános e. ü. helyzetről a következő: „A praeventív óvintézkedések és a tetravalens oltások elhárították a különféle lázak, typhus, a paratyphus és a colera veszélyét. Nagy megnyugvással állapíthatom meg, hogy sem trópusi, sem egyéb járvány nincs. A bőséges chininadagolás a malaria terjedésének határt szab, s a jelentkező esetek nagy százalékában az anyaországi recidivák szerepelnek. Összehasonlítva más gyarmati háborúkkal, ahol a fehér és szines csapatok óriási tömege pusztult el, meg kell állapítanom, hogy e. ü. téren megnyertük a háborút. Harmadik somaliai útam során megállapíthattam, hogy a kórházak nagyrésze üres, az orvosok tétlenek."

Álljanak itt a „Giornale di Medicina Militare" adatai is az állapotok jellemzéséül:

A fehér, szines és munkás csapatok megbetegedései 1935. november 15.-ig:

	Eritrea				Somalia			
	feh.	szin.	munk.	össz.	feh.	szin.	munk.	össz.
	csapatok							
Himlő	8	15	1	24	—	—	—	—
Varicella	3	77	—	80	9	425	—	434
Morbilli	11	68	8	88	24	368	6	378
Febr. recurr.	4	33	—	37	—	122	—	122
Parot. epid.	43	121	—	164	15	460	4	479
Mening. epid.	—	50	—	51	—	34	—	34
Influenza	9	4	5	18	—	—	—	—
Typhus	39	—	1	40	2	—	—	2
Dysenteria	11	1	3	15	47	24	1	72
Lues	9	8	—	17	4	7	—	11
Malaria	177	172	237	586	6	12	40	58
Tbc.	13	30	1	44	?	?	?	?

Az utóbbi hetek fellángoló harci tevékenysége sok új adatot és tapasztalatot szolgáltat. Ezekről azonban egy összefoglaló képet adni ma még lehetetlen. Bízom benne, hogy a megfelelő időben alkalmam lesz ezekről e lap hasábjain beszámolhatni. Az igen kedvező e. ü. helyzetet feltüntető hivatalos kimutatások hitelességében annál kevésbbé van okunk kételkedni, mert a járványos betegségek és az e. ü. szolgálat tökéletes működésének páratlanul álló példáját láthatjuk a világháborús járványtani chronicák tanulmányozása alkalmával is, amely szerint egyedül Olaszország tudta elhárítani a himlő és kiütéses typhus járványait — (egyetlen eset sem fordult elő az egész háború alatt), s a mindenhol dühöngő cholerajárvány is csak két ízben jelentkezett: egy alkalommal 16.000 halálozással, egy későbbi esetben 286 halálozással, mely fényes bizonyítékát adja e. ü. felkészültségüknek.

Ez egyben minden hadviselésnek alapfeltétele is. Mert hiába van meg a lelkesedés, hiába a technikai fölény, s táplálékul akár égi mannát is adhatunk annak a csapatnak, melynek szervezete beteg vagy nem bírja az éghajlat szeszélyeit. Összeomlik a legzseniálisabb haditerv is, ha járvány tizedeli annak végrehajtóit, s nincs nagyvonalú, előrelátó, részletes e. ü. előgondoskodás vagy hiányzanak annak jól képzett, hivatásuk magaslatán álló, önfeláldozó végrehajtói: az orvosok és az e. ü. személyzet.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A vallás és közoktatásügyi minister *Zalka Ödön dr.* egyetemi rendkívüli tanári címmel felruházott budapesti Pázmány Péter-tudományegyetemi magántanár magántanári képesítése tárgykörének a „Sejtkórtan" című tárgykörről „Sejtkórtan és gyakorlati kórszövettani diagnostika" című tárgykörre történt kiterjesztését jóváhagyólag tudomásul vette és őt e minőségében megerősítette.

A szemészet fontosságáról az orvostudományban tartott rendkívül látogatott előadást *Grósz Emil* professor klinikája tantermében. A csaknem teljes számban megjelent tanári karon és Rector Magnificusunkon kivül a közélet sok előkelő functionáriusát, köztük *Auguszta* főhercegasszonyt is ott láttuk a hallgatóság körében. *Boerhaave*-val kezdte a professor, ki 200 év előtt Leydenben az orvosi tudomány összes szakmáit egymaga adta elő. 1780-ban egyetemünk orvosi facultásának 5 tanára volt, száz évvel később 16, 150 évvel utóbb 30, ma a reductiók következtében újból 24. A szemészet első rendes tanszékét Budapesten *Fabini T. János* 1817-ben foglalta el. A nagy nyugati államokat megelőztük. Az új korban a szemészet első virágzása a 18-ik században Franciaországban, a 19-ik században Németországban volt, a 20-ik században a részletmunka s a technikai haladás jellemzi. Az utolsó 25 év alatt a szemvizsgáló módszerek tökéletesedtek, a szembajok aetiologiája tisztázódott, az öröklés szerepe igazolást nyert, a központi idegrendszer és szembajok összefüggése kétségtelenné vált. A trachoma kórképében a záradéktesteknek szerepük van, a sympathiás szemgyulladás metastasis, *Meller* szerint tuberculosis, a glaukoma elöidézésében a vérkeringésnek és érfalzatnak szerepe van. A physikalis therapiában a röntgen, radium, diathermia és rövid hullámok alkalmazása nagy haladást jelent. Az optikában a punctal és contact üvegeknek, az operálásokban az asepsisnek, a vértelenítésnek, az anaesthesiának, a fixálásnak van nagy jelentősége. A hályog, a glaukoma, az ideghártya operálása tökéletesedett.

A budapesti egyetemi szemklinikának alapításakor, 1801-ben 6 ágya volt, a kiegyezés éveiben 40, s ma 136, ehhez járul 1908 óta a II. sz. szemklinika 78 ággyal. Az új járóbetegek száma évente a két klinikán 28.000 (21.000+7.000), a két klinikán egy évben 2645 bentfekvő beteget vettek fel. A II. sz. tanszék beszüntetése közegészségi, tanítási és tudományos szempontból nagy veszteség. Annál is inkább, mivel a megürülő tanszék betöltésére kitünő szakemberek állnak rendelkezésre. Természetesen a fül-orr-gége és urologiai klinikák jobb elhelyezéséről gondoskodni kell.

Az érdekes előadást, melynek actualitást éppen az egyik szemészeti klinika megszüntetésének szomorú ténye adott — az előkelő hallgatóság nagy érdeklődéssel hallgatta, s utána a kiváló előadót melegen ünnepelte.

Az orvostanhallgatók segítő egyesületének 75 éves jubileuma szerdán, márc. 25-én lesz, mit a derék fiúk délelőtt 11 ó. díszközgyűléssel (I. Szemklinika), este 6 ó. hangversennyel (Zeneakademia) és utána díszlakomával (Royal-szálló) ünnepelnek és nagyon szeretnék, hogy az orvostársadalom minél melegebben és minél nagyobb számban velük ünnepelne. Ki is maradhatna közömbös a maga ifjúkori emlékeivel szemben, mikor egy olyan ifjúsági egyesület ünnepel, mely 75 év alatt, háborún, kommunismuson keresztül kiállotta a tüzpróbát még pedig mindenkor megőrizve önzetlen hagyományait. Szívünk melege és szeretete legyen az ünneplőkkel!

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Orvostudományi Szakosztálya a jan. 23-án megtarott tisztujitó közgyülésen elnökévé *Koleszár László dr.*-t választotta meg. Titkár lett: Feszt

György dr; jegyző: Herskovits I. dr. Választmányi tagok: Scheitz Vilmos dr., Szilágyi György dr., Gergely Endre dr., Vitályos András dr., Osváth Lajos dr. *Üléselnökök:* Gyergyay Árpád dr., Steiner Pál dr., Mátyás Mátyás dr., Filep Gyula dr., Jakobi József dr., Höntz Kálmán dr., Goldberger Ede dr., Orient Gyula dr.

A Szakosztály e közgyülésen serleg alapitását határozta el, amit a febr. 29-én rendezett népes társaslakomán Koleszár László avatott fel ünnepi beszéddel, miből a következő néhány sort idézzük: „Az a 13 esztendő, amit nagynevü elődöm Veress Ferenc oldala mellett, mint szakosztályi titkár eltöltöttem, érlelte meg bennem a gondolatot, hogy az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvosi Szakosztályának a megváltozott időkben az orvostudomány rohamos haladásával lépéstartása mellett egyéb kötelezettségei is vannak.

Ne hagyjuk Szakosztályunk sokféle szempontból értékes multját s annak kimagasló alakjait a feledés homályába veszni, hanem kutassuk föl a mult drága értékeit, emlékeit. Nagyjainkat öltöztessük a hála és elismerés köntösébe, hozzuk ide, mutassuk fel lelkesítő példaképen az orvostársadalamnak.

Voltak, akik alkotóképességükkel ezer akadályt legyőzve a régi Karolina közkórház súrolt padlójú, dohos betegszobáit varázsolták át modern, nagyablakú, jólevegőjü kórtermekké; laboratoriumok, mütötermek nőttek ki munkájuk által abból. Voltak kivételes nagyságú, szaktudományukat önzetlenül müvelő, akaraterős, kötelességérző, kutató szellemü, éleselméjü s ismereteiket bőkezüen osztó szakosztályi tagjaink, tanáraink, olyanok, akik sohasem fáradtak el, mert mindig dolgoztak. Voltak ezek között, akik akkor az orvosi-rend tagjait egy közös eszme jegyében összehozni tudták és összetartani is képesek voltak. Ez a példa hassa át a jelen nehéz idők orvosait is.

E serleg a munka megbecsülésének szimboluma, ezeknek a szakosztályi tagoknak emlékezetére való, szolgálja a multra emlékezés magasztos eszméjét!

Sportorvosi tanfolyam. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi Miniszter Ur engedélyével a m. kir. Testnevelési Főiskola folyó évi április 27-étől május 10-ig orvosok és orvosnők részére sportorvosi tanfolyamot rendez, melynek keretében az orvostársadalom szakférfiai fogják az elméleti rész előadásait megtartani, a gyakorlati részt pedig a Testnevelési Főiskola tanárai és előadói fogják vezetni. A tanfolyam dija 20.— pengő.

Akik a tanfolyamon résztvenni óhajtanak, lakáscimük megjelölésével legkésőbb április hó 15-ig jelentkezzenek a Testnevelési Főiskola igazgatóságánál (Budapest, I., Győri út 13.), ahol a tanfolyamra vonatkozó mindennemü egyéb felvilágositással is szolgálnak.

Organikus chemia. irta: *Zechmeister László*, egyetemi tanár, két kötetben, I, k,: 1930, II.: 1932, Egy-egy kötet bolti ára 15 P, az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói 12 P-nyi kedvezményes áron portómentesen kapják, az egész munkát pedig 24 P ért, ha az összeget előre beküldik Egyetemi chemiai intézet Pécs címre (nem a szerző címére).

Kimutatás 1936. március 8—14-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomielitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	87	3	—	—	—
3. Baranya	251.620	4	2	1	—	3	—	6	—	—	1	—	—	7	6	1	—	—
4. Békés	335.8 4	—	2	—	—	4	—	23	—	—	—	—	—	64	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	—	—	5	1	4	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	1	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	43	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—
8. Csongrád	148.353	—	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	54	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	1	1	4	—	5	—	1	—	—	—	99	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	136	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	1	1	1	—	5	—	7	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
12. Heves	322.207	3	1	—	—	2	—	6	—	1	—	—	—	22	3	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	58	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	—	1	—	4	—	9	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	1	—	2	—	7	—	—	—	—	—	53	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	7	—	2	—	22	—	46	—	—	—	—	—	180	2	—	—	—
17. Somogy	389.792	4	1	2	—	5	—	2	—	—	—	1	—	110	1	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	20	2	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	7	1	—	—	4	1	9	—	—	—	1	1	25	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	3	1	—	—	2	—	7	2	—	—	—	—	13	1	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	3	—	14	1	—	—	1	—	8	1	—	—	—
23. Veszprém	246 551	1	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—	88	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	1	1	—	8	—	9	—	—	—	—	—	112	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	3	2	1	—	5	—	8	—	—	—	1	—	5	2	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	2	—	5	—	36	—	65	—	1	—	—	—	69	4	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	2	—	—	6	1	7	—	2	—	—	—	6	—	—	—	—
IV. Győr	50.8..8	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	—	4	—	6	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	1	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	49	16	21	1	166	5	272	3	5	1	5	3	1397	31	5	—	—
Előző évben:		31	3	3	—	196	15	229	2	3	—	—	—	1008	260	6	—	—

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

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

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

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

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

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

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

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

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

Pályázati hirdetmény.

A Máv. Betegségi Biztosító Intézete Pincehely, Sárbogárd, Simontornya székhellyel pályázatot hirdet egy-egy ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőorvosi állásra. A pincehelyi kezelőorvosi állás évi dijazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 1390 P, a sárbogárdi kb. 940 P, a simontornyai pedig kb. 750 P.

A Máv. Betegségi Biztosító Intézetéhez cimzett és a szükséges okmányokkal (szül. anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyitvány, orvosi oklevél, az üzletvezetőségtől kérendő „önéletleirás" nyomtatványon megirt curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi bizonyitvány, viselt állások jövedelmeinek igazolása, stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1936. évi április hó 4-ének déli 12 óráját kell a pécsi máv. üzletvezetőség I. osztályához juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtudhatók.

Az állás betöltésénél elsősorban azok a pályázó orvosok vétetnek figyelembe, akik legalább 3 évi klinikai vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1936. évi március hó 9-én.

Máv. Betegségi Biztosító Intézete.

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLICATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.

A VIOSTERIN TOXIKUSAN HATÓ MELLÉKTERMÉKEKET NEM TARTALMAZ!

Rachitis, osteomalacia, spasmophilia és tetania souverain gyógyszere a

Viosterin

ergosterin besugárzása utján nyert, *internationalis egységekben standardizált,* tiszta

D-vitamin

(ANTIRACHITICUM PH. H. IV.) olaj és dragée alakban.

Forgalomban van:
10 ccm olaj = 150.000 Internat. egység (500 klin. egys.)
Dragée à 3.000 I.E. = (2 mg = 10 kl. egys.)
Dragée à 5.000 I.E. = (3.4 mg = 17 kl. egys.)

Viosterin olaj = Ol. antirachiticum Ph. H. IV.
Viosterin dragée = Comprimat. antirachitica. Ph. H. IV.

Viosterin a közalapok terhére rendelhető.

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 21-én, délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Manninger Vilmos:* 1. Catgut csirtalanítása 126° C-on, 2½ atmosphaera nyomással. 2. Egyenletes sugáreloszlást biztosító készülék radium tüzdelésre. — Előadás: *E. Meulengracht* kopenhágai egyetemi tanár németnyelvű előadása: Die Pylorusdrüsen und ihre Beziehung zur perniziösen Anämie.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának márc. 23.-i előadását este 7 órakor *Horányi Béla dr.* egyet. magántanár tartja „Ujabb technikai eljárások az ideggyógyászati diagnostikában és therapiában" címmel.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya március 26-án d. u. 6 órakor, a II. sebészeti klinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata. Bemutatások: *Rojkó Antal:* Gümös csipőizületi gyulladással kapcsolatos spontán ficamodás. — *Puky Pál:* Izületi chondromatosisok. — Előadás: *Kopits Imre:* Az ép csontrendszer biologiája (fejlődéstan, mechanika és anyagcsere).

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukott-erkélyes lakás azonnalra vagy májusra kiadó VII., RÁKÓCZI-ÚT 52., III. em. (lift)

Pályázati hirdetmény.

A vármegye székesfehérvári Szent-György közkórházánál megüresedett egyik alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a XI. fizetési osztály III-ik fokozata szerinti fizetés a rendeletekkel fennálló csökkentésekkel, egy szobás bútorozott lakás fűtéssel és világítással, I. osztályú természetbeni élelmezés, mely utóbbi önköltségi árának 50 %-a megtéritendő.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy orvosi oklevéllel, curriculum vitaeval, esetleges eddigi közszolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket Fejérvármegye Főispánjához címezve, folyó évi április hó 10-ig (déli 12 óra) hozzám nyujtsák be, mert később érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Székesfehérvár, 1936. évi február hó 27. napján.

4042—1936. szám.

Dr Havranek József s. k.
alispán.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaetylmalonylcarbamid

10×0·10=1.10
10×0·30=2.00

30×0.015=1.10

Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

Általános hatásu psychikus megnyugtató, kitünö spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, VI., Budapest.

Ekzema, furunculus gyulladásos sebek, lábszárfekélyek, szörtüszögyulladások stb. kezelésére.

„DERMASEPT" kenőcs

Főlerakat „Humanitás" gyógyszertár, VI. Erzsébet királyné út 30.

Sebek, fekélyek gyors behámositása és sarjadzása. Különböző bőrbajoknál a visszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.

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

ANARA-CHINOIN

beszippantása

kezdődő náthát coupiroz,
kifejlődött esetben azonnal

enyhiti a tüneteket!

Alkalmazása ujszerü, kényelmes, gazdaságos!

TETRACOR

a magyar CHINOIN

pentamethylentetrazol-készitmény

Collapsusnál, acut szívgyengeségnél, shocknál, öntudatvesztésnél, stb.

Injectio, solutio, tabletta, pulvis.

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

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

80. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1936. március 28.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

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

OPSOGON

polyvalens gonococcus vakcina, **a gonorrhoea és komplikációinak kezelésére.**

Intramuscularisan alkalmazandó.

Engedélyezve: *valamennyi betegségbiztosító intézetnél*

Katonyl dr. Deér Újabb theoreticus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORANS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál

PROMPT HATÁS! ※ Összetételében állandó. ※ Székrekedést nem okoz.

1 doboz (100 tabletta) ára: **2.20** P

LUMINAL

choreánál, eklampsiánál, izgalmi állapotoknál és sulyos álmatlanságnál. Megnyugtató és spasmolytikus hatás a központi idegrendszer motoros működéseire.

LUMINALETTEN

depressiv zavaroknál, vasoneurozisnál, Basedow-kórnál, hypertoniánál, anginapectorisnál, neurasthéniánál. Spasmolytikus hatásu már minimális adagokban.

LUMINAL-oldat 20%-os

izgalmi állapotok, status epilepticus, eklampsia, tetania, terhességi hányás kezelésére, elvonó kurákhoz. Gyorsan beálló erélyes hatás. Tartós oldat, használatra kész ampullákban intramuszkuláris befecskendezésre.

»Bayer«
LEVERKUSEN

E. MERCK
DARMSTADT

Magyarországi vezérképviselet:

Magyar Pharma Gyógyáru R. T.
Budapest, V., Akadémia-u. 3.

Wirth Károly
V. Báthory-utca 16.

Heveny lázas, fertőző és septikus megbetegedések, sepsis gyanuja esetén omnicellularis therapeuticum

SEPTOL

INTRAVÉNÁS INJECTIO

Hatóanyagai: 10 cm³ steril dextrose-oldatban foglalt hexamethylen tetramin, natrium salicylicum, coffeinum purrum és natrium camphosulfonicum

a szövődmények kifejlődését megakadályozza,

A SZERVEZET VITALITÁSÁT FOKOZZA.

A kórokozók gyors elpusztulása által a **septikus lázakat koupirozza.**

Bevált: Influenza, septikus angina, erysipelas, lymphangoitis septica, lázas abortus és gyermekágyi láznál; szennyezett sérülések, cystopyelitisek stb. kezelésénél.

DR. WANDER
GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T.
BUDAPEST

80. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1936. március 28.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Csapó József: A középfülgyulladás és csecsnyúlványgyulladás jelentősége a csecsemőkorban gyermekorvosi szempontból. (284—288. oldal.)
Petrilla Aladár: Mikor várható a legközelebbi poliomyelitis anterior acuta járvány? (288—291. oldal.)
Rutich Jenő: Az auscultatiós vérnyomásméréskor hallható kettős hang. (291—293. oldal.)
Vetter Ambrus: A myomás méh elsőleges hossztengelykörüli csavarodása. (293—295. oldal.)
Kleiner György: A polycythaemia vérképe és annak változása az állati fehérjében nagyon szegény étrendre. (295—297. oldal.)
Jósa László és Lusztig Józsa: A lueses vérsavóreactiók viselkedése sebészi beavatkozások után. (297—298. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (298—300. oldal.)
Könyvismertetés: (300. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (300—304. oldal.)
Bókay János: Billroth és Johannes Brahms barátsága. (304—306. oldal.)
Vegyes hirek: (306. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A középfülgyulladás és csecsnyulvány-gyulladás jelentősége a csecsemőkorban gyermekorvosi szempontból.*

Irta: *Csapó József dr.*, egyet. magántanár.

A csecsemőgyógyászatnak még ma is ki nem alakult, forrongó ága a középfülgyulladás és csecsnyúlvány-gyulladás, illetve annak jelentősége. A nézetek *(Finkelstein, Torday, L. F. Meyer, Bessau, Mariott* és *Burghi,* stb.) a szélső conservativ és radicalis álláspont között mozognak. Mi a budapesti gyermekklinikán sokáig a conservativ álláspontot követtük. A csecsemőgyógyászati és fülészeti klinikai megfigyelések, a laboratoriumi vizsgálatok, a gyógykezelés eredménye és végül, sajnos, sokszor a kórbonctani vizsgálatok álláspontunk változtatására késztettek.

Nem akarok az enyhe középfülgyulladással, az általános állapotot jelentékenyen nem illető antrum-empyemával, a nyilvánvaló mastoiditissel foglalkozni: ez a kérdés mondhatnám kizárólag a fülészetre tartozik, hanem rátérek a kérdés legfontosabb, sokat vitatott részére. Elégséges-e az otitis és mastoiditis kérdését minden esetben tisztán fülészeti szempontból nézni? Helyi betegség-e az otitis a csecsemőkorban? Vajjon a veszély itt is a sinusthrombosis, a sepsis (metastatikus gócokkal), a meningitis, mint a gyermekkorban, avagy a csecsemő elpusztulhat a nevezett szövődmények nélkül csupán a csecsemő egész szervezetét érintő általános, mérgező hatás miatt?

Hogy az otitis minő súlyos anyagcserezavart okozhat a csecsemő szervezetében, arra ugyanezen a helyen *Kerpel*-lel együtt rámutattunk. Az egyszerű klinikai megfigyelés is azt mutatja, hogy egy antrum-empyema, rejtett mastoiditis elégséges ahhoz, hogy a csecsemő elpusztuljon, ha idejében be nem avatkozunk.

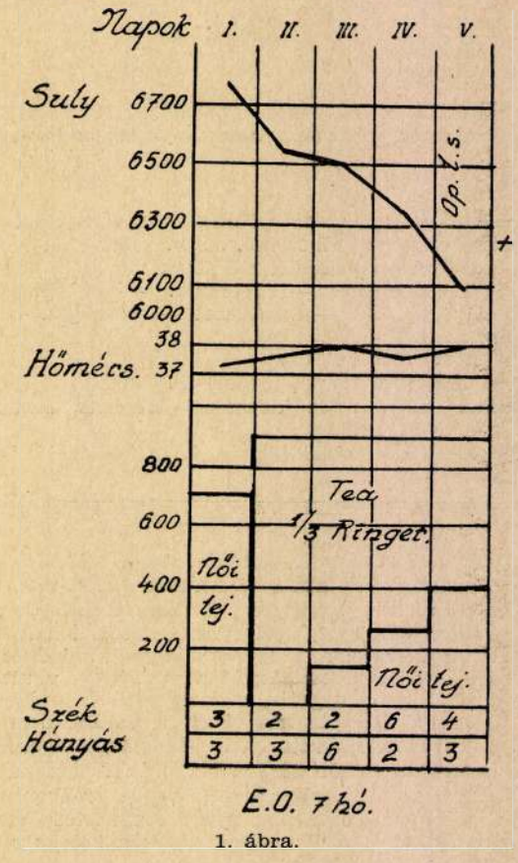
*) A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1935. áprilisában tartott előadás.

1. eset. *E. O.* 7 hónapos csecsemő, csak szopik, 8 nap óta lázas, gyakran hány, naponta 3—5 nyálkás széket ürit, nyugtalan, fogy. A csecsemő bágyadt, de nem eszméletlen, turgora mérsékelten csökkent, nyelve száraz, torka halvány; a tüdők felett negativ lelet, a légzés nyugodt, mindkét dobhártya szürke, de fényevesztett; láza mérsékelt, v zeletében fehérje opaleskál, geny negativ, cukor positiv. Nőitejjel táplálják. A csecsemő állapota napról-napra romlik, nem használ a 24 órai teadiaeta, óvatos nőitejtáplálás, Ringer-infusio dextrose, intravenás felnőtt-serum. Naponta többizben hány, 2—6 nyálkás széket ürit, súlya napról-napra csökken, a turgor lassan tésztás tapintatú lesz, eszméletét elveszti. Ellenére a naponkénti fültükrözésnek csak a betegség 12-ik, a kórházi ápolás 4-ik napján állapithatjuk meg kétségtelenül a baloldali középfülgyulladást. Paracentesisre geny ürül. Igen súlyos állapotban végezzük a trepanatiót bal oldalt, az antrum gennyel telt, 18 óra mulva exitus. Boncolás: jobb fül ép, tüdőkben gyulladásos góc nincs, a parenchymás szervek degeneráltak, a vastagbél alsó részében néhány duzzadt folliculus. A csecsemő tehát meghalt baloldali antrum-empyema, illetve ennek általános toxikus hatása következtében.

György megkülönböztet septikus és toxikus otitiseket, illetve mastoiditiseket. Az irodalomban ezt a két fogalmat felváltva használják, holott a 2 fogalom nem ugyanazt jelenti. Septikus otitisen és mastoiditisen azokat az eseteket értjük, amikor a csecsemőnek magas intermittáló, esetleg continuus láza van, a közérzet, turgor, étvágy ennek ellenére elég jó, súlyban áll, általános vérzékenység, metastatikus gócok nem észlelhetők, a táplálék tolerantiájából következtetve a vízforgalomban, az oxydatióban a zavar nem jelentékeny, csupán az épitőképesség van szembetűnően gátolva, amit a súlygörbe ellapulása mutat. A fül beteg, a szervezetben egyéb gócot nem találunk. A trepanatióval, az általános állapot szempontjából várhatunk, ezeket az eseteket azonban a fülészeknek és gyermekorvosoknak folyton figyelni kell. Bár a tolerantia elég jó, a táplálásban mégis bizonyos óvatosság ajánlatos. A vízforgalom és közbülső anyagcserezavar kimutatására szolgáló eljárások ma még nagyon bonyolultak ahhoz, hogy számszerüleg megmondhassuk, vajjon az a beteg csecsemő hajlik-e toxikosisra vagy nem, ma még inkább a sokszor nem egészen pontos klinikai megfigyelésre vagyunk utalva.

2. eset. *H. B.* 2½ hónapos csecsemőt 1934. jun. 12-én már harmadizben vettük fel a klinikára, 1 hó óta lázas, ét-

vágya elég jó, nem hány, nem fejlödik, naponta 2—3 nyálkás széke van, kizárólag szopik, mindkét füle folyik. A klinikai megfigyelés alatt a láz 38—40 fok között ingadozott, nem hányt, súlyát tartotta, közérzete, turgora elég jó volt. Tekintettel a kielégítő általános állapotra és nőitejtáplálásra, 2 izben is haza adtuk abban a reményben, hogy a láz majd idővel megszünik. A láz még az 5-ik héten sem engedett, ezért mindkét fület trepanáltuk 1 hetes időközben, majd a gyarapodás megindult, a láz csökkent, haza adtuk, az anya gyermekét gyógyultan bemutatta.



1. ábra.

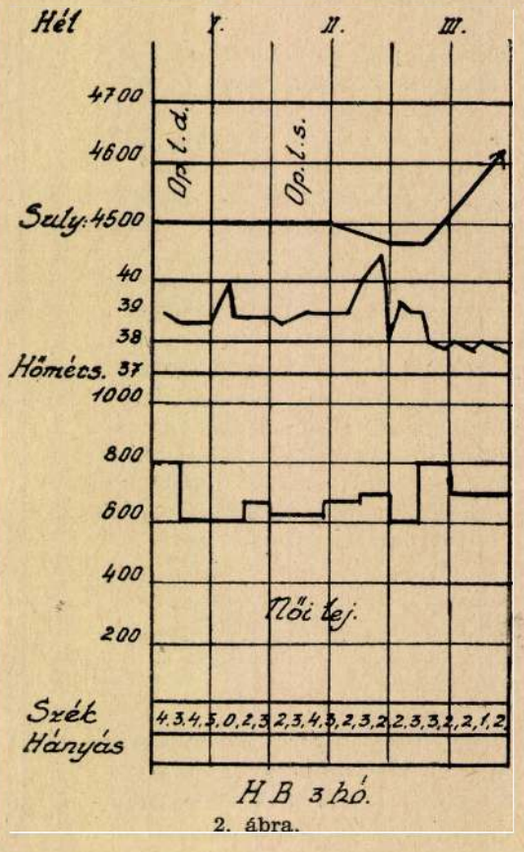
A septikus otitisektől meg kell különböztetni az otogen sepsist, amikor a szervezetben áttételes gócok támadnak. Mi ilyet keveset láttunk, *Königsberger* és *Treppel* nézete szerint a trepanatio feltétlen javasolt.

A toxikus otitiseknek és mastoiditiseknek klinikailag több csoportját lehet megkülönböztetni.

Az első csoportba azok az esetek tartoznak, amelyekben nőtejtáplálás mellett, táplálásbeli ártalom nélkül, 3—5 nyálkás széket üritve jön létre az acut toxikosis, eszméletzavarral. A csecsemő étvágytalan, hány, néhány nyálkás széket ürit. A nyálkás szék vagy az általános grippés fertőzésből ered, vagy a csecsemő súlyos általános állapotának következménye. Nem kívánhatjuk, hogy ilyen súlyos általános állapotban a bélfal működése kifogástalan legyen. A toxikus állapotnak azonban nem az a nyálkás szék az oka, hanem az otitis, illetve ennek szövődményei: antrum-empyema, rejtett mastoiditis. Ha a gócot idejében nem nyitjuk meg, akkor ezeket az eseteket éheztetéssel, cukoroldatok itatásával, transfusióval, infusióval, dextroseval, felnőtt serummal stb. megmenteni nem lehet. Ezek nem alimentaris, nem intestinalis intoxicatiók, hanem parenteralis toxicosisok.

Hogy járunk mi el ilyen esetekben? Kizárandó a táplálkozási ártalom, tüdőgyulladás, vérhas, pyelocystitis stb. a fület megvizsgáljuk, határozott otitis esetén paracentálunk. Erős kiszáradás esetén infusiót adunk, egyébként 24 óráig teát. Ha 24 óra mulva a turgor, sensoriumzavar nem javul, sőt fokozódik, s a fülből geny ürül, trepanálunk. A táplálást kizárólag nőitejjel kezdjük, az adagot naponként emeljük, míg pro kgr a 60—70 kalóriát el nem érjük. Ezt a táplálékot adjuk a székletét számára és minőségére tekintet nélkül mindaddig, míg az étvágy, közérzet, turgor, hányás meg nem javul (2—3 hét). Még erjedt székek esetén is veszélyes a fehérjés tej, Moro alkalmazása. Nőitej hiányában harmados, majd pár nap mulva feles irós rizsnyákkal táplálunk. Csak a gyógyulás után térünk át a tiszta iróra, darára, főzelékre. Szükség szerint több izben végzünk transfusiót. Általában a testsúly a műtét után még kb. 2 hétig csökken, majd a táplálék mennyiségének emelésére, minőségének említett változtatására megindul a gyarapodás. A súlyesés jórészt a műtéti területről felszivódó toxinok hatása, a súlyesés ellenére az említett óvatos táplálás mellett kitartunk, nehezen tűrhető mesterséges táplálékot nem szabad beiktatni, mert az állapot jelentékenyen rosszabbodik.

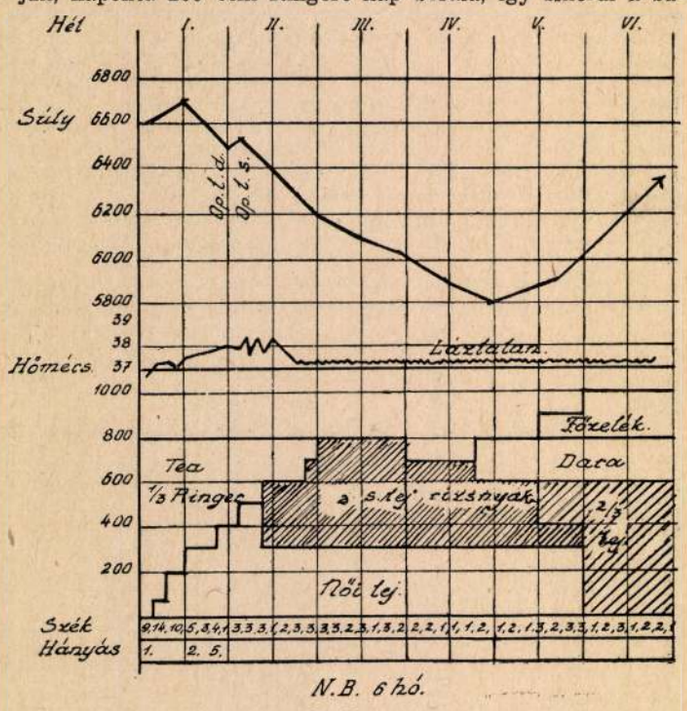
Az eszméletzavarral járó, classikus, otogen toxicosis aránylag ritka. Sokkal gyakoribb a következő typus. A csecsemő már 1—4 hét óta beteg, bágyadt, étvágytalan, időnként hány, a testsúly fokozatosan csökken, a turgor lassan romlik, nincs eszméletzavara, magas légzés, collapsus, vizes székek, nagy láz, a fül folyik, vagy paracentesisre geny ürül. Hiába táplálunk női tejjel csökkentett mennyiségben, *az általános állapot folyton romlik;* ha a fület idejében nem trepanáljuk, a végveszélyt nem tudjuk elhárítani, a csecsemő 1—2 hét mulva meghal, legjobb esetben decomponált állapotba jut. Ezek a subacut, klinikailag nem classikus, biologiai toxicosisok. A toxicosis classikus klinikai tünetei hiányosak, az egész kórképet pathogenesis szempontjából mégis, mint toxicosist kell felfognunk. A parenteralis gócból felszivódó toxinok táplálék-ártalom nélkül is lebontják a test állományát, a vízforgalom ingatag, az oxydativképesség csökken, a szervek elfajulnak, szóval a bakteriumtoxin lassan az egész szervezetet esetleg halálosan aláássa.



2. ábra.

3. eset. *N. B.* 6 hónapos az utóbbi időben feles tejjel táplált csecsemő 10 nap óta beteg, lázas, 4—5 nyálkás szék, időnként hány. Ricinust kapott, azóta 10—15 vizes szék, az utóbbi időben sokat fogyott. Átvizsgáláskor a csecsemő bá-

gyadt, nem eszméletlen, nyelve száraz, torka belövelt, turgora csökkent, a tüdő felett neg. lelet, vizeletében fehérje, geny negativ, cukor positiv, mindkét dobhártya fényevesztett, fehérvérsejt 7,200, lumbalpunctatum rendes. Az első napokban láztalan, 14 vizes széket ürít, 24 óráig teán tartjuk, naponta 200 ccm Ringert kap böralá, így sikerül a súlyát tartani. A kórházi tartózkodás 3-ik napján mindkét dobhártya hátsó-felső része sárga, elődomborodik, paracentesisre geny ürül. A ricinushatás elmulván, 3—4 nyálkás széket ürít, azonban a paracentesis, székek számának csökkenése és nöitejadás ellenére a bágyadtság fokozódik, turgor romlik, mind gyakrabban hány, mindkét fület 48 órás időközökben trepanáljuk, antrum gennyel telt. Óvatosan tápláljuk, a testsúly a műtétek után még 2 hétig csökken, majd megáll, a közérzet, étvágy, turgor megjavul, 2/3-os tejre, darára, főzelékre térve át egészségben távozik.



3. ábra.

Ezek és a hasonló esetek arra tanítanak, hogy a csecsemő fülét súlyos állapotában meg kell vizsgálni, s ha az állapot óvatos táplálás mellett a paracentesis után nem javul, ne késlekedjünk a trepanatióval, mert a beteg elpusztul. Ricinust ne adjunk minden ok nélkül, mert ártunk vele. A táplálékot ne váltogassuk folytonosan a súlyesés miatt, maradjunk meg a legkönnyebben assimilálható táplálékon mindaddig, míg az általános állapot meg nem javul.

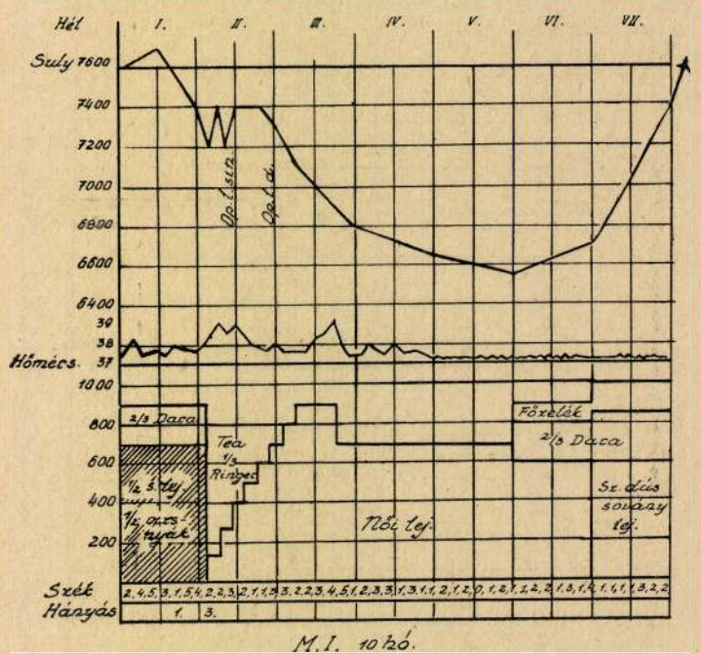
A harmadik csoportba azok az esetek tartoznak, amikor az otitis maga, minden táplálási ártalom nélkül híg vizes székeket, csillapithatatlan hasmenést okoz, a beteg kiszárad, jelentkezik az acidosis, eszméletzavar stb. Ilyet ritkán látunk, a trepanatio és más beavatkozások dacára is legtöbbször elpusztulnak.

A negyedik csoportba tartoznak az elhúzódó, semmi vagy csak kisebb hőemelkedést okozó otitisek, az általános állapot nem nagyon rossz, a *conditiót óvatos táplálással tartani lehet,* sokkal messzebb vannak a klinikailag classikus toxicosisoktól, mint a második csoport. A fül folyik. Figyelve azonban a csecsemőt azt látjuk, hogy kedvetlen, nem szívesen játszik, a táplálékát egyszer jobb, máskor rosszabb étvággyal fogyasztja el. A bőr fakó, petyhüdt, nem tésztás tapintatú, naponta néhány nyálkás széke van, könyen assimilálható táplálékon a súlyát tartja, nem gyarapszik. Ha most concentráljuk a táplálékot, vagy a nyálkás székek javítására fehérjéstejet adunk, súlya csökken. Ha azt a veszélyt nem vesszük észre, jönnek a híg, vizes székek, acidosis, exsiccosis stb. s a csecsemő meghal. Ilyen esetek nálunk is előfordultak mindaddig, míg a középfülgyulladásnak az egész anyagcserére gyakorolt hatásával nem számoltunk, az otitis csökkenti a beteg tolerantiáját, labilissá teszi az egész vizforgalmát, s ha most a csecsemőnek nehezen assimilálható táplálékot adunk a tolerantiát meghaladó mennyiségben, akkor a félheveny parenteralis toxikosisra táplálkozási ártalmat tetézünk. Ezt a hibát könnyen elkövethetjük, ha a fület, a táplálkozási zavarokban jelentéktelen tényezőnek tartva, meg nem vizsgáljuk.

M. I. 10 hónapos mesterségesen táplált csecsemő 4 hét óta beteg, lázas, 3—4 nyálkás széke van, étvágytalan, fogy, nem hány. Bőre halvány, petyhüdt, nyelve bevont, de nem száraz, torka belövelt, tüdőn negatív lelet, vizeletlelet negativ, mindkét füléből paracentesisre geny ürül. Kezdetben feles sovány tej rizsnyákkal tápláljuk, jól eszi, nem hány, majd pár nap mulva több izben hány, bágyadtsága fokozódik, ½ kg-t csappan. Az alimentaris intoxicatio veszélye miatt 24 óráig teáztatjuk, majd nőitejjel tápláljuk, erre a hányás megszünik, bágyadtság csökken. Tekintettel arra, hogy az otitis miatt a csecsemő a nevezett táplálékot nem türte, a táplálékkal nem kísérleteztünk, hanem mindkét fülét trepanáljuk. Műtétek után még 800 grammos súlycsökkenés, majd az étvágy visszatér, iróra, darára, főzelékre térünk át, súlya hirtelen gyarapszik. Azt a táplálékot, amelyen a műtét előtt az alimentaris intoxicatio fenyegette, a műtét után 3 hét mulva még töményebb formában és nagyobb mennyiségben is jól türte.

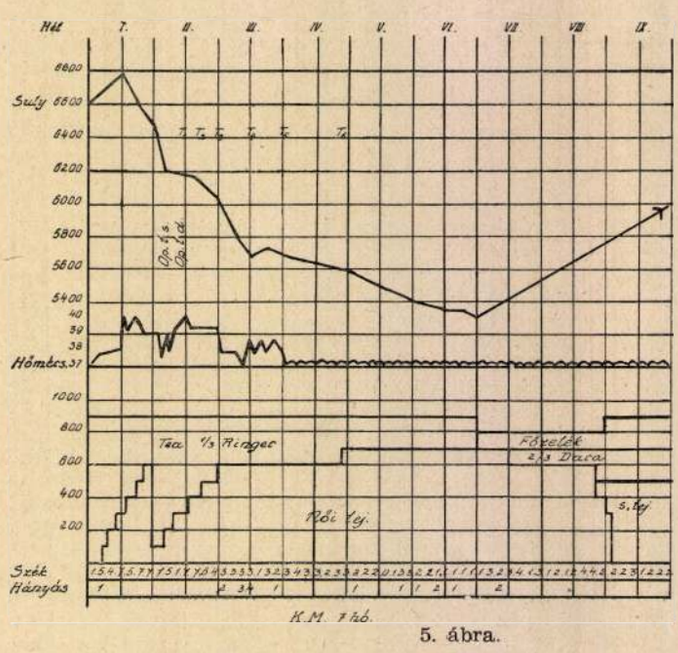
Ez az eset arra tanít, hogy ha az otitises csecsemő közérzete, étvágya, turgora hetek alatt sem javul, tehetünk ugyan kísérletet a súly megindítására, de legyünk óvatosak s ha a csecsemő állapota romlik, rögtön térjünk vissza az óvatosabb táplálásra és trepanáljuk a beteg fület. A műtét után 2—3 hét mulva a csecsemő mohón eszi az azelőtt undorral vett táplálékot. A trepanatióval elejét vehetjük egy esetleges alimentaris intoxicationak vagy decompositiónak.

Septikus-toxikus otitisen és mastoiditisen azokat az eseteket értjük, amikor a magas láz mellett általános vérzékenység jelentkezik, minden befecskendezés helye vérzik, a súly csökken, a beteg étvágytalan, hány, nyálkás, esetleg véres székeket ürít, a turgor romlik, a bőr tésztás tapintatú, áttéti gócnak nem kell feltétlen lenni. A kórjóslat kétes, a trepanatio helyén parenchymás utóvérzés indul meg, amelyet csak transfusióval lehet csillapítani. A vérzékenység 10—14 napig tarthat, amiatt



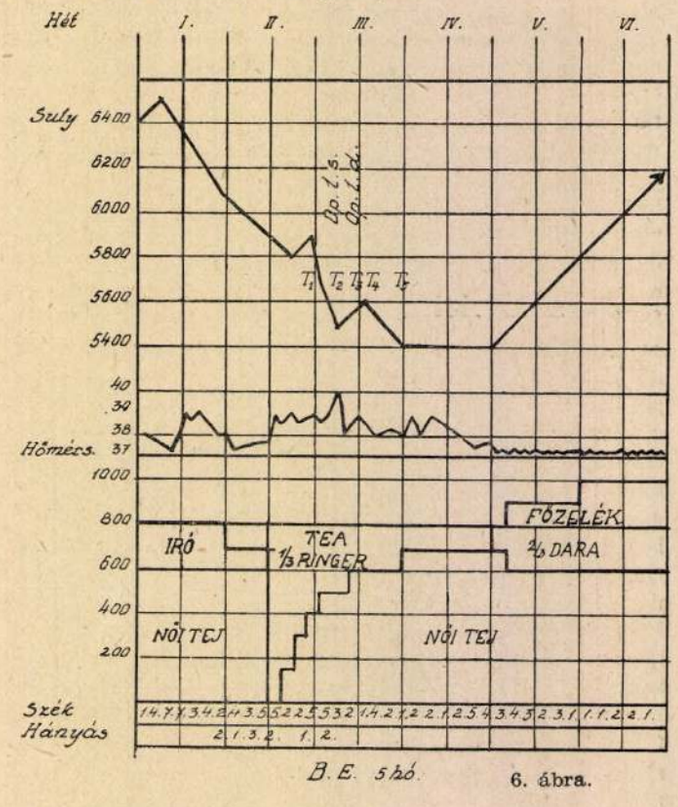
4. ábra.

ismételten kell vért adni, a vérzékenység miatt infusiót nem adunk, a táplálási elvek megegyeznek a már fent mondottakkal.



5. ábra.

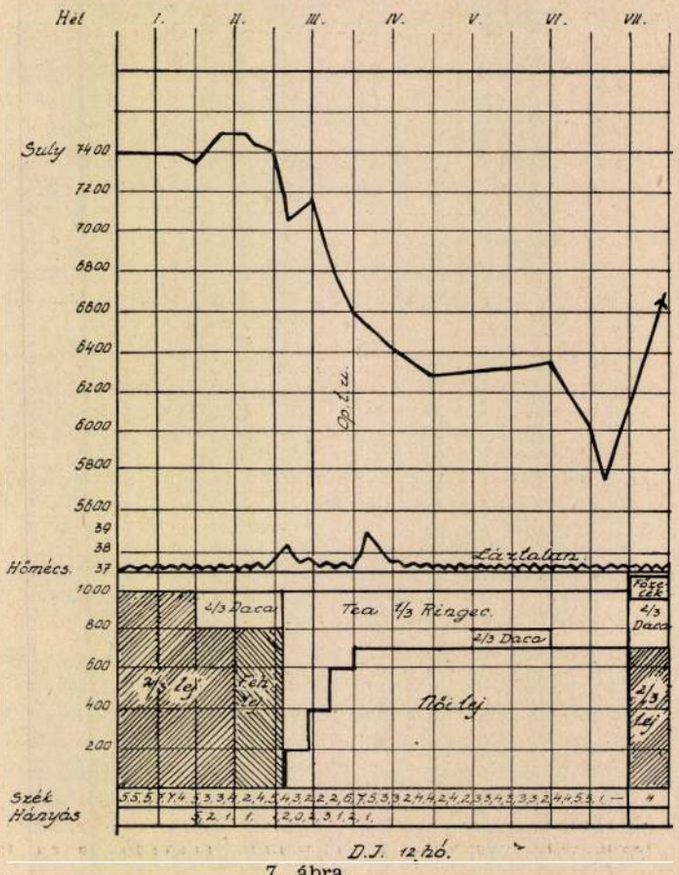
K. M. 7 hónapos csecsemő 1 hónap óta beteg, lázas, nyálkás széke van, gyakran hány. A csecsemő bágyadt, nem eszméletlen, turgora csökkent, nyelve bevont, száraz, tüdőlelete negatív, vizeletlelete negatív, paracentesisre mindkét oldalt geny ürül. Nőtejjel tápláljuk, átmeneti gyarapodás után 500 grammos súlycsappanás, magas lázak támadnak, 5—7 nyálkás széke van. 2 napos időközökben mindkét fülét trepanáljuk, antrumok gennyel teltek. A parenchymás utóvérzés miatt 6 izben végzünk transfusiót, infusio után bőralatti vérzés jelentkezik. Kizárólag nőitejjel tápláljuk, súlyából még 1 kg-t veszít, majd közérzete, étvágya megjavul, író, dara, főzelék beiktatására gyarapszik.



6. ábra.

6. B. E. 5 hónapos, főleg nőitejjel táplált csecsemő 1 nap óta lázas, a belövelt torkon kívül semmi rendellenest sem látunk, nőitejjel és iróval tápláljuk. A klinikai észlelés alatt naponta 3—7 nyálkás széket ürít. Kezdetben lázas és lázatlan napok váltakoztak, majd láza állandó lett, étvágya, bágyadtsága napról-napra rosszabbodott, turgora romlott, súlya folyton csökkent; eszméletzavart, magas légzést, vizes székeket nem észleltünk. A belövelt torok és néhány nyálkás szék nem magyarázta az állapot romlását. A füleket naponta figyeltük, a betegség 12-ik napján jobb oldalt elődomborodást, bal oldalt inkább csak sárgás elszíneződést látunk, mindkét oldalt paracentesisre geny ürül, 2 nap mulva újabb 300 grammos súlyesés, mire a jobb fület trepanáljuk, antruma gennyel telt, mütét után erős parenchymás utóvérzés indul meg, transfusiórа megszünik. Tekintettel arra, hogy a bal fül is erősen genyedt, a vérzékenységgel nem törődve 2 nap mulva azt is trepanáltuk, antrum itt is genynyel telt. A parenchymás utóvérzés után a vörösvérsejtszám 3,600.000. Nőitejtáplálason súlyát tartja, láza megszünik. közérzet, étvágy, turgor megjavul; darát, főzeléket adunk, erre gyarapodni kezd, egyenletes gyarapodással elbocsátjuk.

Otitis és idült táplálkozási zavar. Az irodalomban olvasható nemleges állásponttal szemben mindinkább az a nézetünk alakul ki, hogy a fül betegségeinek az idült



7. ábra.

táplálkozási zavarok előidézésében is van szerepe. Az otitis hetekre, kivételesen hónapokra megállítja a fejlődést, a csecsemő rendszeresen beépíteni, apponálni nem tud. Ezek az otogen dystrophiák. A trepanatióval nyugodtan várhatunk, az esetek egy része trepanatio nélkül is meggyógyul, a másik része viszont decompositióba megy át.

Otogen decompositio. Előfordulnak esetek, amikor a fül időnként vagy állandóan már hosszabb idő óta folyik, a testsúly fokozatosan csökken, a csecsemők erősen lesoványodnak, a bőr fonnyadt, ráncos, az ajak kipirult, stb. Óvatos táplálás mellett a súlyesés megáll, ha azonban a táplálék mennyiségét fokozzuk, avagy nehezen assimilálható táplálékra térünk át, a csecsemő intoxikál. A genyes góc miatt a reparatio nem indul meg, ha azonban a genyes gócot megnyitjuk s a csecsemőt óvatosan tápláljuk, a tolerantia megjavul, majd a táplálék emelésére, iróra, darára, főzelék beiktatására a fejlődés megindul.

Kétségtelen, hogy a talán egyéb okból decomponált csecsemő a csökkent ellenállás miatt könnyen kap otitist, az otitis az esetek egy részében kísérő jelenség, másrészt bizonyos az is, hogy az otitis, antrum-empyema decompositiót okozhat, az otitis az esetek másik részében nem kísérő jelenség, hanem ok.

7. D. J. 12 hónapos csecsemőnek 3 hónappal ezelőtt kanyarója volt, mely körülbelül 10 napig tartott, 1 hét mulva ismét lázas lett, mindkét füle folyni kezdett, a fülfolyás azóta is megvan. Egészen az utolsó 2—3 napig láztalan volt, azonban folyton fogyott, 4—5 nyálkás széke volt, tejhigításokkal, darával, főzelékkel rendszertelenül táplálták. Átvizsgáláskor a beteg nagyon lesoványodott, bőre fakó, száraz, ráncos, ajka kipirult, nyelve élénkpiros, torka belövelt, tüdőn negatív lelet, hasa besüppedt, a végtagokon csak a ráncos bőr és sorvadt izmok tapinthatók. A láz 1 nap alatt megszünt, kezdetben a ⅔-os tejet jól türte, majd amikor ⅔-os tejre és darára tértünk át, hányni kezdett, 4—7 nyálkás széket ürített, súlyát tartotta. Ezután az erjedt székek javítására fehérjés tejre tértünk át, mire 2—5 nyálkás széket ürítve 5 nap alatt 500 grammot fogyott, hirtelen nőitejre térünk át, súlyát 3 napig tartja, majd ismét 400 grammot csappan 24 óra alatt. Látva, hogy a conditiót tartani nem tudjuk, mindkét fülét egyszerre trepanáljuk, mindkét antrum gennyel telt, táplálékán nem változtatunk, a műtét után súlyából még 400 grammot veszit, majd súlyban áll. A műtét után 2 hét mulva a nőitej mellett 150 gramm ⅔-os darát iktatunk be, újabb 600 grammos súlyesés, visszatérünk a kizárólagos nőitejtáplálásra újabb 2 hétre, súlyát tartja, majd óvatosan darát, főzeléket iktatunk be, lassan áttérünk a ⅔-os tejre, székei megjavulnak, 5 hét alatt 2 kg-t hizott.

Otitis és vérhas. A csecsemő- és kisgyermekkori vérhasnak a pneumonián kívül az otitis a legfontosabb szövődménye. A fül jelentőségének megítélése valóban nehéz és nagy tapasztalatot igényel. Évekre van még szükség ahhoz, hogy tisztán lássunk. Amilyen hiba lenne tagadni az otitis jelentőségét dysenteriában, éppen olyan hiba lenne a dysenteriás csecsemő állapotának romlását minden esetben rejtett otitisre és mastoiditesre visszavezetni és negatív dobhártyalelet mellett is minden esetben trepanálni. Hogy az otitis hozzájárul-e a csecsemő állapotának romlásához, a következő tényezőket szoktuk figyelembe venni: 1. *a csecsemő kora,* 2. *a fertőzés minősége,* Shiga-Kruse általában rosszabbindulatú, mint a Flexner-Y typus, 3. *mióta beteg a csecsemő,* az esetek legnagyobb részében a harmadik, negyedik héten, ha szövődmény nem jön, megindul a javulás, 4. *a széklet száma és minősége,* magyarázza-e a betegség bizonyos szakában a széklet száma és minősége, amelyet általában a bélfolyamat jelzőjének tekintünk az állapot romlását, 5. *hányás,* okozhatja-e a betegség bizonyos szakában a hányást kizárólag a dysenteria, vagy egyéb ok után kell kutatnunk, 6. *a hányással és hasmenéssel kapcsolatos sóveszteség és folyadékveszteség,* a dysenteriás csecsemő a hányással és hasmenéssel sok sót veszit, ami még nem vizes székek esetén is bizonyos folyadékveszteséget von maga után, ha a paralellismus nem is teljes, ez is okozhatja az állapot romlását, 7. *a táplálék mennyisége és minősége,* a fehérjés tejet, a tiszta szénhydratdús sovány tejet, cukornélküli Morot az acut, komoly dysenteriás csecsemő rosszul tűri, a fertőzéses ártalomhoz táplálkozási ártalom járulhat, az állapot romlik. Mi a dysenteriás csecsemőket az acut szakban nőitejjel vagy feles írós rizsnyákkal tápláljuk, a műtéti javallatot a következő módon állitjuk fel. Ha pl. egy dysenteriás csecsemő a betegség kissé előrehaladottabb szakában, mondjuk a 3-ik héten, óvatos, lehetőleg nőitejtáplálás, minőségileg és mennyiségileg talán javuló székek mellett, a só- és folyadékveszteséget lehetőleg pótolva, még mindig hány, közérzete, étvágya nem javul, a turgor romlik, súlyát tartani nem tudjuk, nyilvánvaló középfülgyulladást találunk s az állapot paracentesisre sem javul, akkor a trepanatióhoz fordulunk. A további kezelést a fent elmondott elvek szerint végezzük.

Az esetekből röviden a következőt látjuk. A középfül és kapcsolatos részeinek gyulladása a csecsemőkorban a gyermekkortól eltérő sajátságokat mutat. A csecsemő szervezetének nem kellő szilárdsága az oka, hogy a középfülgyulladás, antrum-empyema, lappangó mastoiditis, illetve a felszívódó toxinok virulens fertőzés és gyenge ellenállás mellett a szervezetben súlyos általános zavarokat okozhatnak. Bizonyára vannak antrum-empyemák nem is kis számmal, amelyek a csecsemő általános állapotát jelentékenyen nem illetik és minden nagyobb beavatkozás nélkül gyógyulnak; bizonyos azonban az is, hogy az antrum-empyema maga virulens kórokozóval csökkent ellenállás mellett tönkre teheti a csecsemőt. A trepanatio ilyen esetben nem annyira fülészeti, mint inkább csecsemőgyógyászati szempontból javalt. Ha mi a középfül és kapcsolatos részeinek gyulladását csecsemőgyógyászati szempontból mérlegeljük, akkor a hangsúly nem annyira a csont megbetegedésén, hanem az általános zavarokat okozó gócfertőzésen van, ezt a gócot kell idejében, szélesen feltárni, még ha a csont nem is beteg, hogy a csecsemőt megmentsük. Két szempontból javalt a műtét, ha a csont is beteg és ha az általános állapot is rossz. Az a körülmény, hogy nyilvánvaló mastoiditis esetén aránylag ritkán látunk toxikus tüneteket, nem szól ellene annak, hogy egy rejtett mastoiditis, vagy antrum-empyema nem okozhat katastrophalis anyagcserezavart, a góc terjedelme és annak általános hatása nincsen arányban egymással.

A középfül és kapcsolatos részeinek gyulladása a maga romboló általános hatását kifejtheti a bélcsatornán keresztül (parenteralis dyspepsia) vagy anélkül néhány nyálkás szék kíséretében közvetlen hatás útján. Az előbbi esetben a parenteralis dyspepsia megszüntetésén keresztül óhajtjuk a csecsemőt meggyógyítani, utóbbi esetben viszont az általános közvetlen toxikus hatást akarjuk paracentesissel, illetve szükség esetén trepanatióval kiiktatni. Hogy a középfülgyulladás, antrum-empyema, rejtett mastoiditis ilyen ártalmas közvetlen mérgező hatást a bélcsatorna jelentékeny bevonása nélkül is kifejthet, mutatják azok az esetek, amelyekben a trepanatio után 2—3 héttel a székek száma és minősége nem változik, ennek ellenére megjavul a közérzet, étvágy, turgor stb, sőt megindul a gyarapodás. Trepanatiót csak akkor végezzünk, ha a fülben kifejezetten genyet találunk és paracentesisre, alimentaris ártalom kiiktatására, bő folyadék- és sóbevitelre, transfusióra stb. az általános állapot nem javul. Vannak esetek, amikor a középfülgyulladás megállapítása nagy nehézségbe ütközik, a dobhártyán a középfülgyulladásra jellemző elváltozások aránylag késő re jelentkeznek, a dobhártya kezdetben legfeljebb fényevesztett s mire a középfülgyulladást minden kétséget kizáróan meg tudjuk állapítani, a csecsemő már egészen leromlott, a műtéttel elkéstünk. Ennek ellenére objectiv középfüllelet nélkül trepanálni merészségnek tartom. Lehetnek esetek, amikor a trepanatiót objectiv középfüllelet nélkül végezve a genyes gócot megtaláljuk, de lesznek olyan esetek is, amikor a trepanatiót feleslegesen végezzük, már pedig én még a helyi érzéstelenítésben végzett trepanatiót sem tartom közömbösnek a súlyos általános állapotban levő csecsemőre.

Ismeretes, hogy nálunk a csecsemőhalálozás emelkedését nyáron főként a vérhas, télen az influenza és

szövődményei okozzák. Nem akarom a táplálás jelentőségét csökkenteni, beteganyagunk azonban azt mutatja, hogy a csecsemőkorban a komoly megbetegedések legnagyobb része ex infectione jön létre és a csecsemők legnagyobbrészt ex infectione halnak meg. A fertőzés a csecsemőgyógyászat legfontosabb, legnehezebb problémája. Előadásomban rámutattam arra, hogy a középfül és kapcsolatos részeinek fertőzése minő pusztító hatást fejthet ki a csecsemő egész szervezetére és hogyan lehet a sok infectio közül egyet a fülész és gyermekorvos összeműködése révén kellő időben történt beavatkozással sikerrel legyőzni. Az előadásból kitünik az is, hogy bizonyos fokig szakítottunk az eddigi csecsemőgyógyászati irányzattal, mindig tekintetbe vesszük az infectio, valamint a táplálék helyi hatásán kivül az általános hatást is, a táplálásban inkább a conservativismus felé hajlunk, egyéb beavatkozásokban activabbak vagyunk, az eredmények azt mutatják, hogy ez az irányzat a helyesebb.

A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet közleménye. (Igazgató: Tomcsik József egyet. rk. tanár.)

Mikor várható a legközelebbi poliomyelitis anterior acuta járvány?

Irta: *Petrilla Aladár dr.*

A fertőző betegségek számának időbeli alakulása többé-kevésbbé meghatározható szabályszerűséget mutat. A járványgörbék négyféle mozgása közül legjellemzőbb és legkifejezettebb az évszakos ingadozás, amely már Hippokratest is foglalkoztatta, de amelynek mechanismusa még ma sem tisztázott. A járványgörbék egyéb mozgása, az évszázados, valamint a ciklusos mozgás csak kevés betegség esetén kifejezett és végül a járványgörbék „szabálytalan" mozgása a dolog természete szerint semmiféle szabályszerűséget nem mutat. Némely fertőző betegségben bizonyos körülményekből következtetni lehet a járványgörbe későbbi *évszakos* alakulására *(Petrilla:* O. H. 1934. 23. sz.) és a járványgörbe *ciklusos* (több évre terjedő) mozgása lehetővé teszi, hogy azokban a betegségekben, amelyekben ez kifejezett szokott lenni, a betegség járványossá válására következtethessünk.

A poliomyelitis anterior acuta hazai járványgörbéjének pontos alakulása csak a legutóbbi esztendőkben ismeretes, amióta az Országos Közegészségügyi Intézet Járványügyi Alosztálya megkezdte működését. Régebbi poliomyelitis-járványokat *Bókay* közleményeiből ismerünk, amelyek 1911-ben és 1926-ban zajlottak le 397, illetőleg 252 bejelentésre került megbetegedésből álló járványok alakjában. Az adatgyüjtések akkori technikáját tekintetbe véve valószinünek kell tartanunk, hogy a ténylegesen előfordult esetek száma jóval meghaladta a hatóságok tudomására jutott esetek számát. A poliomyelitis esetek bejelentését csak 1927-ben tették kötelezővé és morbiditási statistikánk csak 1928. óta van. A halálozások statistikája, amelyet a m. kir. Központi Statistikai Hivatal készit, nem tünteti fel a poliomyelitis esetek számát, ezért hazai anyagon a poliomyelitis járványok megjelenését hosszabb időszakra visszamenőleg tanulmányozni nem lehet. Az európai államok között is kevés olyan van, amelynek hosszabb időre terjedő poliomyelitis megbetegedési vagy halálozási statistikája volna és ezért az I. számú táblázatban csak néhány állam megbetegedési adatait tüntethetjük fel, a Népszövetség adatai alapján.

I. Poliomyelitis anterior acuta megbetegedések száma néhány európai államban:

Év	Anglia	Ausztria	Dánia	Németország	Norvégia	Svédország	Svájc	Magyarország
1918			28					
1919	615	1	389		176	820	31	
1920	329	26	60		135	181	104	
1921	539	13	70		48	141	72	
1922	386	10	59		49	112	65	
1923	644	14	76		75	313	257	
1924	860	19	152	498	85	653	108	
1925	422	15	113	386	642	517	93	
1926	1297	47	61	1614	195	338	97	252
1927	896	155	34	2768	178	375	134	?
1928	541	62	86	975	118	482	102	134
1929	623	119	164	1157	214	950	229	102
1930	595	78	79	1363	34	304	105	59
1931	396	679	30	1623	58	98	351	1138
1932	750	242	73	3869	111	777	123	391
1933	797	205	356	1249	236	506	198	112
1934	672	127	4525	1706	354	1100	80	125
1935	674[1]	118[2]	362[2]	1971[1]		959[1]	223[1]	244

[2] = októberig; [1] = novemberig.

A táblázathoz néhány magyarázó szót kell hozzá fűznünk. A poliomyelitis esetek diagnostikája állandó fejlődést mutat. Míg azelőtt csak a bénult esetek kerültek bejelentésre, addig ma már mindinkább szaporodnak azok az országok, amelyekben a nem bénult, abortiv esetek is nagy számban kerülnek bejelentésre. Ez történt Dániában, ahol 1933-óta már az abortiv esetek is bejelentésre kötelezettek és — mint *Jensen* irja — ennek eredményeképen 1933-óta lényegesen több a bejelentett esetek száma. Különösen az 1934 évi járvány alkalmával került sok abortiv eset bejelentésre, úgy, hogy a bénult esetek csak 15 százalékát képezték az összes bejelentett esetnek. Ugyanilyen változás látszik Ausztria adataiban is, ahol az 1927. évi járvány után következő esztendőkben magasabb a bejelentett megbetegedések száma, mint az előző esztendők bármelyikében. Hazánkban az 1931. évi járvány alkalmával még jobbára csak a bénult eseteket jelentették be, de 1932-ben, amikor egy Tudományegyetemi Klinikával biró városban — Szegeden — jelentkezett a járvány, már sok abortiv eset is felismertetett és bejelentésre került. Ezért a régebbi esztendők alacsonyabb számadatai nagyobb jelentőséggel birnak a járvány megállapítása terén, mint az újabb idők gyakran magasabb számai.

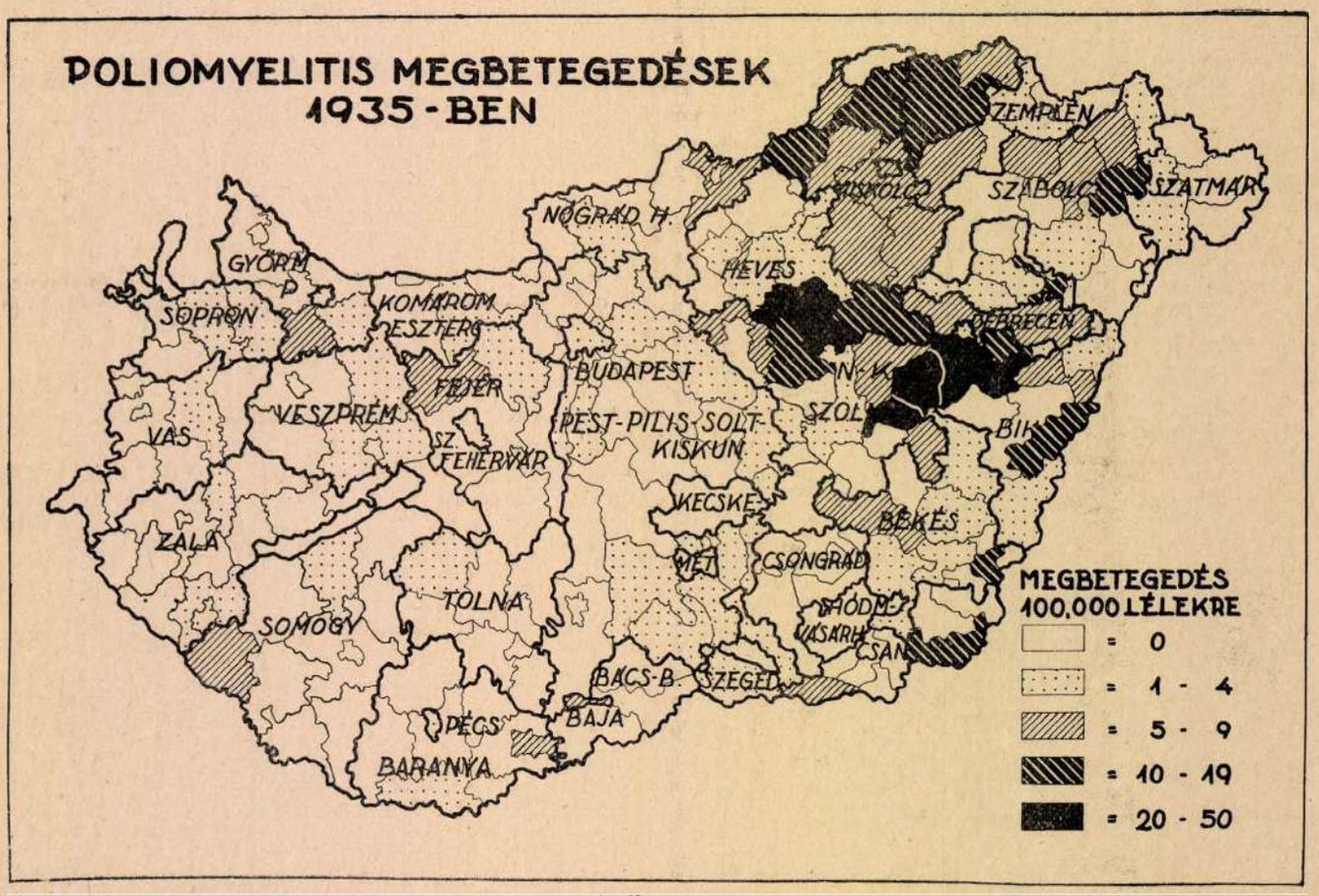
Mindezek figyelembevételével az I. sz. táblázatban vastag számokkal jelöltük meg azokat az esztendőket, melyekben az illető ország területén a betegség járványos volt, azaz helyesebben megjelöltük azokat az esztendőket, amelyekben a megbetegedések száma lényegesen több volt, mint az előző és utána következő néhány esztendőben. A már emlitett okok miatt nem mutatnak súlyosabb járványra például Ausztriában az 1932—33 évek, Dániában az 1933. év stb.

A megbetegedések számát évről-évre figyelemmel kisérve megállapithatjuk, hogy *a járványos esztendők legtöbb esetben ötévenként következnek.* Különösen feltűnik ez a szabályszerűség Dániában, ahol 1919-ben, 1924-ben, 1929-ben és 1934-ben, tehát szabályszerű ötéves ciklusokban emelkedik magasra a járványgörbe. Ugyanezt mutatja Svédország is azzal a különbséggel, hogy az utolsó ötéves ciklus három és kétéves ciklusokból tevődik össze. Angliában az ingadozás nem ilyen kifejezett, de még itt is látható az 1926—27-évi járványos

esztendők után öt év mulva 1932—33-ban némi emelkedés. Ausztriában — az 1927-év előtti esztendők alacsony adatait elhanyagolva — négyéves ciklust mutat az 1928 évi és 1931 évi járvány. Németországban az adatok csak 10 esztendőt ölelnek fel, de azért itt is hangsúlyozott a járványgörbe ötéves ciklusa az 1927 és 1932 epidemiás esztendők miatt. Norvégiában hat, négy és öt év választja el a járványos esztendőket és még ennél is kevesebb szabályszerűséget mutat Svájc, ahol a járványgörbe hat és kéteszendős ciklusokat mutat. Európa többi országaiban az adatgyüjtések csak rövid időszakokra terjednek, de a Népszövetség adatait tekintve hasonló következtetésekre jutunk a rövidebb időszakokra vonatkozó adatok alapján is. Hazánkban az 1926. évi járványt 1931-ben, vagyis öt év mulva követte újabb országos járvány. Ezeken kivül csak az 1911. évi járványról van tudomásunk, amelyet a m. kir. kormány évi jelentései is megemlítenek. Egyes helyekre localisálódó járványokról van tudomásunk; ilyenek voltak az 1928. évi budapesti, vagy az 1932. évi szegedi járványok, de ezeken kivül a hivatalos statistikai adatgyüjtések a poliomyelitisben történt halálozásokról semmiféle felvilágosítást nem adnak.

Az elmondottakat figyelembe véve a vizsgált országok adataiból megállapíthatjuk, hogy *a nagyobb területre kiterjedő poliomyelitis anterior acuta járványok leggyakrabban ötévenként követik egymást.* Ettől eltérő időszakok — két, három, négy és hatesztendős ciklusok — is előfordulnak a járványgörbe alakulásában de jóval ritkábban. Megállapíthatjuk azt is, hogy — némely országban az adatgyüjtés bizonytalanságát tekintetbe véve és a megbizhatatlan adatokat (mint Ausztriában az 1919—26 éveket) elhanyagolva — *hat esztendőnél hosszabb ciklusokat a járványok alkotta görbe nem mutat.* Hazánkban az 1931. évi járványt követőleg két- és hároméves járványciklusokra már nem számíthatunk, mert ezeken az esztendőkön már túl vagyunk és a legutóbbi járvány óta eltelt negyedik esztendő sem mutatott lényegesebb járványra, ámbár az ország bizonyos részein a szokottnál nagyobb számban jelentkeztek a megbetegedések. Mivel — mint említettük — a járványok leggyakrabban ötévenként követik egymást, azt kell mondanunk, hogy *hazánkban a legközelebbi nagyobb területre kiterjedő poliomyelitis anterior acuta járványra a jelen évben, vagyis 1936-ban számithatunk.* Mint láttuk, vannak országok, ahol a járványgörbe ingadozása ötévnél hosszabb időszakokat mutat, de a fentebb tárgyalt országokban csak ritkán láttunk hatévnél hosszabb időszakot és ezért az előbbi megállapítást ki kell egészítenünk azzal, hogy amennyiben a várt járvány 1936-ban nem következnék be, úgy számíthatunk arra, hogy az utána következő esztendőben, 1937-ben fog bennünket sujtani. Ennél hosszabb időre terjedő eltolódás nem valószínű.

Az 1931. és 1932. évi járványok alkalmával szerzett tapasztalatok alapján arra a kérdésre is megpróbálunk feleletet adni, hogy az ország melyik részén várhatjuk az esetek szaporodását. 1931-ben — mint ahogy erről annak idején beszámoltunk — a járvány egy pontból kiindulva sugárirányban haladt az ország szélei felé, de az őszi idő beálltakor megszünt és maradtak vidékek, ahová nem jutott el, csak a következő esztendőben. Igy például Szeged és környéke 1931-ben nem szenvedett a betegség miatt, de itt 1932-ben tört ki a járvány, míg viszont az ország azon területein, ahol 1931-ben volt járvány, 1932-ben alig fordult el megbetegedés. Ha az idén várható járvány is hasonló módon viselkedik, akkor *az ország ama területein számithatunk az esetek szaporodására, amelyek 1935-ben járványmentesek voltak.* A mellékelt térkép az 1935-ben történt megbetegedéseket mutatja. Eszerint legtöbb megbetegedés fordul elő Abauj, Hajdu, Heves és Jász-Nagykún-Szolnok vármegyék egyes részein, tehát el lehetünk készülve, hogy ezeket a területeket az idei járvány megkiméli.



1. ábra.

Ha a járvány a multban tapasztalt tulajdonságait megtartja, akkor számíthatunk arra, hogy az idei járvány a térképen fehéren hagyott területeken fogja a legtöbb megbetegedést okozni és ezzel szemben a feketének jelzett területeken csak elvétve fordul majd elő néhány eset.

A fertőző betegségek jelentkezésének három elsődleges tényezőjére — a kórokozóra, a terjedési lehetőségekre és az emberi szervezetre — ható ú. n. másodlagos tényezők száma igen nagy és szerepük még a jól ismert fertőző betegségek terén is nagyrészt tisztázatlan. Ezért epidemiologiai jóslásokba bocsájtkozni nehéz és kétszeresen nehéz olyan betegségek terén, amelyek elsődleges tényezői is alig ismertek, de mégis meg kell tennünk, mert éppen a poliomyelitis anterior acuta terén mindinkább tért hódít a gyógyításnak és megelőzésnek olyan módja, amelynek előkészítése időt igényel és amelyre éppen ezért idejében akarjuk felhívni az illetékesek figyelmét. Figyelembe kell vennünk továbbá azt is, hogy esetleges járvány esetén bő alkalom nyilik a poliomyelitis klinikájának, therapiájának, epidemiologiájának és más szempontoknak tanulmányozására és ezért ilyen irányú szervezkedésre is szükség van. A teendőket a következőkben lehetne összefoglalni:

A reconvalescens savó használatáról szóló irodalom olyan bőséges, hogy azt ezen a helyen ismertetni nem lehet. Legutóbb *Kanyó* foglalta össze a serumtherapia újabb eredményeit és ismertette a reconvalescens savó gyüjtésének módjait. Az azóta eltelt vövid idő nem sok újabb eredményt hozott. A poliomyelitis serumtherapiájának nevesebb munkásai még ma sincsenek egy véleményen. Többeknek kedvező véleményeivel szemben *Park* gondos kutatásai azt látszanak megerősíteni, hogy egyelőre nincsen olyan nagy tömegre vonatkozó bizonyitékunk, amely a reconvalescens serum gyógyító hatását meggyőző módon bizonyítaná. Az is biztos, hogy a serum nem árt és ezért azt ajánlja, hogy járványok esetén a betegeknek csak egy része oltassék, mert csak így lehetséges majd a serum használatának eredményét megitélni. *Flexner* jelenlegi álláspontját úgy foglalja össze, hogy a gyógyítás terén kétféle választásunk van: vagy nem avatkozunk be, vagy a serum használatával olyan eszközhöz nyulunk, amely nem árt, de esetleg használ. Ezt az álláspontot a legtöbb helyen elfogadják és ma már mindenütt sok híve van a reconvalescens savó használatának. Dániában az 1934. évben lezajlott járvány alkalmával — mint *Jensen* írja — szintén nagymértékben alkalmazták. A serumot a *Madsen* vezetése alatt álló Állami Serum Intézet gyüjtötte össze és osztotta szét. Messzire vezetne a serum gyüjtés administratiójának tárgyalása, de nem is célom annak részletes ismertetése. Hazánkban a tennivalók ezen a téren kétfélék: Elsősorban dönteni kell arról, hogy hazai viszonyok között *a serum használata esetleges járvány idején indokolt-e vagy sem.* Erre a kérdésre nemcsak a gyermekklinikák és kórházak vezetői, hanem az általános gyakorlatot folytató falusi orvosok adhatnának választ, mert a mi falusi viszonyaink mellett nem számíthatunk arra, hogy minden beteg klinikai, illetőleg kórházi ápolás alá kerül már a betegség kezdeti szakában. Igenlő válasz esetén felmerül a második kérdés,, nevezetesen hogy *ki vagy kik végezzék a serum összegyüjtését és előkészítését.* A savó gyüjtésére vonatkozólag már történtek lépések a szegedi 1932. évi járvánnyal kapcsolatban, amikor megszervezték a savó gyüjtésének, feldolgozásának és felhasználásának módját. Az ott szerzett tapasztalatok felhasználásával a savógyüjtést nagyobb területre, esetleg az egész országra ki lehetne terjeszteni.

Ugyancsak e kérdéscsoportba tartozna a praeventiv oltások kérdése. *Flexner* kisérletei azt bizonyítják, hogy majmokat sikerült active immunisálni és remélhetőleg nincs messze az idő, amikor az activ immunisálás áldásos hatását mi is érezni fogjuk. Legutóbb kétféle új vaccináról is hallottunk. Az egyik, amelyet *Kolmer* és társai állitottak elő, szabad virust tartalmaz, a másikat *Brodie* készítette formaldehyddal közömbösített virusból. Mindketten azt állítják, hogy vaccinájuk alkalmas a poliomyelitis elleni activ imunizálásra, de végleges véleményt alkotni még egyik eljárásról sem lehet. Az activ és passiv immunisálás kérdése terén szintén álláspontot kell foglalnunk és eljárást kidolgoznunk a gyakorló orvos számára. Az activ immunisálás még nincs abban a stadiumban, hogy széles rétegekben alkalmazni lehessen, de a felnőtt vérsavóval létesített passiv immunisálás kérdését tárgyalás alá kell venni. Ezen a téren is a klinikusoknak jut a fontosabb szerep és meg kell fontolnunk azt is, hogy a gyakorló orvosok nagy tömegének kezébe adhatjuk-e a passiv immunisálásnak ezt az eszközét.

Fontos feladat a gyakorló orvosok *felvilágositása,* amely magában foglalná nemcsak a betegség typusos és abortiv eseteinek diagnostikájára vonatkozókat, hanem az activ és chronikus stadium therapiájának kérdéseit a falusi gyakorló orvos igényeinek megfelelőleg, továbbá a megelőzés és gyógyítás céljaiból alkalmazandó serum beszerzésének legközelebbi helyére és az alkalmazás módjára vonatkozókat, valamint a betegségre vonatkozó egyéb ismereteket.

A gyakorló orvosok részére lehetővé kell tenni, hogy ne csak a bénult stadiumban, hanem már a baj kezdetén felismerhessék a betegséget. A serumtherapia első és legfontosabb feltétele, hogy azt korán alkalmazzuk. Ezért lehetővé kell tenni, hogy a gyakorló orvosok consiliumra hivhassák a legközelebbi klinika vagy kórház ezen a téren járatos kartársát. Ez utóbbiakat, helyesebben a consiliumra vállalkozó klinikákat és kórházakat össze kell írni és a gyakorló orvosokat ilyen irányban is felvilágositani.

Az egészségügyi hatóságokra hárul a fertőző betegségek esetén előírt praeventio sokféle teendőinek véghezvitele és ellenőrzése. A felvilágositó munka terén fontos a közönség felvilágosítása, amely napilapok, rádió stb. útján történhet. A megvitatandó kérdések sorába be kell iktatni a bénult esetek további kezelésének kérdését. A betegség tanulmányozásának egyik módja az esetek epidemiologiai analysise, amellyel szintén foglalkozni kell. A tennivalók egy részét már most elő kell készíteni, hogy egy esetleges járvány kezdetén fennakadás ne legyen, de az előkészületek akkor sem vesznének kárba, ha a várt járvány nem jelentkezne, mert a jövőben bármikor ki lehetünk téve esetleges járványnak, amikor a most előkészített tennivalókat azonnal életbe lehetne léptetni.

A felsorolt teendők nem merítik ki teljesen azokat, amelyeket egy esetleges járvány esetén meg kell tenni, de megállapítható belőlük, hogy *véghezvitelükre több intézmény és hatóság közös munkája szükséges.* Ezért az összes tennivalók központi irányítása fontos volna, amely legcélszerübben egy szakemberekből álló bizottság útján történhetne. A bizottságban — szerény véleményem szerint — helyet kell biztosítani hazánk négy tudományegyetemének, a serumtermeléssel és ellenőrzéssel foglalkozó intézmények, valamint az egészségügyi kormány szakembereinek. Egységes irányítású, jól megszervezett munkával remélni lehet a poliomyelitis anterior acuta klinikájának és epidemiologiájának tüzetesebb megismerését, a védekezés és a gyógyítás hatásosabbá tételét.

Összefoglalás: Az elmult esztendők tapasztalatai, valamint a külföldi epidemiologiai adatok alapján arra számíthatunk, hogy a poliomyelitis a folyó évben jár-

ványszerüen jelentkezik és valószinüleg azokon a területeken okozza a legtöbb megbetegedést, ahol az előző évben nem volt járványos. Az esetleges járványra fel kell készülni és elő kell készíteni a gyógyítás és megelőzés céljait szolgáló eljárásokat, a gyakorló orvosok felvilágosítását, részükre a consilium tartásának lehetőségét, a közönség kioktatását, a betegség klinikai és járványtani tanulmányozását.

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye. (igazgató: Angyán János ny. r. tanár)

Az auscultatiós vérnyomásméréskor hallható kettős hang.

Irta: *Rutich Jenő dr.*, egyet. c. rk. tanár, adjunctus.

A systolés és diastolés vérnyomás meghatározása ma még általában az auscultatiós módszerrel történik. Ennek az eljárásnak a folyamán észlelhető hangtani jelenségeket először *Korotkow*[1]*)*, majd részletesebben *Janevsky, Krylow* és *Ettinger*[2]*)* írta le, azóta az evvel a kérdéssel foglalkozó vizsgálók a zörejeket tovább elemezték, főképen az ú. n. „hallgatózási szünet" (trou auscultatoire) jelenségét, melyet először a német *Schrumpf* és *Zabel*[3]*)* és a francia *Tixier*[4]*)* írt le. Még többen foglalkoztak a különböző erősségű kopogás, surranás megjelenésének ideje és a vérnyomás különböző szaka közti kapcsolattal és az auscultatiós módszer bírálatával. Különös, hogy egy hangtani jelenségről, mely a hallgatózásos nyomásmérés folyamán eléggé feltűnő, t. i. a kettős, vagy hasadt hangról sehol részletesebb említést nem találunk, magyarázatával behatóbban nem foglalkoznak és éppen ezért szeretném erre a figyelmet felhívni.

Korotkow, Ettinger és *Fischer*[5]*)* szerint a mérés folyamán négy szakot különböztethetünk meg. A várható systolés nyomásnál jóval nagyobb nyomással szorítva le a felkart, a leszorítás helye alatt az arteria cubitalison hallgatózva nem hallunk semmit. Lassan csökkentve a nyomást, megjelenik az első átütő pulsushullámmal az első hang, ez jelzi a systolés nyomást, ez az I. szakasz. Ez a hang a nyomás csökkentésével folyton erősödik és igen sokszor surranó zörej kíséri, ez a II. szakasz. Később a hang igen erős, kopogó lesz, ez a III. phasis; majd hirtelen elhalkul, ez az átcsapás jelzi a diastolés nyomást és az elhalkult hang a IV. phasist; aztán a hang lassabban vagy gorsabban teljesen elvész, kivéve a pulsus sonans eseteit, melyekben a cubitalis felett a felkar leszorítása nélkül is hallatszik az érlökés. Hozzátehetjük, hogy sokszor a legelső észlelt hangot már kíséri a surranás, vagy nincs is igazi koppanó hang, hanem az első észlelhető zörej lágy surranás; ezekben az esetekben tehát az I. és II. szakasz összeolvad. A surranás néha végig hallható, egész a diastolés nyomást jelző átcsapásig, néha korábban eltűnik. Egyes esetekben az I. szakasz kezdete után eltűnik minden hang és 10—30 Hg mm-rel csökkenthetjük a nyomást, amíg újra megjelenik a kopogás vagy surranás. Ez az auscultatiós szünet (trou auscultatoire) jelensége, amelynek megállapításában azonban nagy óvatosságot ajánlanék. Igen sokszor azt látjuk ugyanis, hogy a légzésnek a vérnyomás ingodozására a szokottnál nagyobb hatása van: a kilégzés és belégzés alatt tetemes ingadozások észlelhetők. Ha most a beteg lassan és kiadósan légzik — ami a nyomásmérés izgalmában sokszor megesik — és az I. hang kilégzés alatt jelent meg, a következő belégzésben jó 10—20 Hg mm-t szállhatunk a nyomáscsökkentésben, kopogást nem hallva, míg a következő kilégzéskor újra megjelenik a hang. Bizonyos fokig ellentéte ennek a *Durig*[6]*)* által leírt jelenség, amely a mérés alatti reflexvérnyomásemelkedések eredménye, hogy t. i. megállapítjuk a legalsó, systolés nyomás feletti leszorító nyomást, amikor még hangot nem hallunk és pár pillanat mulva feljebb kell mennünk a nyomással, mert megjelenik az előbb nem hallott kopogás, majd a fokozott nyomással hamarosan ugyanígy járunk, úgyhogy néha 20—40 Hg. mm-rel is feljebb kell mennünk az első értéknél. De ebben is szerepelhet — legalább egy lépcsőzetben — a fentemlített légzési ingadozás, persze fordított irányban.

A méréskor hallatszó kopogó hang keletkezésére nézve általában az a vélemény, hogy a leszorító nyomás csökkentésekor a leszorítás helyén először áthatoló pulsushullám megfeszíti a leszorítás alatt, kevésbé telt, kevésbé feszes arteria falát és ez a megfeszítés hangot ad. *(Straub*[8]*, Erlanger*[7]*)*. A surranás kétségtelenül a leszorítás helyén átsurranó vérhullám okozta zörej, ezt jól szemléltethetjük kisérleteink szerint olyan módon, hogy az arteria brachialist nem manchettával, hanem óvatosan egyik kezünk ujjahegyével szorítjuk le. Ilyenkor hallgatózva a surranó zörejt pontosan akkor halljuk, amikor leszorító ujjaink a surranást — talán alig mérhető kicsiny idővel előbb — tapintják. Ha 3—4 ujjheggyel egyszerre szorítunk, a surranás sorjában szalad a proximalis ujjtól a distalisig, majd a stetoskopig. Nem szabad összetéveszteni ezt a surranást a közvetlenül az arteriára helyezett stetoskop erős odanyomása által a hallgatózás helyén kiváltható közönséges szükületi zörejjel, amely nem a manchetta helyén keletkezik és amelynek a hangja időtartam és jelleg szempontjából is különböző.

Bizonyára mindenkinek, aki sokat mért auscultatiós módszerrel, feltünt, hogy sokszor az egyszerű kopogás helyett egyik vagy másik szakaszban többé-kevésbbé tisztán hallható hasadt, vagy határozott kettős hangot hallunk.

Barbier[9]*)* leírja ezt a kettős hangot aorta insufficientia eseteiben és fejtegeti összefüggését a Traube-féle kettős hanggal; magyarázatául az anakron pulsushullám mechanismusát hozza fel, amelynek az auscultatiós jelenségekkel kapcsolatban különös fontosságot tulajdonít.

Ezt a jelenséget évek óta figyelem és a következőkben számolhatok be észleléseimről. Vannak olyan egyének, akiken ez a jelenség éveken át minden méréskor szabályosan megfigyelhető, mégpedig mindkét karon, mind magasról alacsonyra csökkentett, mind pedig alacsonyról magasra fokozott nyomásméréskor. Másokon csak az egyik , vagy másik karon jelentkezik a kettős hang, hol felszálló, hol leszálló nyomásváltozás mellett. Ismét másokon időnként észlelhető, időnként egyáltalán nem, néha egész rövid időn belüli mérések különböző eredményt adnak. Néhány esetben megkíséreltem a jelenségnek az alsó végtagon végzett megfigyelését; a manchettát a combra helyeztem és a poplitea felett hallgatóztam, így is hallottam a kettős hangot. E jelenséget irányított figyelemmel vizsgálva, alig akad ember, akin egyszer-másszor, többé-kevésbé határozott alakban ne észlelhetnők. Vizsgáltam egészségeseket és betegeket, 12 évestől 67 évesig, akik között volt kitünő formában levő sportférfi, moribundus decompensált szívbajos, igen nagy vérnyomású uraemiás, erősen hypotoniás, kivérzett, thrombopeniás, 130 kilós atléta, 35 kg-s senyvedt rákos, basedowos, essentialis hypertoniás, heveny, vagy idült lázas beteg, mindenféle vitium különböző szakban, sovány, elhízott, bővérű, igen vérszegény (1,00.000-n aluli vörösvérsejtszám), szapora és ritka pulsusú férfi és nő. Valamely általános érvényű szabályt a jelenség előfordulására, vagy hiányára megállapítanom nem sikerült, kivéve talán azt, hogy egészségeseken, jó tonusú érrendszer esetén ceteris

partibus talán valamivel gyakrabban észlelhető. Fontosnak látszik az a megfigyelés, hogy a vizsgálandó karral végzett erélyes izommunka, vagy forró fürdő (tehát tonusváltozás) oly esetekben is szépen hallhatóvá tette a kettős hangot, ahol azelőtt nem észleltem.

A kettős hang megjelenési formája igen különböző. Leggyakrabban a II. és III. szakaszban halljuk, talán inkább leszálló nyomással mérve, de néha hallatszik már az I.-ben is, igen ritkán a IV.-ben, sőt néha mind a négyben. A kettős hang néha igen határozott, a két hang elég távol van időbelileg egymástól, úgy hogy minden különösebb figyelem nélkül kivehető, máskor egész közel esnek egymáshoz, csak erősebb concentrálás mellett észlelhetők. Ha surranás is van, akkor a surranás rendszerint a kettőshang második koppanása után hallatszik. Kifejezett esetekben az arteria cubitalisra helyezett ujjunkkal a kettősséget igen jól tapinthatjuk is. Ha valamely phasisban a kettősség jól hallatszik és ezen a nyomáson megmaradva állandóan figyelünk, azt tapasztaljuk, hogy a két hang közti időköz mindinkább rövidül, a hangok általában halkulnak, majd összefolynak és csak egy hangot hallunk, amíg a fokozódó pangással ez is eltünik (közben a nyomás rendszerint magától emelkedik, tehát szabályozni kell). Néha első, leszálló nyomásos méréssel, nem hallunk kettőzést, az utána végzett felszálló nyomással igen, vagy esetleg az ezután közvetlenül lassú nyomáscsökkentéskor tűnik elő a dupla hang, néha csak egy-két pulsushullámban. (Az ilyen kisérletezés alkalmával észlelhető különböző nyomásingadozásokra, egyéb hangtani jelenségekre ezen a helyen nem térhetek ki). Megtörténik, hogy felszálló nyomással mérve akkor jelenik meg egy-egy pulsusban kettős hang, amikor közvetlen előtte a nyomást a gumiballon egy-egy kis lökésszerű összeszorításával fokoztuk. A kettős hang annál tisztábban hallatszik, minél közelebb van a stetoskop a manchettához. Hogy a kettőzés tisztán az arteria leszorításának a következménye és keletkezésében nincs szerepe a manchetta légterének, vagy a leszorított arteriaszakasz hosszának, arról a fentemlített ujjal-leszorítás kisérletével győződhetünk meg. Igaz ugyan, hogy nagyon nehéz az arteria brachialist a radialishoz hasonlóan egyenletesen ujjal összeszorítani, mert az alapja nagyon labilis, de megfelelő türelem és alkalmas beteg esetében kétségtelenül sikerül. Ilyenkor egy bizonyos nyomás mellett szépen, tisztán megkapjuk a kettős hangot. — A légzésnek a vérnyomás ingadozására kiható szerepéről tettem fentebb említést a trou auscultatoire jelenségével kapcsolatban. Általában, de nem mindig, a kilégzéskor nagyobb a nyomás, belégzéskor kisebb. A kettős hang is néha változik a légzéssel, mérés alatt mélyen lélegeztetve a beteget — egyes esetekben — előtünik a kettősség, rendszerint ki-, de néha belégzés alatt olyankor is, amikor felületes légzésben nem hallottuk. Valószinüen a manchettabeli nyomás szabályozásának, illetve ingadozásának és a vérnyomás légzési ingadozásának összejátszása idéz elő olyan nyomási helyzeteket, amelyek a kettős hang kiváltására alkalmasak.

A jelenség magyarázata nehéz. A keringési viszonyok szemléltetésére szerkesztett különféle kisérleti berendezések, amelyeket a vérnyomáskérdés elméleti megoldása céljából nagy tökéletességgel és igen gazdag felszereléssel állítottak össze, hettős hangot nem adtak, szimpla hangot is az emberen észlelhetőtől eltérően. A fent leírt megfigyelések tényeit a magyarázat szempontjából csoportosítva a következőket kell kiemelnem: 1. A jelenség gyakorlati értelemben véve általános, a keringési rendszer megbetegedéseitől független. 2. Egyazon egyénen, annak különböző végtagján mérve időben és az értonus szerint változó. 3. Erősen változó a mérésre felhasznált végtag érrendszerének pangásos telődése szerint. E két utóbbi pontot összefoglalhatnám: a kettős hang megjelenése függ a leszorítás alatti arteriaszakasz tonusától és teltségétől, illetőleg a benne levő nyomástól. 4. A surranó zörej legtöbbször a kettős hang másodikát kiséri; ebből következnék, hogy vagy a második hang az, amelyikről eddig, mint az auscultatiós vérnyomásmérés hangjáról volt szó és az első hang keletkezésének magyarázata esedékes, vagy pedig az első hang az eddig általánosan ismert és eközé az első hang és a surlódásos hang közé ékelődik be másodiknak az a koppanás, amely a kettős hangot idézi elő. Amint már említettem, a szimpla hang keletkezésére nézve általánosan elfogadott az a vélemény, hogy a leszorítás csökkenésével a szorított érszakaszon átütő pulsushullám reácsap a leszorítás helye alatti véroszlopra és ennek az összecsapásnak a következménye az érfal hirtelen, hangot adó megfeszülése. Ezt a hangot követi a szorított érszakaszon átáramló vérmennyiség surranó zöreje. Világos, hogy a kettős hang keletkezésének magyarázatára a pulsushullámból kell kiindulnunk. A hullámhatás physikája szerint az akadályra csapó folyadéktömeg hatása kettős.Egyrészt az akadály — tehát jelen esetben a leszorítás helye alatti arteriában levő, nyugvó véroszlop — a hirtelen lökés következtében nagy energiával lódul előre, ha szilárd az akadály; minden irányban kiterjed, ha folyadék. Bizonyos, hogy ez a hirtelen kiterjedés feszíti meg az érfalat és okozza az egyik hangot. A másik szakasz a hullmámhatásnak az akadályon megtorlódó folyadéktömeg visszacsapódása (Rückprall), ami által egy, az eredeti hullám irányával ellentétes hullám keletkezik. Ez a visszafelé futó hullám találkozik a pulsushullám előrefutó vérhullámával és a két hullám összecsapódása újabb, erős feszítő hatást fejt ki. *Recklinghausen*[10]) a manchettában hasonlóképen keletkező ilyen hullámtalálkozás feszítő erejének nagy hatást tulajdonít, szerinte igen sokszor ez a feszítő erő nyitja meg a manchetta leszorítását. Feltehető, hogy ez a II. phasisa a hullámhatásnak új hangképzést okoz, ha az arteria tonusa és telődési viszonyai megfelelőek abból a szempontból, hogy a hullámhatás I. szakasza által kiváltott hangot adó megfeszülés után az érfal kilendülése után eredeti helyzetébe visszalengve, új megfeszülésre és így a második hang képzésére alkalmas.

Hogy e jelenséget nem észleljük kivétel nélkül minden esetben, annak az az oka, hogy a visszacsapódás csak bizonyos felételek mellett jön létre, ezen feltételek pedig a nyomásmérés számtalan technikai lehetőségéből, az arteria különböző telődéséből, az érfal tonusából adódó combinatio esetén állnak csak elő. A verőerek tonusa erőművi insultusokra a vegetativ idegrendszer állapota szerint egyénenként és időnként igen különböző, márpedig az érfal minősége ezen viszonyokra döntő befolyású. *Recklinghausen* fent idézett munkája 44. lapján írja: „Die Wellenlehre. . . sagt, dass Rückprall dort stattfindet, wo die Weitbarkeit des Schlauches sich vermindert. Die Zurückwerfung ist am vollständigsten, wenn die Weitbarkeit bis auf Null sinkt, d. h. wenn der Schlauch völlig verschlossen wird, oder, wenn er sich in ein starres Rohr verwandelt." Ebből arra gondolhatnánk, hogy így legerősebb a visszacsapódás a merev, elmeszesedett arteriákban, tehát itt kellene a legtisztábban a kettős hangot hallanunk. Ezzel szemben azonban azt kell mondanom, hogy a visszacsapódás talán tényleg ezekben az erekben a legerősebb, de ezeknek viszont a rugalmassága nem alkalmas arra, hogy az érfal lengései a hangképződéshez elegendő gyorsan és tökéletesen történjenek meg — azért nem találjuk ezekben az erekben a kettős hangot különösen gyakran és tisztán. A jelenség mindig több tényező szerencsés találkozása esetén mutatkozik.

Lehetséges, hogy mindkét hatásrész pontosan egyazon arteria szakaszon játszódik le, csak elméletileg volna elképzelhető, hogy a lökés irányában, az I. phasisban distalis a II.-ban proximalis irányban fejlődjék ki inkább a feszítés. Természetesen, ezek az arteriaszakaszok egymás közvetlen közelében vannak, úgy hogy a keletkezett hangok térbelileg egymástól el nem különíthetők, csak időbelileg.

Ha az arteriát nagyon kitöltjük — mint a fentemlített kísérletben a hosszas, egyenlő nyomás alatti hallgatózás esetén — akkor nemcsak a kettős hangképzéshez szükséges lengőképességet függesztjük fel, hanem hamarosan szimpla hangot sem kapunk. Hypertoniásokban viszont a fokozott tonus lehet sokszor a kettős hang hiányának az oka, holott más alkalmakkor a tonus és belső folyadékfeszülés viszonya a hangképződésre kedvezően alakul. A különböző pangással járó keringési zavarokban viszont a tonusingadozás játszik lényeges befolyásoló szerepet. Igy magyarázható az is, hogy egyes esetekben a hirtelen magasra tett és azután csökkentett nyomás alkalmasabb a jelenség kiváltására, amikor a pangásos telődés csekélyebb; más esetekben a nagyobb pangással járó, lassan fokozott nyomás vezet olyan telődési viszonyokhoz, melyek az érfal jelen tonusával combinálódva a hangképzésre alkalmasabbak. Hasonlóképen érthetővé válik az izommunka és forró fürdő hatására megjelenő kettős hang a tonus és telődési viszonyok megváltozása által olyan esetekben, amelyekben közvetlen előtte a méréskor csak szimpla hangot hallottunk. A surranó hang legtöbbször a második koppanás után következik, egyes ritka esetekben hallatszik csak az első koppanás után, amikoris a második koppanás úgy vág bele a surranásba, mint stenosis ostii venosi sinistri esetén a dobbanó systolés hang a praesystolés zörejbe. Ezekben az esetekben a hullámhatás két szakasza között olyan az időbeli viszony, hogy a visszacsapódó hullám az előrefutó pulsushullámot csak bizonyos késéssel tudja annyira felerősíteni, hogy a hangképzéshez szükséges falfeszülés létrejöjjön — közben pedig már halljuk az előrefutó hullám surranását.

Összefoglalás: Az auscultatiós vérnyomásméréssel igen sokszor nem egyszerű, hanem kettős hangot hallunk a systolés és diastolés nyomás között, hosszabb vagy rövidebb szakaszon. A kettős hang egészséges emberek és betegek arteria cubitalisán és popliteáján hallható; időben és a mérési móddal változó, betegségre nem jellemző. Oka valószínüleg a leszorított érszakaszon áthatoló pulsus hullámhatása, melynek első és második phasisa külön-külön feszíti meg a leszorítás helye alatti arteriaszakasz falát, ezen érrészlet bizonyos tonusa és belső nyomási viszonyai esetén.

Irodalom: 1. 2. 3. 5. *P. Schrumpf* és *B. Zabel:* Münch. med. Wschr. 1909, 14. 704. old. — 4. *Tixier et Gallawardin, cit.: Barbier:* La méthode auscultatoire dans l'exploration lardio-vasculaire. Baillière & Fils Paris 1921. — 6. *A. Durig:* Über Blutdruck und Blutdruckmessung. Moritz Perles Wien-Leipzig 1932. 45. old. — 7. *H. Straub:* Abderhalden: Handbuch d. biol. Arbeitsmeth. Abt. 5. Teil 4. I. 326. old, — 8. *I. Erlanger:* Americ. J. Physiol. 40. 82. 1916. cit: H. v. Recklinghausen: Ztschr. f. klin. Med. 113. köt., 75. old. — 9. Lásd 4. alatt, 172—179. old. — 10. Lásd 8. alatt, 42. old.

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

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

Somogyvármegye kaposvári közkórháza szülészeti és nőgyógyászati osztályának közleménye.

A myomás méh elsőleges hossztengely körüli csavarodása.

Irta: *Vetter Ambrus dr.*, kórházi főorvos.

A méh nyaki része sokkal jobban van rögzítve, mint a teste, ennélfogva mozgékonysága sokkal nagyobb s így a két rész egymáshoz viszonyítva elmozdulhat. Ez a mozgékonyság megfelel a méh feladatának, de kóros elváltozásoknak is oka lehet. A méh teste a nyaki részhez viszonyítva kétféle elmozdulást végezhet, előfordulhat:

1. *A haránt tengelye körül,* ezek általánosan ismert helyzetváltozások.

2. Elfordulhat és teljesen át is csavarodhatik a *hossztengelye* körül is. Ez csak a szakemberek előtt ismert kivételes szövődmény, mely mind a terhesség alatt, mind anélkül is előfordulhat.

Terhesség alatt a magzat elhelyezkedése következtében ez a hossztengely körüli elcsavarodás, helyesebben elfordulás kisszögű és élettaninak mondható. Ez a természetes elfordulás bizonyos kóros körülmények folytán, mindinkább nagyobbszögűvé válhat s egészen a megcsavarodásig, a hossztengely körüli átcsavarodásig fajulhat, mint azt *Stork* nyolc esetben látta. Ez a hossztengely körüli csavarodásoknak legritkább és mindig igen súlyos alakja.

Ritkán, de mégis aránylag gyakrabban találkozunk a méh hossztengelykörüli megcsavarodásával a terhességen kivül. *Virchow* által észlelt esetek 50%-ában a méh myomás volt, a többi esetekben a csavarodás más elváltozásokkal szövődött. Élőben a méh hossztengelykörüli megcsavarodását (torsióját) először *Küstner* észlelte, aki 1907-ig 32 esetről számolt be. 1934-ig *Schweigl* 147 esetről tesz már említést, ebben *Pigethal*-tól gyüjtött 101 eset szerepel. A méh hossztengelykörüli csavarodása a ritka szövődmények közé tartozik s a magyar orvosi irodalomban csak három esetet ismertettek.

A méh hossztengelykörüli megcsavarodása keletkezhet:

a) elsőlegesen és

b) másodlagosan.

Gyakoribb a másodlagos vagy következményes torsio, mely kocsányos petefészektömlő vagy nagy nyeles fibromagóc megcsavarodásának következménye s úgy jön létre, hogy a nyeles daganat, mely nagyságánál fogva a medence fölött, a hasüregben helyezkedik el, bizonyos körülmények között tengelye körül megcsavarodik. A csavarodás többszöri ismétlődése következtében a daganat és a méh között lévő kocsány mind rövidebbé válván, a daganat a méhet megfelelő oldalánál fogva magához, felfelé húzza mindaddig, míg az rendes helyzetéből egészen kivongálódva, kénytelen az egyoldali húzásnak engedni és végül hossztengelye körül, a szilárdan rögzített nyaki részen megcsavarodni. A csavarodás bármelyik oldalon létrejöhet, foka igen különböző. *Schweigl* 540°-os csavarodást észlelt. A magyar szerzők közül *Tóth* két, *Frigyesi* egy esetet közölt.

A méh hossztengelykörüli megcsavarodásának másik még ritkább alakja az elsődleges. Ilyenkor nincsen sem petefészektömlő, sem nyeles myoma góc, hanem legtöbbször ú. n. golyómyomákról van szó, mikoris a daganatos méh egyenletesen vagy méginkább asymmetriásan, de egészében nagyobbodott meg. A myoma nagy, a kismedencében nem fér el és mindig vékony, sorvadt méhnyakon

ült. Osztályomon a myomás méhnek egy ilyen elsődleges hossztengelykörüli csavarodását észleltem.

Nögy. fjlsz. 81/1933. H. I.-né 46 éves, 24 éve férjes asszony, aki kétszer, utoljára 16 éve szült. Havibaját 15 éves korában kapta meg, mely azóta négyhetenként, öt napi tartammal, közepes mennyiségü vérzéssel jelentkezik. Két év óta ez a megszokott typus annyiban változott meg, hogy vérzései erősebbek és fájdalmasabbak lettek. Utóljára jan. 20-án, 24 nappal ezelőtt, várt időre jött meg a havibaja. Körülbelül fél éve fáj a hasa. Mivel négy hónap óta azt veszi észre, hogy a hasa növekedik daganatra gondolt s orvoshoz fordult, ki villanyozással kezelte, javulást azonban nem tapasztalt. Két nappal felvétele előtt fbr. 11-én seprés közben hirtelen nagyon rosszul lett. Olyan erős fájdalmak támadtak alhasában, hogy majd el ájult, „mintha le akart volna benne valami szakadni". Hányt, csuklott. Házilag kezelte magát, fájdalmai szüntek is, a hányás és csuklás azonban nem. Mivel vizelése akadályozott volt s lázas állapota szemlátomást romlott, orvost hivatott, ki osztályomra szállíttatta. Felvételkor T. 38.5 C°. P. 94„ Víz ϕ.

A beteg közepesen fejlett és táplált, nem vérszegény. Szeme beesett, körülárkolt. Finom orrszárnyi légzés. Tüdeje, csont és izomrendszere ép, csupán a szív alapja fölött hallható systolés surranás. A has mérsékelten puffadt, felső harmada puha, a köldöktől lefelé izomfeszülés. Az alhasat gyermekfejnyi képlet domborítja elő, mely jól körülhatárolható, felfelé eléri a köldököt, lefelé a medencében vész el, s felette mindenütt tompa, egyebütt dobos kopogtatási hangot kapunk. A pontosabb vizsgálatot a nagy érzékenység nehezíti meg. Bimanualis vizsgálat szerint; közép tág hüvely, portio elől, a méhet kitapintani nem tudjuk, mintha annak megfelelő képletet sejtenénk hátul, s mintha ez előtt, de vele szorosan összekapaszkodva foglalna helyet a fent leírt, rugalmas, feszes, jól körülhatárolható, de nem mozgatható képlet alsó részlete. A fentiek alapján kocsánycsavarodott petefészek tömlőre, dermoidra teszem a kórismét. Egy napig megfigyeljük; T. 38.9 C°-ra emelkedik, érverés 78. Fehér vérsejt szám 15800, vérsejtsülyedés 65 mm. Vérkép: Jug. 8, Stab. 8, Seg. 70, Eos. 2, Bas. ϕ Mon. ϕ Ly. 12%. Febr. 15-én mütét. Hasmetszés a középvonalban, a köldöktől lefelé. Megnyítva a hashártyát, a feltáráskor kékes-vörös, mérsékelten rugalmas, némi összehúzódásra is hajlamos, a terhes méhre emlékeztető képlet tünik szembe, melynek felső határa jóval a köldök fölé ér. Mütételőtti kórisménk tehát hibás volt. A képletet elfajuló esetleg szétesö méhizomdaganatnak véljük. A hasüreget szennyezéstől megóvandó, a daganatot egészben akarjuk kibuktatni, ezért a hasmetszés sebét a köldök fölé még meghosszabbítjuk. A kibuktatás azonban így sem sikerül, egyrészt a méhfal rendkivüli szakadékonysága miatt, másrészt, mert a medence mélyén valami erösen rögzíti. Az egész helyzet rendkivül szokatalan. A daganat ujjal jól körüljárható és még sem emelhető ki; sem a petefészkek, sem a méhkürtök, sem a kerek szalagok nem láthatók. Mélyen a Douglasürben kb. tojásnyi képlet felső részlete tapintható. Kénytelen vagyok megkisebbiteni a daganatot. Jókora tenyérnyi darabokat vágok ki és távolítok el. Ilyenformán helyet nyervén j. o. egy petefészek — mint később kiderült a bal petefészek — válik láthatóvá. Meglepetéssel állapitom meg, hogy a méhkürt nem előtte, illetőleg nem a lig. ovarii proprii előtt, hanem mögötte indul ki s feszesen kivongálódott. Még hátrább s jóval mélyebben találom a lig. rotundumot, melyet követve, megállapitom, hogy az igen erősen megfeszülve, balról-jobbra, alulról-felfelé haladó ivben öleli körül a daganatot; a másik rotundum jobbról és felülről hátul halad a daganatdomborulata alatt balra lefelé majd előre. A két kerekszalag jobb oldalt úgy keresztezi egymást, hogy a bal rotundum van felül. Tehát a jobboldali képletek bal oldalra, a baloldaliak a jobb oldalra kerültek. Igy kétségtelenné vált a daganatos méh hossztengely körüli megcsavarodása, torsiója. A csavarodás 180°-os és az óramutató irányával megegyező. Az egész talány most már megoldódott. Amint visszacsavartam, a daganatos méhet könnyen a has-seb elé húzhattam a képletet. A korábban elöl helyet foglaló részlet, melyből a megkisebbitéskor tenyérnyi darabot kivágtam, a daganatos méh hátsó felülete volt, ami a visszacsavarás után ismét rendes helyére, hátra került. Az elülső felszinen most a visszacsavarás után egy tojásnyi gócz látható, melyet a vizsgálatkor, — mikor még a csavarodás fennállott — a Douglasban tapintottunk és a méhnek gondoltunk. A daganat feltünően vékony, alig kis ujjnyi cervixen ül. Megtartva a petefészkeket Chrobak-féle csonkolást végzünk s a hasüregben talált zavaros exsudatumra tekintettel a portiót felezzük s Tóth szerint a hüvely felé drainezzük. A mütét területét hashártyával boritva, a hasat szokott rétegekben zárjuk.

Mütét után 10 ccm saját-vér izomba. A beteget láztalan gyógyulás után, vonalasan gyógyult hassebbel, szabad, nem érzékeny csonkkal és környezettel a tizenegyedik napon bocsátjuk haza.

A felmetszett készitmény majdnem emberfejnyi myomás méh. A daganat a méh hátsó falából kiinduló egyetlen myoma gócból áll, melyen csak tojásnyi kiboltosulás van hátul. A daganat belseje nedvdús, vérbő, sötét kékes-vörös szinü. Górcsövi vizsgálattal az intramuralis myomában szövetelhalást nem találtak.

A szervek, daganatok megcsavarodásának magyarázatát még a mult században *Küstner* és *Cario* kisérelték meg. *Küstner* szerint a torsiót az okozza, hogy a test forgása alkalmával a daganat súlypontja eltolódik, *Cario* szerint pedig a test forgásához viszonyítva, a daganat, tehetetlenségénél fogva egy-egy fokkal mindig hátrább, visszamarad. Tehát a torsio a *test forgásával ellenkezően* következne be. A Payr-féle haemodynamikus elmélet, legkevésbbé ad kielégitő magyarázatot, annál inkább a Sellheim-theoria, mely azóta is megdöntetlen, s melyet *B. Tenckhoff* magyarázata is megerősit.

Sellheim abból a föltevésből indul ki, hogy járáskor, a test mozgásai és forgásai alkalmával keletkező mozgások áttevődnek a szervre vagy daganatra s ezzel nagyban hozzájárulnak azok megcsavarodásához. Minél gyakoribb és gyorsabb, minél megismétlőbb és hirtelenebb valamely forgás, annál könnyebben jöhet létre a torsio, feltéve, — ha a test hossztengelyével legalább is megközelitőleg egybeesik a daganat, illetőleg a kocsány tengelye. Ilyen mozsok nemcsak járáskor és munkaközben, de ágyban fekvéskor is létrejöhetnek. Idesorozhatók azok a mozgások is, amiket tánc, kaszálás, szénának szekérre rakása, seprés stb. közben végeznek, mikor is a test kilengései mindig ugyanazon irányúak, (nevezetesen, előrehajló hirtelen erőteljes lendités, melyet a törzs hátrafelé kiegyenesedő lassuló mozgása követ). Az emberek munkájuk közben nagyjában ugyanazokat a mozgásokat végzik. Ugyanolyan, de ellenkező irányú mozgás a kezdődő torsiót ki is egyenlitheti, de ha ezek a mozdulatok egyik irányban erősebbek, mint a másikban, akkor ezeknek a daganatra áttevődésében mozgásbeli különbség keletkezik, mely aztán többé kiegyenlitődni nem tud, hanem mindinkább fokozódik mindaddig, míg a torsio be nem következik, s esetleg meg nem többszöröződik. A csavarodás annál könnyebben jön létre, minél higabb és minél nagyobb tömegü a daganat tartalma. Ez megmagyarázza azt a mindennapi tapasztalatot is, hogy az egyrekeszü savós petefészektömlők csavarodása miért gyakoribb a többiekénél. *Sellheim* az előbbiekben összefoglalt elméletét két kisérlettel igazolta. Az első kisérletet tojással végezte, melyet ujjai közt nyersen és megfőzötten forgatott, majd ugyanezt a mozgást vízzel töltött tojáshéjjal végezte el. Mikor a forgó tojást ujjával megérintette, az azonnal megállott, egyszer vagy többször továbbforgott, aszerint, mi volt a tartalma. Ezzel az egyszerü kisérlettel sikerült igazolnia, hogy a tojás héjjával végzett mozgás mint tevődik át a tartalomra, valamint azt, hogy a tojáshéj mozgásának megakadályozása után is a tartalom tovább mozog. Sokkal meggyőzőbb a második kisérletsorozat a betegeken. Három asszonnyal, kikben kocsányos, panaszokat nem okozó petefészektömlőt talált, napokon át minden más mozgás kiküszöbölésével bizonyos rendszer szerint ugyanazon jobbra történő mozgásokat és forgásokat végeztette mind fokozottabb mértékben. Pár nap mulva fájdalmak, görcsök, hőemelkedések jelezték a csavarodás bekövetkezését. Mütétkor két esetben jobbra irányuló, tehát a végzett mozgások irányának megfelelő kocsány-torsiót talált. A csavarodás teljesen friss volt. A harmadik esetben csavarodás azért nem következhetett be, mert a tömlő alsó harmada a kismedencébe ékelődött be. *Trenckhoff* lejtős úton gyors lejövetel

után állapított meg tengelycsavarodást. Szerinte a torsio oka nemcsak a korábban említett lépéseknél keletkező mozgások, a „Tritt-rotatio", hanem a haladáskor létrejövő s a medencére áttevődő rövid, lökésszerű, forgó mozgások a „Gangrotatio" is. *Schetz* ezek keletkezését a két testfél részaránytalan voltával magyarázza, aminek következménye, hogy a medence lépéskor és előhaladáskor rotatiót végez, amit a talpaknak a földdel érintkezése hirtelen megszakít. A rototio természetesen mindkét oldal felé történik, de ép a két testfél aránytalansága miatt az elfordulások egyensúlyba nem jöhetnek. Ezen asymmetriából származó rotatiós különbség valószerűségének igazolására megemlíti a ködben való körbenjárást és más, az állatvilágból ismert hasonló jelenségeket.

Kétségtelen, hogy mint *Schultze* is megjegyzi, más a kocsányos daganatok csavarodása, mint a méh hossztengely körüli torsiója, de viszont épp a myomás méh hossztengely körüli csavarodásakor, ahol minden esetben a nagy myomás méh vékony, kocsányszerű cervixen ül — a hasonlat kétségbe nem vonható.

A fenti tényezőkön kivül a megcsavarodásban még szerepet játszanak: a méh súlya, helyzete, felszíne, egyenetlen növekedése, keskeny tapadása, laza rögzítettsége s a hasfal petyhüdtsége is. E tényezők számbavételével a méh hossztengelykörüli megcsavarodását kielégítően megmagyarázhatjuk. Itt említjük még meg azt a feltűnő jelenséget, hogy a méh hossztengelykörüli csavarodása csak a klimaxban, vagy az ahhoz közel álló *(Albrecht, Schweigl)* nőkben fordul elő, amikor már a nemiszervek sorvadásnak indultak vagy már esetleg atrophisáltak.

A csavarodás foka különböző. A méh elsőleges torsiója a 180°-ot sohasem haladja meg. Másodlagos csavarodáskor *Tóth* 360°, *Schweigl* 540°-os torsiót észlelt A méh ürege el is záródhat és haemato-metra jöhet létre. A megcsavarodás olyanfokú is lehet, hogy a myomás méh cervixéről teljesen leszakadhat és a hasüregbe kerülhet *(Hitzanides)*.

A csavarodás az előidéző ok szerint jobb vagy bal irányú lehet és kivétel nélkül az isthmuson következik be.

A méh megcsavarodásával járó kórkép legtöbbször lassanható erők eredménye, aminek azonban nem mond ellen a tünetek hevessége és hirtelensége sem. Ha nem hirtelen következik be a csavarodás, úgy ez mindaddig tünetmentes maradhat, míg a daganatos méh vérellátása meg nem szűnik és a nagyfokú vérrekedés, valamint szövetelhalás meg nem kezdődik. Utóbbi csak másodlagos torsióban következhet be. Elsőleges torsiókor a csavarodás hirtelen történik s vele egyidejüleg beáll a vérrekedés. Ilyenkor a csavarodás nem ér el nagy fokot, a tünetek azonban annál hevesebbek. A tünetek, mint a nagy fájdalom, görcsök, érverés megváltozás, hashártya izgalmi tünetek, láz, szemlátomást fokozódnak, követelik a gyógyító beavatkozást s éppen ezért nincs is idő szövetelhalás bekövetkezésére.

Amint a csavarodás következtében a méhnyak strangulatiója beállott, a kifejlődött tünetekből nem nehéz torsióra következtetni, a méh hossztengelykörüli csavarodásának kórjelzését azonban megállapítani nagyon nehéz. Semmi sem bizonyítja ezt jobban, mint az a tény, hogy az összes közölt esetekben műtét előtt csak három alkalommal sikerült pontos kórismét felállítani, még pedig kétszer *Jaschke* és egyszer *Switalszky*-nak. Mindháromszor a feszülő rotundumok, a tapintható csavarodási orsó és hólyagzavarok vezettek a helyes eredményhez. A kerek szalagok sokszor kereszteződnek, mint esetemben is, a daganat alsó domborulatára kerülnek, s csak ritka kedvező alkalmakkor válnak kitapinthatókká. Hólyagpanaszok majdnem mindig előfordulnak, de szerintem nem eléggé jellegzetesek ahhoz, hogy belőlük következtetést vonhassunk le. *Nürnberger* nagy segítséget tulajdonít a sondázásnak, azonban a sonda felvezetése sok egyéb okból is akadályozott lehet. A pontos kórisme megállapításának gyakorlati szempontból nincs nagy fontossága, mert akár kocsányos petefészektömlő, akár daganatos méh csavarodott meg, minden esetben operálnunk kell. Petefészektömlő-kocsány csavarodására gondolni, mint esetemben, még nem is a legrosszabb, de mindenesetre a leggyakoribb tévedés.

A gyógyítás a méh eltávolításából áll, melyhez legtöbb esetben drainezés is társul. A kellő időpontban végzett műtét teljes gyógyulást hoz. Halálesetről nem számolnak be. Ez azonban a hirtelen jövő igen súlyos tüneteknek köszönhető, melyek miatt a betegek még idejében kerülnek szakember kezébe.

A myomás méh hossztengely körüli csavarodása ritka és súlyos baj. Másodlagosan gyakrabban fordul elő, mint elsőlegesen. Legtöbbször számos tényező együtthatása hozza létre.

A myomás méhnek esetemhez hasonló elsőleges hossztengelykörüli csavarodása a magyar irodalomban tudomásom szerint nem került közlésre.

Irodalom: *Tóth István:* Szakosztályi előadás 1909. — *Frigyesi:* U. o. 1904. — *Sellheim:* Zbl. f. Gyn. 1922,, Münch, Med, Wschr. 1922, 1923. Arch. Gyn. 1923. Mschr. f, Gyn, u, Geb. 1923. — *B. Tenckhoff:* Zbl. f. Gyn. 1925. — *Stork:* Zbl. f. Gyn. 1925. — *O. Lindig:* Zbl. f. Gyn, 1925, — *E, Baumann:* Münch, Med, Wschr. 1927. — *Roloff:* Münch. med. Wschr. 1927. — *A. Sohn:* Zbl. f. Gyn. 1929. — *Stork:* Zbl, f, Gyn, 1926, — *Nürnberger:* Zbl. f. Gyn. 1930. — *R. Schweigel:* Zbl. f. Gyn. 1934.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.).

A polycythaemia vérképe és annak változása az állati fehérjében nagyon szegény étrendre.

Irta: *Kleiner György dr.*

Herzog professor közleményében (O. H. 5. sz.), melyben a fehérjében nagyon szegény étrendet ajánlotta a polycythaemia gyógyítására, betegeink vérképeinek csak legfontosabb adataira, a vörösvérsejtek számára és a haemoglobintartalomra hivatkozott ezen étrend gyors és biztos hatásának az igazolására. Mivel eseteinknek a haematologiai vizsgálata a polycythaemia vérképének eddig kevéssé ismert sajátságainak kimutatására vezetett és mivel ezen kóros sajátságoknak a csökkenése az étrendi gyógyítás folyamán ugyancsak bizonyítéka a kóros csontvelőműködés megjavulásának, érdemesnek tartom betegeink vérképének részletes közlését. *Herzog* professor cikkének megjelenése óta még egy polycythaemiás beteget figyelhettünk meg, összesen tehát nyolc esetről számolhatok be.

A vérképek sajátságait és azoknak az étrend hatására történt változásait a túloldali táblázatban foglalom össze:

Az étrend folyamán a vörösvérsejtek száma minden esetben a rendes, illetve az ehhez közelálló értékre (5.08—5.63 millióra) megkevesbbedett. A vörösvérsejtek a leggyorsabban az első héten fogytak; a csökkenés ekkor 2 millió körül volt, csak egy esetben volt ennél kevesebb (1.1 millió), viszont előfordult 2.7 milliós csökkenés is. A következő hetekben a kevesbbedés lassabban történt, majd az étrend 4—6. hetén a vörösvérsejtszám megállapodott.

	Kezelés	Vörösvérsejt szám millió	Haemoglobin %	Festék index	Haematokrit	Vörösvérsejt-térfogat köbmikron	Vörösvérsejt átmérő középértékben mikron	Reticulocyta %	Fehérvérsejt	Fehérvérsejt alak %-ban. Myelocyta	Fiatal	Pálca	Karélyos	Eosinophil	Basophil	Lymphocyta	Monocyta
1. O. E.	előtt:	9.40	145	0.8	65	70	7.31	22	9,700	—	5	10	72	1	—	5	7
40 éves nő	után:	5.63	104	0.9	47	83	7.36	6	5.600	—	—	4	79	4	1	10	2
2. K. L. í	előtt:	7.68	130	0.8	58	76	7.31	68	7,200	—	1	4	83	4	—	5	3
55 é. férfi	után:	5.49	112	1.00	50	90	7.42	12	7,000	—	—	4	84	3	1	7	1
3. K. S.	előtt:	10.45	133	0.67	59	60	6.91	10	7,900	2	3	1	54	3	1	31	5
48 é. férfi	után:	5.12	110	1.00	49	97	7.41	6	6,500	1	1	1	59	4	1	33	1
4. B. A.	előtt:	9.10	130	0.7	58	65	7.18	22	7,060	—	—	7	76	—	—	16	1
47. éves nő	után:	5.44	112	1.00	51	89	7.39	8	8,000	—	—	4	81	1	1	5	8
5. K. E.	előtt:	9.62	128	0.7	58	61	7.29	20	11,100	—	—	8	79	1	—	10	2
70 é. férfi	után:	5.33	110	1.00	52	98	7.47	4	6,150	—	—	5	75	3	—	13	4
6. B. A.	előtt:	8.62	158	0.8	71	82	7.14	4	12,100	—	2	5	59	2	2	29	1
53 é. férfi	után:	5.08	115	1.1	52	105	78.9	4	4,700	—	3	1	67	4	—	21	4
7. K. J.	előtt:	7.56	148	0.9	66	86	7.21	18	8,600	—	—	5	63	3	1	27	1
39 é. férfi	után:	5.27	108	1.00	51	96	7.39	1	7.400	—	—	1	62	4	1	23	9
8. D. M.	előtt:	7.86	130	0.9	59	75	7.23	64	21.800	—	—	9	83	6	—	2	—
56 é. férfi	után:	5.37	125	1.1	56	103	7.59	20	21.500	—	—	8	80	3	2	5	2

A haemoglobin mennyisége is csökkent, de nem arányosan a vörösvérsejtekkel, hanem lassabban, sőt közben kisebb emelkedés is előfordult. Kezelés előtt a haemoglobin értéke a vörösvérsejtekhez viszonyítva mindig kisebb volt, tehát a festékindex mindig 1 alatt (0.67—0.9 között) volt. A haemoglobin lényeges fogyása csak a 3—4. héten indult meg, azonban néha még akkor is tovább fogyott, amikor a vörösvérsejtek száma már megállapodott. A haemoglobinnak aránylag lassúbb fogyása folytán a festékindex egyre közeledett 1-hez, majd minden esetben elérte, két esetben kisfokban (1.1) meg is haladta azt.

A haematokrit mindig magas (58—71 közötti) értékeket adott. Ezen érték csökkenése párhuzamosan haladt a haemoglobin fogyásával és rendszerint a rendesnél valamivel magasabb maradt (47—52).

A vörösvérsejtek térfogata a kezelés előtt mindig kisebb volt. A mikrovolumnia többször igen lényeges fokot ért el, a térfogat 60 és 61 köbmikron is volt. A javulás folyamán a térfogat hamarosan nőtt s elérte a rendes értéket, két esetben azt valamivel meg is haladta (103 és 105 köbmikron).

A vörösvérsejtek átmérője a gyógyítás előtt minden esetben valamivel kisebb volt, amennyiben a sejtek középátmérője 6.91—7.31 mikron volt, szemben a rendes 7.5 mikron körüli átmérővel. A gyógyítás alatt ez is a rendes érték felé közeledett, egy esetben azt meg is haladta. A sejtek alakja mindig egészen kerek volt.

A reticulocyták, megfelelően a fokozott vérképzésnek, a kezelés előtt mindig nagyobb számban voltak a vérben (10—68 ezrelék). A gyógyításnak hatására, vagyis a csontvelő ingereinek csökkentésére a reticulocyták mindig lényegesen megfogytak. Kivétel csak egy eset volt, ahol a reticulocyták száma úgy a kezelés előtt, mint után 4 ezrelék volt.

A thrombocyták számában és alakjában lényeges és következetes eltérés nem volt.

A fehérvérsejtek száma négy esetben rendes volt és a kezelés alatt nem változott, négy esetben pedig kifejezetten magasabb volt; 9.700, 11.100, 12.100 és 21.800. Az első három esetben a kezelés alatt számuk 5.600-ra, 4.700-ra, illetőleg 6.150-re fogyott. Az a beteg, akinek 21.800 fehérvérsejtje volt, még csak két hete részesül gyógyításban és ezen idő alatt a fehérvérsejtek száma nem változott.

A fehérvérsejtek százalékos összetétele nem mutatott egyöntetű képet. 4 esetben a lymphocyták száma kevesebb volt (5, 5, 10, 2%), a többi 5 esetben viszont rendes volt. Éretlen sejt 4 esetben jelent meg, 3 esetben csak fiatal alak, 1 esetben myelocyta is. A gyógyítás alatt a fehérvérsejtkép balratolódása kismértékben csökkent.

A 8 eset közül 5 inkább a Vaquez-féle typusnak, 1 a Gaisböck-typusnak felelt meg; egynek akromegaliája volt, egy pedig enkephalitis következményes állapotában szenvedett. A vérkép változása mindezen esetekben egyforma volt, eltérést egymástól nem mutatott.

A vérkép említett sajátságai közül a mikrocytosis és a mikrovolumnia az, amely különösen figyelmet érdemel, mert ellenére annak, hogy ez a polycythaemiás vérkép állandó sajátságának látszik, mégis ez ideig kellő figyelemben nem részesült. A régebbi kutatók írásaiban ismételten találjuk azt, hogy a festékindex 1-nél kisebb, azonban a sejtnagyságra és térfogatra irányuló adatok nagyon hiányosak. *Price-Jones* 6 eset közül 4 esetben mikrocytosist talált; száraz készítményben 6.83, 6.86, 7.23, 7.24 mikron átmérőt (szemben a normalis 7.4 mikronnal). *Jörgensen* és *Warburg* az átmérőt 2 esetben normalisnak találta, a normalisnál valamivel kisebb térfogattal (82 köbmikron). Ezen adatokkal szemben eseteinkben *mindig* kifejezett mikrocytosist és mikrovolumniát találtunk, amiértis a vörösvérsejteknek ezt a sajátságát állandónak és a polycythaemiára jellemzőnek kell tartanunk. E sajátságok valószínűleg a csontvelő kóros működéséből származnak. Ezen felfogást nagyban alátámasztja az a tapasztalatunk, hogy a gyógyítás folyamán a mikrocytosis és mikrovolumnia megszünt. A normalisnál kisebb és laposabb sejtek teszik érthetővé azt, hogy előfordulhat olyan eset is, ahol olyan sok vörösvérsejt van 1 köbmiliméterben, amennyi rendes vörösvérsejttérfogat mellett egyáltalában nem férhetne el.

Összefoglalás: 1. A polycythaemiás betegek vörösvérsejtjeinek átmérője a rendesnél kisebb és még nagyobb fokban kisebb a térfogatuk, ezért valószínű, hogy kóros csontvelőműködésről van szó, amely a rendesnél laposabb és kisebb sejtek képzésében nyilvánul meg. A csontvelő ezen hibás működése állati fehérjében nagyon szegény étrend hatására megszűnik és normalis sejtképződésnek ad helyet.

2. Az állati fehérjében szegény étrend nemcsak a

vörösvérsejtképzésre, hanem bizonyos fokban a csontvelő fehérvérsejtképzésére is hat, mert három esetben, ahol a fehérvérsejtek száma kifejezetten nagyobb volt, lényeges és maradandó csökkenése következett be. Evvel együtt a balratolódás is kismértékben csökkent. Az állati fehérjében szegény étrend ezen hatása azonban nem állandó, mert egy esetben (8. eset) nem következett be.

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

A lueses vérsavóreactiók viselkedése sebészi beavatkozások után.

Irták: *Jósa László dr.* és *Lusztig Józsa dr.* tanársegédek.

A sebgyógyulási zavarok és műtét utáni szövődmények okát kutatva felmerült a régi vérbajos fertőzések szerepének a gyanuja is. Sorozatos vizsgálatokat végeztünk, amelyek alapján kitünt, hogy olyan másodlagosan gyógyuló sebek esetén, ahol eredetileg elsőleges sebgyógyulásra számítottunk (aseptikus műtéti sebek), többször találtunk positiv Wassermann-reactiót, mint az ugyanezen idő alatt műtétre került és elsőlegesen gyógyult betegeknél. E vizsgálatokra támaszkodva adott *Hüttl* a Magyar Sebésztársaság XII. nagygyülésén 1925-ben azon véleményének kifejezést, hogy a sebgyógyulás zavaraiban a vérbajnak szerepe van. Azóta kivétel nélkül minden műtétre kerülő betegünkön elvégeztük a Wassermann- és Kahn-próbát.* A manapság használatos savóreactiók ugyan jelzik a vérbajt, elméletileg azonban mégsem tekinthetők fajlagosnak, vagy legalább is nem teljesen. A reactiókban szereplő kolloid-chemiai elváltozásokat, a vérsavó fehérjetöredékeinek mennyiségi és minőségi eltolódását egyéb betegségek és állapotok is előidézhetik. Már régebben ismeretes, hogy az alább felsorolt betegségek is adhatnak positiv reactiót. Igy a súlyos framboesia 100%-ban, a kevésbbé súlyos és lappangó 25—80%-ban, a visszatérő láz 50%-ban. Positiv reactióval járhat még a trypanosomiasis, a kiütéses typhus a betegség tetőfokán, a lepra, a vörheny a 20—48-ik napok között, továbbá az endokarditis, malaria és kivételesen a lágyfekély is. Gyengén positiv reactiót okozhat a gümőkór is. Olykor positiv a próba rosszindulatú daganatok esetén, hullavérsavóban és altatott betegek savójában is. Mindezen irodalmi adatok közül bennünket különösen az altatószerek hatása érdekelt. Erre vonatkozólag nem egységes a vélemény, egyes szerzők némely altatószer alkalmazása után a positiv reactio gyengülését látták, ami ellentétben áll az imént említett adattal. A positiv Wassermann-ractiót leplezheti az influenza, kanyaró, szesz, a haldoklás állapota és lecithin-injectio.

A debreceni Orvosegyesületben *Győrffy* és *Lissák* 1934. november havában kutyakisérletekről számoltak be, melyek folyamán azt látták, hogy az altatott és műtéten átesett állatok vérsavója rövid időre erősen positiv Wassermann-reactiót eredményezett. Mivel régebbi vizsgálataink során a reactióhoz szükséges vért olykor, főleg sürgősen műtétre kerülő esetekben a műtét után vettük, eddigi vizsgálataink eredményének értékelése végett szükségesnek láttuk megállapitani azt a mértéket, amit az altatás és műtét a savóreactiók megváltoztatásában esetleg okozhat. 100 olyan beteg esetében, kiknek a Wassermann- és Kahn-reactiója műtét előtt negativ volt, a sebgyógyulás ideje alatt tovább is figyelemmel kisértük a savó viselkedését. Műtét után egy hétig naponta, azokon a betegeken, akik ennél hosszabb időt töltöttek a klinikán, folytatólagosan 2—3 naponkint elvégeztük a reactiókat. A 100 beteg közül 55-ön helyi érzéstelenitésben, kettőn gerincvelő-érzéstelenitésben, 41-en aethylchlorid-aether-altatásban és két esetben aetherchlorid-bódításban végeztük a műtétet. A betegek között 67 férfi és 33 nő volt. Életkoruk 17 és 72 év között váltakozott. 38 betegnek sérve, 23-nak féregnyulványgyulladása, 8-nak aranyere, 12-nek rosszindulatú daganata volt. Epekő, gyomorfekély, visszértágulat, izületi rövidülések, jóindulatú daganat, ecchinococcus, heveny és idősült gyulladás, sérülés egy-két esetben fordult elő a többi 19 betegen.

92 esetben a műtét után is negativ maradt mind a Wassermann-, mind a Kahn-reactio. 4 esetben csak a Wassermann-reactio, kétszer csak a Kahn-reactio és további két esetben mindkettő positivvá vált. Ezen nyolc esetet részletesen a következő táblázatban ismertetjük.

A táblázatból látható, hogy egy eset kivételével sem a Wassermann-, sem a Kahn-reactio positivitása nem tartott a műtét után négy napon túl és a complementkötés, illetőleg kicsapódás igen kisfokú volt. Mindössze egy esetben láttunk olyan erős és tartós positiv Kahn-reactiót, amelyet megfelelő kórelőzményi adatok nélkül is vérbajra kórjelzőnek tartottunk volna. Ez esetben nem lehetetlen, hogy a műtét lappangó vérbajt derített fel a vérsavó reactiójának megváltoztatásával. Ezt a provokáló hatást támogatja a Wassermann-reactio viselkedése, mely az első két napon egészen gyenge, a következőkben valamivel erősebb kötést adott és ezt a tulajdonságát az észlelés egész ideje alatt megtartotta.

A táblázatban feltünik, hogy átmenetileg a műtét után kötést, illetőleg kicsapódást adó savók az esetek fe-

A műtét után positivvá vált reactiójú eseteink.

		Kórisme	Műtét utáni napok													
			1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.	
			Wa	K	Wa	K	Wa	K	Wa	K	Wa	K	Wa	K	Wa	K
1.	T. K.	Appendicitis	—	—	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2.	T. J.	Carcinoma mammae	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3.	V. M.	Carcinoma mammae	+	—	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4.	Sz. L.	Hernia inguinalis	—	—	—	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.	T. I.	Carcinoma lympho-glandularum metast.	+	—	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6.	S. S.	Sarcoma testis	+	++	—	+	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—
7.	I. Gy	Nodi haemorrhoid.	—	—	—	—	—	++	—	—	—	—	—	—	—	—
8.	K. Zs.	Hernia inguinalis	+	+++	+	+++	++	+++	++	++	±	+++	++	+++	++	+++

* *Józsa:* Arch. kl. Chir. 1935. 184, 299—319.

lében rosszindulatú daganatban szenvedő betegektől származtak.

Minthogy a gyengén positiv savóreactiókat megfelelő kórelőzményi adatok, vagy klinikai tünetek nélkül a vérbaj kórjelzésére úgysem használhatjuk fel, vizsgálataink eredményét abban foglalhatjuk össze, hogy a serologiai vérbaj-reactiók értékelésében nem lényeges, hogy a vért műtét előtt, vagy után vesszük a betegtől.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Serumfehérjék májbetegségekben. *Kaunitz.* (Wien. klin. Wschr. 1935. 44.)

Régóta ismeretes, hogy a legtöbb májmegbetegedés a plasmafehérjekép megváltozásával jár együtt, jellemző a májmegbetegedésekre a fibrinogen-fractio megkevesbedése mellett a globulin-fractio relativ megszaporodása, tehát az albumin-globulin-hányados csökkenése és az összfehérje megkevesbedése. Lehetséges, hogy ennek az oka az érfalak megváltozott állapotában van. A savós gyulladás tanulmányozása ugyanis arra az eredményre vezetett, hogy savós gyulladások esetében hasonló folyamatok zajlanak le, albumin lép át a szövetekbe, aminek folytán a régen ismeretes globulin-aemia és az albumin/globulin-hányados csökkenése jön létre. A francia szerzők által leírt hyposerinaemia egy compensatiós folyamatnak tekinthető, a szövetekbe albuminban dús folyadék áramlik, amelyet viszont a szövetekből kiáramló fehérjeszegény folyadék pótol. Azonban azt, hogy a májbetegségekben a fehérjekép kialakításában magának a májsejttevékenységnek is jelentékeny része van, klinikai esetek kapcsán látta, amikor a vérfehérjekép a májsejt tevékenység kóros voltának egyéb jeleivel párhuzamosan változott. Ezenkivül még más bizonyítékai is vannak, hogy a májsejttevékenység nemcsak a fibrinogenképzésben, hanem a savó többi fehérje fractiójának viselkedésében is nagy jelentőséggel bir. Legújabban az ultraviolett-sugarakkal végzett spektrophotographiai vizsgálatok kimutatták, hogy a májbeteg serumfehérjefractiói más chemiai szerkezettel birnak, mint az egészségeseké. Ily módon a májbetegségeket kisérő hyposerinaemiának is lehetne azt a magyarázatot adni, hogy nem a savós gyulladás révén keletkezik, hanem azért jön létre, mert a kóros májsejttevékenység folytán nem képződik elég fehérje.

Radnai Pál dr.

A grippepneumonia kezelési kisérlete nehéz fémsókkal. *Hittmair.* (Wien. klin. Wschr. 1935. 46.)

Tizenkét esetben kezelt grippepneunomiát, amelyek néha több naposak és lebenyekre kiterjedők voltak, collargolklysmaval, illetve 20%-os Solganal B oleosummal. Az utóbbinak az adagja 0.1 ccm volt intramuscularisan. Mind a 12 eset meggyógyult, a friss esetekben a láztalanodás pár órával a kezelés után kritikusan következett be, egy esetben sem fejlődött ki empyema és a korán kezelésbe vett esetekhez sohasem társult mellhártyagyulladás.

Radnai Pál dr.

Kísérletek a cytoliticus rákdiagnosissal. *Bauer.* Freund és Kaminer vizsgálataiból tudjuk, hogy ha a rák, illetve sarcoma-beteg savóját rákos daganat suspensiójával összehozzuk, akkor a sejtek túlnyomó része védve marad, míg a normális egyén sejtjeinek nagyobb része feloldódik. Az eljárás technikai egyszerüsitése céljából nem magából a rákos daganatból, hanem rákos egyén egészséges májából készített suspensiót és így is azt az eredményt érte el, mintha maga a rákos daganat szolgált volna diagnosticum gyanánt. Ezekkel a vizsgálatokkal a rák savódiagnostikájának egyszerüsitésén kivül azt is igazolni véli, hogy a rák az egész szervezet megbetegedése, mert a nem rákos szervekben, illetve szövetekben is mélyreható elváltozások jönnek létre.

Radnai Pál dr.

Sebészet.

Vesekő- és vesemedencelaphámrák esete. *J. Schulte.* Göttingen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 1935. 162. 3.)

Esetében 40 éves betegének néhány hét óta tartó baloldali fájdalmai voltak, vizelési panaszokról, véres vizeletről a beteg sohasem panaszkodott. Üledékében vörösvérsejt nem volt található. Baloldali ureter-katheterismussal 12 perc mulva megjelent bő sugárban, intensiv kéken a festőanyag. Röntgen a bal vese felé kitöltő kőárnyékot mutatott. Pyonephrosisa miatt műtétet indikáltak.

Műtétkor látták, hogy a bal vese kétszer nagyobb a normalisnál, s az alsó polusán külső vizsgálatra behúzódás volt látható. A vesemedencében neoplasma ült. A paraaortalis mirigyek szilvanagyságúra nagyobbodtak meg. A tumor szövettanilag laphám-carcinomának bizonyult. Azért közölte esetét, mert Mayo klinikájáról 15 év alatt csak 4, Fedorow klinikájáról pedig csak 2 hasonló eset volt közölve.

Kenessey László dr.

A postoperativ paralitikus ileus kezeléséről. *Gustav Liewe* és *Jakob Herbrand,* Rostock. (Bruns. Beitr. 1935. 162. 2.)

Szerzők több esetük közlése kapcsán beszámolnak a postoperativ paralytikus ileus therapiájában általuk alkalmazott Vaso-Pituigan nevü készitménnyel szerzett tapasztalataikról.

Hangsúlyozzák, hogy a szigoruan individualisált adagolás mellett Vaso-Pituigan anélkül, hogy a keringést jelentősebben befolyásolta volna, vagy az általános közérzetet különösebben érintette volna, a bélatonia legsúlyosabb eseteiben rövidesen a peristaltika megindulásához s székürüléshez vezetett.

Puskás Jenő dr.

A csipőizületi tuberculosis végső eredményéről. *Klaus von Haeften.* Göttingen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 1935, 162, 3.)

Statistikai adatai szerint a csipőizületi tuberculosis esetei 75%-ban az első életévtizedre esnek. Foglalkozik a csipőizület különböző helyzetü fixálásával, hivatkozik *Max Langera* és *Th. Becker*-re, kik szerint 3—4 év a gyógyulás időtartama, míg az általa ajánlott szögben rögzített csipőizületi ficamok átlagban 2 és fél, 3 év alatt gyógyultak. 20 conservativ, 2 operativ kezelt, röntgennel ellenőrzött esetről számol be. A röntgen és klinikai vizsgálat ad felvilágositást a gyógyulás végeredményéről és a rögzített csipő kedvező állásáról.

Kenessey László dr.

Szülészet.

Adatok a hugycső cavernosus haemangiomája vagy venektasiájának kérdéséhez. *O. Hajek;* (Zbl. f. Gyn. 1935. 36.)

A hugycső angiocavernomájának vagy venektasiájának jóindulatúsága és kicsinysége miatt csekély klinikai jelentősége van. Gyógyítása kimetszésből vagy elpörkösitésből állhat. — Keletkezésének alapja embryonalis hajlamosság. Egy esetét ismerteti, melyben a külső hugycsönyilásnál datolyamag nagyságú, porckemény, vérvörös polypus foglalt helyet. A beteg panaszai hugycsöégésben és viszketésben nyilvánultak; vérzés feltünő módon nem volt. A kimetszés képlete szövettanilag többrétegi magas lap — és köbhámsejtekből állott és belsejében laza kötőszövetből körülvett, részben szervült vérrel telt ürök voltak láthatók. E szövettani lelet alapján a szerző a képletet venektasiának tekinti.

Hufnagl Kálmán dr.

A medence hormonalis tágabbá válása állatkisérletben. *Tapfer* és *Haselhofer.* (Arch. f. Gyn. 159. 3.)

Annak megállapitására, hogy a medence-összeköttetések terhesség alatti tágulásában specifikus hormon játszik-e szerepet, a szerzők állatkisérleteket végeztek. Kisérleti állatokként oestrusban lévő szüz tengerimalacokat és folliculushormonnal oestrusba hozott castrált tengerimalacokat használtak s a következő eredményekre jutottak. 1. A tengerimalacokon másfél-két ccm terhes-házinyúlsavó befecskendezése után már 12—18 óra mulva felismerhető volt a szeméremillesztés kitágulása. 2. A tengerimalacokon előidézett symphysis-tágulat foka egyenes arányban állott a terhes házinyulak terhességi idejével. 3. A terhes állat serumának hatóanyaga a folliculushormon, amit bizonyit az is, hogy tisztán folliculus-hormonpraeparatummal (Progynon B. oleosum) ugyanazon hatás volt kiváltható.

Hufnagl Kálmán dr.

Corpus luteum hormonok vizsgálata és activálása. *Fels.* (Zbl. f. Gyn. 41—1935.)

Cikkében vitatja vizsgálatainak elsőségét *Butenandttal* szemben. Már több vizsgálat megállapitotta, hogy a corpus luteum két anyagot tartalmaz: a luteosteron C és D-t. Még kérdés, hogy polymorph anyagokról, vagy ugyanazon anyag isomerjeiről van-e szó. Valószinübb az utóbbi feltevés. A Clauberg-test, mellyel vizsgálatait végezte, nem bizonyult állandónak és valószinüleg az az oka, hogy *Butenandt* más

eredményeket kapott. A luteosteron C és D együtt adva hatásosabbak, mint külön-külön vett hatásuk összege. A *Butenandt* által synthetikusan előállított luteosteron D teljesen azonos hatásu a mirigyből nyert anyaggal, a luteosteron C azonban már nem. Valószinüleg van benne luteosteron D is. A hyperaemia, melyet a corpus luteum hormon a méhen ki vált *Butenandt* szerint nem specifikus, mert folliculus hormonnal is kiváltható. *Fels* szerint azonban az ezirányú vizsgálatok igen pontosak voltak és biologiailag is igazolhatók, úgy, hogy *Butenandt* ezen állitásával nem azonosithatja magát.

Bäder Andor dr.

Gyermekgyógyászat.

Poliomyelitis. A bulbaris alakról. *Toomery.* (Amer. Journ. of Dis. of Children 1935 50. 1362.)

Szerző szerint a nyultvelő-centrumoknak Heine-Medin-virussal történő megbetegedését másodlagosnak tartja. A magvak retrograd úton fertözödnek a poliomyelitisvirustól, még pedig oly módon, hogy a virus a n. vagus tengelyfonalán keresztül jut, elsösorban a vagus-magvakba s onnét hatolnak át a szomszédos központokba. Elmélete bizonyitékául az irodalomban részletesen ismertetett járványok eseteit hozza fel. A bulbaris jellegü megbetegedések legnagyobb részében a vagus bántalmazottságának tünetei — elsösorban a gyomor-bélcsatorna részéről — többnyire kimutathatók, még pedig aránylag korai stadiumban. Ehhez járul még a poliomyelitis-virus kisérletileg kimutatott affinitása a szürke idegfonalakhoz. Ezért szerző úgy gondolja, hogy a poliomyelitis-virus a gyomor-béltractuson át jut a vagusba. Ha a majmok egyik-oldali vagusába befecskendezik a poliomyelitis-virust, kifejfejlödik a dysathriától, dysphagiától kisért bulbaris megbetegedés képe, melynek szövettani metszetekben az emberi bulbaris typusú poliomyelitissel megegyező jellegzetességei vannak.

Surányi Gyula dr.

Az angolkór megelőzése tejhez adott concentrált csukamájolajjal. *Peterman* és *Epstein.* (Amer. Journ. Dis. Cildr. 1935. 50, 1152,)

Az angolkór megelözésére 26 intézeti csecsemőnek 4—13 hónapon át ismert mennyiségü A és D vitamintartalmú concentrált csukamájolajat adtak besürített tejből készített táplálékban, a scorbut megelözésére pedig ananászlevet. A csecsemök a kisérlet tartama alatt mindkét betegségtől klinikailag teljesen mentesek maradtak, a csontokon a röntgennel sem lehetett elváltozást észlelni, azonban a vérphosphor a legtöbbnél kisfokú átmeneti csökkenést mutatott.

Geldrich dr.

Adatok a pertussis vaccinakezeléséhez. *Werner.* (Jb. f. Khlk. 1936.)

70 esetben próbálta ki a petein pertussis vaccinát és általában kedvező eredményt látott tőle. Minél korábban történik a vaccina alkalmazása, a hatás annál jobb, bár — ha ugyan sokkal kisebb számban is — a betegség későbbi szakában alkalmazva sem tagadható annak kedvező befolyásolása. Csecsemök kevéssé reagálnak rá, aminek oka minden valószinüség szerint a rossz antitestképzésben keresendö.

Móritz Dénes dr.

Szemészet.

Különböző gyógyszerek hatása az adaptatio képességre. *T. Toyoda.* (Acta soc. ophthalm. Japon. 1935. 139. old.).

Különböző pupillaszükitő és tágitó szerek hatását vizsgálta az adaptatióval kapcsolatban. A pupillatágitók, mint atropin, scopolamin parasympathicus bénitók, ephedrin, cocain sympathicus izgatók, különbözőképen hatnak az adaptatióra. A parasympathicus bénitók leszállitják az adaptatió képességet, a sympathicus izgatók fokozzák, különösen a secundaer adaptatiót. Santonin hatástalan, chinin gátolja. Amylnitrit gyors, átmeneti javulást okoz mintegy 10 pencig. — Morphium hatástalan. Adrenalin csak subconjunctivalis injectió formájában befolyásolta kisérleteiben az adaptatiót éspedig a primaer adaptatiót csökkentette, a secundaer adaptatiót fokozta.

Wenstein Pál dr.

A szemfenéki vérzések jelentősége általános szempontból. *G. Wüllenweber.* (Zeitschr. f. Aug, 1935, 175, old),

A szemfenéki vérzések rendszerint kifejezői a szervezetben történt zavaroknak, részjelenségei valamely általános megbetegedésnek. Infectiós bajok okozhatnak szemfenéki vérzéseket, melyek rendszerint jóindulatúak, jelentőségüket nem szabad túlértékelni. A belgyógyászoknak fontos lehet a retina vérzés jelenléte endocarditis esetében differentiáldiagnostikai szempontból. Különböző vérbetegségben (anaemia, leukaemia) igen korai tünet lehet a szemfenéki vérzés. A diabeteses fundus elváltozások gyakran érfalelváltozásoktól feltételezettek. Retinitis nephritica a hypertoniás betegeken keletkezik. A terhességi retinitisben a kis erek görcse dominál, melynek oka vitás. A sápadt hypertonia rosszindulatú betegség, a szemfenéki elváltozások nem befolyásolhatók. A vörös hypertoniában szemfenéki vérzés az apoplexia jelentőségével bir.

Wenstein Pál dr.

Urologia.

A hólyag diverticulumok jelentőségéről. *R. H. O. B. Robinson.* (Brit. Journ. of Urol. 1935. VII. 313.)

4 esetet közöl, melyekben diverticulumektomia után is maradtak vissza tünetek a hólyag részéről. A tünetek általában gyakori vizelési inger alakjában, továbbá residualis vizelet képében nyilvánultak meg. A tüneteket chronikus prostatitis által feltételezett hólyagnyakmerevség és a belső szájadék szükülete okozták. Transurethralis resectio után a tünetek megszüntek.

Bodon György dr.

Transuretralis resectio a prostata rosszindulatú daganatai esetében. *A. Jacobs.* (Brit. Journ. of Urol. 1935. VII. 321.)

Rosszindulatú prostata megnagyobbodások esetében, melyek teljes vizeletrekedéssel járnak és melyekben csak állandó katheter alkalmazásáról vagy hólyagsipoly készitéséről lehetne szó, ajánlja a transurethralis resectiót. 15 esetben végezte ezt a beavatkozást és 14 esetben jó eredményt tudott elérni, amennyiben a betegek a beavatkozás után spontán jól tudtak vizelni. A rosszindulatú prostata tumorokban ez a beavatkozás sokkal kevésbbé jár vérzéssel, mint prostata hypertrophiában. Természetesen a folyamat előrehaladásával újabb obstructio keletkezhet, melyet egy esetleges újabb beavatkozás ismét megszüntethet.

Bodon György dr.

Epididymo-orchitis az ipari sebészetben. *J. J. Crane.* (Journ. of Urol. japon 1935. 34. 477.)

A traumás here- és mellékheregyulladás tulajdonképen ritka az ipari sebészetben. Anyagán csak 3%-ban volt a trauma biztosan kimutatható. Traumás gyulladások felvételéhez feltétlenül szükséges, hogy a herét, illetve mellékherét ért ütés következtében a börön pontszerü vérzések keletkezzenek, továbbá azonnali duzzanat és shok. A here és mellékhere mindig együttesen sérülnek a trauma által, ha csak az egyik szerven észlelhetök elváltozások, úgy ennek az oka kétségtelenül gyulladásos eredetü. Másodsorban a mellékhere haematogen infectióitól eltekintve a mellékhere infectiója mindig az ondóhólyagok infectióját követi és igy az ezekből nyert kikent készitményeken a kórokozó agens mindig kimutatható.

Bodon György dr.

A kiválasztásos urographiáról. *F. Bilger* és *Fuller* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 377.)

A kiválasztásos urographia által kapott eredmények csak az összes képek egybevetésével és gyakran csak a többi vizsgálatok eredményeivel összehasonlítás után értékelhetök. Anatomiai eltérések az urographiai képek alapján csak úgy fogadandók el, ha azok az összes felvételeken jelen vannak. A vese müködésére a kiválasztásos pyelographia csak ritkán nyujt felvilágositást. Ezek elfogadhatók, ha véletlenül épen jelen vannak, de a rendelkezésünkre álló functionalis vizsgálatok sokkal pontosabb képet tudnak adni. Különösen jó szolgálatokat tesz ez a módszer a hydronephrosis kideritésére; ezekben az esetekben alkalmas arra, hogy kiderítse, hogy a hydronephrosis atonia vagy hyperkinesis alapján jött-e létre.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

A talp körülírt hyperkeratosisai (callus, clavus, verruca). *Stein.* (W. Klin. 1935. 36.)

Fájdalmas bőrkérgek laposan szétterülő traumának kitett helyeken képződnek, mig tyúkszemképződés ott áll elő, hol egy állandó külső nyomással szemben csontos részek felől ellennyomás müködik közre. A bőrkeményedések és tyúkszemek kezelésében salicyltapaszok alkalmazása után a felpuhult réteget lapos késsel eltávolítjuk, az alapot szénsavhóval felületesen megfagyasztjuk, röntgen, vagy a még ve-

szélytelenebb Bucky-sugarakkal kezeljük. A felpuhult tyúkszemet érzéstelenítés mellett éles kanállal ki is kaparhatjuk, utána az alapot elektrocoagulatiós tüvel érintjük. Óvakodni kell a szarucsapot körülvevő granuloma fertőzésétől. Ujabb időben szemölcsök előfordulása a talpon — valószinüleg a nyilvános fürdőkben történő fertőzés következtében — gyakori jelenség. Legcélszerübb ezeket éles kanállal kikaparni. A verrucosis plantae pedis ellen acidum salicylicum 1.0, acidum aceticum glac. 9.0 oldat beecsetelésével is küzdhetünk, vagy pedig hámlasztó kenöcsöt alkalmazunk. 25—30 másodperces szénsavhó fagyasztás is hasonló eredményt ad. Figyelembe jönnek végül a félkemény röntgen, vagy a Bucky-határsugarak. A localis therapia alátámasztására szolgál az arsenadagolás. *Biberstein* emberi szemölcsből készült vaccinás kezelésének eredményei figyelemreméltóak.

Gödény Sándor dr.

Acariasis. *Batunin* és *Jolkin.* (Derm. Wschr. 1935. 44.) Az acariasis kórokozóját *Berger* emberi füzsírban 1841-ben fedezte fel. Ugyanabban az évben *Henle* a bőrben, 1842-ben pedig *Simon* a börtüszökben észlelte. Utóbbi a parasitát acarus folliculorum névvel illette. *Allen* és *Kaufmann—Wolf* nökön a demodex folliculorum és acne rosacea közti kapcsolatra utal. Kutatók egyrésze a parasitát felelössé teszik a bőrák keletkezésében is. Fertőzés direct, vagy indirect úton jön létre. Az atka a szörtüszőbe hatolva gyulladást és a hámsejtek megszaporodását eredményezi, ami néha a nyilások elzáródásához vezet. A betegség klinikai képe az ismert esetek alapján nem egységes. Egyes szerzök pityriasis versicolor világossárga-kávébarna színére emlékeztető pigmentatióról, mások impetigoszerü kiütésekről, vagy lupus erythematodes, pityriasis alba, acne rosaceára emlékeztető képről tesznek említést. A betegség lefolyása chronikus. Meleg évszakokban többnyire javulás áll elő. Az elváltozás arcra localisálódik leginkább. Helyes diagnosis csak pontos mikroskopiai vizsgálat segítségével állítható fel. A parasita in vitro antiparasitás szer hatására gyorsan elpusztul, emberi bőrön a gyógyítás azonban nem mindig könnyü. Szerző két esetében 5 %-os oleum cadinum, 10%-os kén és 50%-os naphthalan kenőcsös kezelést alkalmazott sikerrel.

Gödény Sándor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Nouvelles Lettres á un Médicin particien sur la Dermatologie et la Vénéréologie. *Clément Simon.* (Masson Paris. 1935. VIII. 226 old. Ára: 35 Fr.)

A XVI. században, amikor még nem voltak orvosi szaklapok, a tudósok levelek alakjában közölték a mondanivalóikat és e leveleket többnyire valamelyik elökelö pártfogójukhoz cimezték, még ha ennek semmi szüksége sem volt a levélben foglalt jó gondolatokra. Mai szemmel nézve különösnek is tartjuk, hogy gyakran hercegek és püspökök kaptak ilyen módon pl. kényes betegségek gyógyítására vonatkozó tanácsokat, mert nem gondolunk arra, hogy a cimzett pártfogója lehetett a levélirónak és ez a hálját akarta ilyen módon kifejezni.

Az orvosi szaklapok elterjedése óta az ilyen levelek elmaradoztak. Könyvek megirásakor itt-ott még az „előadások" alakját választják a szerzők, többnyire azonban a rendszeres tárgyalási módot követik, mely az anyagnak előadására, megtanitására és megtanulására a legalkalmasabb, míg a levelekre vagy az előadásokra való tagozás csupán egyes thémákat ragad ki az anyagból és igy mindig többékevésbbé hézagos. Tagadhatatlan azonban, hogy a levélformának is vannak előnyei: minthogy az iró csak a neki tetsző részeket tárgyalja, nincsen a terjedelemben korlátozva, közvetlenséggel, reflexiókat beleszöve, anekdotákkal és citatumokkal tarkitva taníthat, amit ha vonzó modorban tesz, igen maradandó hatásokat érhet el. A levélgyüjtemény tehát nem tankönyv és nem való pl. a kezdő kezébe; annak azonban, aki valamely tárggyal foglalkozik, kitünö és élvezetes ismertetésül és továbbképzésül szolgálhat.

Ez az oka annak, hogy pl. a francia irodalomban az orvosi tárgyú, többnyire egy képzelt emberhez cimezett levél gyüjtemények mindig népszerüek voltak; ott az irodalomnak ebben az ágában is valóságos remekmüvek keletkeztek. Ilyen volt Ricordnak híres könyve, a Letters sur la syphilis; ilyeneket irt Brocq, Sabouraud és még sok más neves orvos; ezek közé tartozik Clément Simon-nak könyve is, melynek első gyüjteménye, állitólag a háború csendesebb pillanataiban folyt beszélgetések nyomán 1930-ban jelent meg. Most ugyanahhoz a fiatal orvoshoz intézett, más kérdésekről szóló, megint igen szellemes, társadalmi és orvosi vonatkozásokkal gazdagon füszerezett 29 levelet közöl egy második kötetben; ez tárgyait a dermatologia egész köréből veszi; (Arteficialis bőrbajok; a napolás, a divat, a kozmetikumok, a sport veszedelmei; a macskákról és kutyákról átragadó folyamatok; anyagcserével kapcsolatos tanácsok, kérdések és tudnivalók; sexualis panaszok, a syphilisre vonatkozó újabb gondolatok stb.); a tárgyalás módja egészen modern; könnyed, mintegy elejtett megjegyzéseiben még a legújabb irodalom is figyelembe van véve, úgy hogy mindegyik levele igen tanulságos és a kérdések összes fontosabb vonatkozásairól előadja azt, amit a francia savoir faire-nek nevez.

E könyvet élvezettel és tanulsággal forgathatja mindenki, aki a felsorakozott kérdésekben némileg már otthonos és azokban a társadalmi oldalról is tájékozódni óhajt.

Nékám prof.

A gyógyító massage irányelvei. *Berceller István dr.* Előszóval ellátta: *bilkei Pap Lajos dr.* (Megjelent a szerző kiadásában. 56 oldal.)

Az előszó elevenen rámutat a massage hatalmas therapiás lehetőségeire és felhivja a figyelmet a munkára, mely a magyar szakirodalomban valójában hézagpótló.

A könyv maga három részre oszlik. Az első 24 oldal az általános rész, amely a massage fajait és kiviteli módjait rendszeresen tárgyazza; elmegy a tárgyalásban a gyógymassage határáig a gyógygymnastikáig, melyet különösen a nehezen hozzáférhető izmok gyakoroltatásával kapcsolatban hoz elő. Megemliti a massage sociálpolitikai és nemzetgazdasági fontosságát a baleseti és egyéb sérülésekkel kapcsolatban.

A második része 17 oldal terjedelemben a gyakorlati rész, mely az egyes testrészek masszirozásához szükséges fogásokat irja le röviden, de gyakran oly szemléltetően, hogy szinte tankönyvül is használhatnók e kis munkát. Ehhez a részhez szorosan kapcsolódik a harmadik rész, melyben vonalas ábrák szemléltetik a leirt massagefogásokat. Az ábrák valódi mester kezét dicsérik.

Egyben nincs a szerzönek igaza: ö, könyve megjelenése után a vállvonogatók és lenézök táborát véli felismerni majd. Ezzel ellentétben le kell szögeznünk, hogy munkája a magyarnyelvü hasonló müvek között elökelö helyet foglal el.

Puky Pál dr.

Orvos az őserdőben. *Schweitzer Albert dr.* (Fordította: *Klopstock Gizella.* Előszót irt: *Györkovács László dr.)*

A Franklin-társulat Világjárók c. könyvsorozatában jelent meg ez a kötet, melyben az egyszemélyben jeles zenész, nagy emberbarát, kiváló orvos és ismert bölcselő szerző igen élvezetesen, sok socialis és orvosi tanulsággal mondja el francia-kongóbeli kórházalapitásának történetét. A mü erkölcsi vezéreszméje ez: mindennemü gyarmatositásnak a keresztény emberszeretet parancsolatai szerint kell történnie.

A fordítás eléggé könnyed, de szürke és sokhelyt németes.

Tiszamarti Antal dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 21-i ülése.

Bemutatások:

Manninger V.: *1. Catgut csirtalanitása 126° C-on 2½ athmosphera nyomással.*

2. *Egyenletes sugáreloszlást biztositó készülék rádium tüzdelésre* (Kézirat nem érkezett).

Előadás:

E. Meulengracht: (kopenhágai egyetemi tanár németnyelvü előadása.) *Die Polyrusdrüsen und ihre Beziehung zur perniziöse Anämie. Bence* vizsgálatainak megemlitése után saját kisérleteit ismerteti, melyek célja volt bonctanilag lokalizálni az antianaemiás tényezöt (Castle intrinsic factor-át). Valószinütlen volt, hogy ezt az annyira fajlagos biologiai karakterü anyagot az egész gyomornyálkahártya diffuse válassza el, úgy a pylorus-, mint a fundus és a cardia mirigye az annyira különböző sejtjeikkel (pylorus-, cardia-mirigysejtek, fősejtek, fedősejtek, stb.). Beható szövettani vizsgálatokkal sikerült a disznógyomorban elhatárolni három mirigyterületet, a cardiamirigyek, a fundus- és a polyrusmirigyek szakaszát, mely utóbbi átmegy a duodenumnak a Brunner-féle mirigyeket tartalmazó részébe. Ezekből a különböző részekből állitottak elő készitményeket

és azok hatását vizsgálták vészes vérszegénységben. Meulengracht és Schiödt már előzőleg kimutatták, hogy a sósav, pepsin és oltófermentum termelése a fundus mirigyeire (fő és fedősejtek) szorítkozik. A fundusból előállított készítmények anaemia perniciosában hatástalanoknak bizonyultak. A cardia-tájék mirigyterületének hatása gyenge volt, ellenben igen erős a pylorus-tájékból nyert praeparatumok hatása. Duodenumkivonatok ugyancsak mutattak hatást. Hogy a cardiából nyert kivonatok gyengék, ennek oka szerinte az, hogy ott felületegységre sokkal kevesebb sejt jut, mint a pylorustájon. Kisérleteiből azt következteti, hogy a cardia-, pylorus- és Brunner-mirigyek, melyek szövetileg azonosaknak tünnek fel, hasonló a működésük is: ez az antianaemiás factor termelése. A pylorusmirigyszerv (Pylorusdrüsenorgan) nevet ajánlja ennek az életfontos működést teljesítő mirigyterületnek megjelölésére. Kisérletei alapján valószínünek tartja, hogy a vészes vérszegénység az oka a gyomor pylorusmirigyrészének sorvadása és inaktivitása. Valószínü, hogy ennek a területnek kiirtásával lehetne kisérletes vészes vérszegénységet előidézni. A kezelés szempontjából pedig kívánatos, hogy a gyomorkészítmények csak a pylorus részből készüljenek.

Bence Gy.: Az előadó érdekes kisérletei rámutatnak mindenekelőtt arra, hogy miért látunk néha hatáshiányt, máskor viszont legjobb eredményt gyomorkészítményekkel az anaemia perniciosa esetében. Három gyomorpolypus esetét említi, melyek a pylorus közvetlen közelében voltak perniciósás betegeken. Más két esetben ugyancsak pylorusmenti localisált elváltozást lehetett a perniciosás betegeken megállapitani. Ezen kórbonctanilag megerősített klinikai észlelések támogatják az előadó kisérleti adatait. A hatóanyag elválasztó gyomormirigysejtek fölkutatására fractionált röntgenbesugárzást ajánlana, amely eljárás talán elective hat a különböző sejtféleségekre. *Greenspoon* kisérletei szerint az ú. n. „extrinsic factor" csak arra való, hogy a gyomornedvet a pepsinemésztéstől megszabadítja, ami által az „intrinsic" factor tisztán is hat. E kisérlet igazolja régebbi kisérleteit, melyek szintén extrinsic-factor létezése ellen szólnak. A gyomorban termelt hatóanyagot minden valószínüség szerint hormonnak tartja, melynek nagyobb része nem kerül elválasztásra a nyálkahártyafelületre és innen felszívódva a májba és a többi parenchymás szervbe, hanem valószínüleg direct a vérkeringés útján jut e szervekbe.

Közkórházi Orvostársulat március 4-i ülése.

Pázsith P.: *Érdekesebb esetek a gyomorsebészet köréből.* Bemutat két beteget a Szent Margit kórház sebészeti osztályáról. Az elsőben, csak a gyomorpassage nagymértékben akadályozó összenövések oldása és a megkezdett gyomorresectio közben lehetett a hátsó falon magasan ülő callosus ulcust kórismézni. A másik esetben igen nehéz viszonyok mellett, pylorusfekély átfúródásával kapcsolatban végzett GEA késői következményét a vérző jejunumfekélyt kellett müteni. A jejunalis ulcus a mesocolonba és a colonba is penetrált. Megoldás: gyomorresectio az anastomosissal együtt, Roux szerinti anastomosis a gy. csonkhoz.

Réffy F.: *A szappanok szerepe a börgyógyászatban.* A börgyógyászati gyakorlatban a szappanoknak kettős szerepük van: 1. hygiénikus-prophylactikus, 2. therapiás. Hygiénikus célját a szappan azáltal tölti be, hogy a lelökődött szarusejteket, kiválasztott zsírt és izzadtságot eltávolítva, a bört physiologiás működésének elvégzésére alkalmassá teszi. Prophylactikus hatását azáltal fejti ki, hogy a börfelületre került pathogen mikroorganismusokat desinficiáló tulajdonságánál fogva elpusztitja. A szappan therapiás hatása kétirányú: egyrészt a szappannak egymagában való hatása, másrészt mint különféle gyógyszerek vivője. A tiszta neutralis szappan is sokféle gyógyhatást fejt ki. A szappan keratolytikus hatását vesszük igénybe, ha a hámlasztás céljából vagy fokozott szarufelrakódás esetén a felső epidermis réteget akarjuk eltávolítani. A szappan antiparasitás hatását a bőr felületes gombás megbetegedései esetében használjuk. A szappanhoz adott fertőtlenitőszer elöli a bakteriumokat. A gyógyszappanok közül a legfontosabbak: 1. kén-ichthyolszappan, 2. kátrány-naphthol-szappan, 3. salicylszappan.

Brezovszky E.: Helyesnek és indokoltnak tartja, hogy ezen tárgyat a Közkórházi Orvostársulat elé hozták, mert sajnos ma még az a nézet az orvosok között, hogy a börbetegségeknek a víz és szappan használata árt s a börbajban szenvedő egyének vízzel, vagy szappannal nem tisztálkodhatnak. Az előadó igen helyesen oldotta meg ezen feladatot és rámutatott a dermatologusoknak azon ma már elfogadott álláspontjára, hogy a börbetegségekben a víz és szappan használatának tilalma elavult nézet s ma kellő kritikával a betegeken alkalmazható, sőt az jótékonyan és gyógyitóan hat.

Fáykiss F.: *A gerincoszlopot merevitő műtétek értéke a csigolyák gümös folyamataiban.* A gümös csigolyagyulladás halálozási százaléka igen magas. A conservativ kezelés nem kielegitő. A gümös góc kiirtása elhibázott beavatkozásnak bizonyult s ezért a csigolyák mütétes merevitése által iparkodtak gyógyulást biztositani. Henle-Albee-de Guérvain eljárása s azok számos módositása igen nagy reményekre jogositottak. Előadó a módositott Henle-féle mütéttel kisérletezett és sikerült a halálozási százalékot 41.4-ről 7.4%-ra leszállitania és a gyógyulást 4%-ról 92.6%-ra felemelnie akkor, amikor a mutét ellenjavalatát csak az amyloidosis képezte. Összesen 27 betegen 28 csontátültetést végzett, legfiatalabb betege 15, legidősebb 41 éves volt; a csontléccel 6—9 csigolyát kötött össze, egyik betegén 2 léccel 14 csigolyát, púp miatt 11-szer betörte a középen a lécet. Mütéti halálozás nem volt, 2 beteg 1 évvel a mütét után meghalt: az egyik általános gümökórban, a másik amyloidosisban. A végleges gyógyulás 3—6 év mulva 67% volt, 18 beteg jelentkezett ugyanis ellenőrzésre, mint gyógyult. Ajánlja az orthopaedeknek és sebészeknek, hogy a gerincoszlop mütétes merevitését gyakrabban végezzék, mert ezek az eljárások a gyógytartamot lényegesen rövidítik s ez a gümös betegekre életbevágóan fontos.

Manninger V.: A mütétet 23 év óta igen jó eredménnyel végezte. Lényege a rögzítés és a beteg góc nyugalomba helyezése, amivel a kóros folyamat gyógyulása elősegithető. A mütét régóta *Pólya* eljárásához hasonlóan úgy végzi, hogy a tövinél átcsípett tövisnyulványok alá helyez egy periostcsontlécet, amit néhány catgut varrattal rögzit. A tövisnyulványokat oldalt fekteti, ami különösen gibbusban előnyös. A leirt módon a léc begyógyulása és a csontosodás minden esetben tökéletes volt.

Hauber L.: *Fáykiss* megállapitásával mindenben egyetért. 1 évvel ezelőtti Albee-mütét után meghalt egyén csigolyakészitményét mutatja be, melyen látható, hogy a teljesen elpusztult csigolya összeroppanását egyedül a jól begyógyult csontléc akadályozta meg. A mütét kellő technika és indicatio mellett végezve igen áldásos gyógyeszköz. Ellenzői csak azok lehetnek, akik maguk nem végezték, vagy nem helyesen végzik e mütétet. Többizben módositott rögzitési eljárásával ért el gyors és tökéletes eredményt. Két csonlécet helyez el a lecsupaszitott tövisnyulványok mindkét oldalához, amit a tövisnyulványon átfúrt lyukon keresztül húzott drótkaccsal hurkol egymáshoz. A bövebbre szabott periosteumot kötényszerüen az arcusokra fekteti, a drótkaccsal történt kettős lécrögzítés azonnal erős támasztékot nyujt a csigolyáknak addig is, amíg a begyógyulás megtörténhetik.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaedia szakosztályának január 31-i ülése.

Előadás:

Hainiss E. *A Heine-Medin-kór aetiologiája és korai tünetei.* A Heine-Medin-betegség virusa meglehetősen resistens, hónapokig is virulens maradhat a beteg orrváladékában, székletében, miért is a beteg fertőzőképességét nem lehet általános érvényü időbeli határhoz kötni. A fertőzés úgylátszik csaknem intact nyálkahártyán át jön létre, a nyálkahártya laesiója után a bevezető hurutos szak alatt keletkezik. Az initialis szak általános tünetei, igy a profus izzadás, a hyperaesthesia és leukopenia hármas együttléte, nem értékelhetők biztosan; az első tünet grippe esetében is előfordulhat, a harmadik Heine-Medin esetében is hiányozhat, gyakran észlelhetők agyhártyaizgalmi tünetek is, diagnostikai jelentőségük szintén bizonytalan. Miután már az initialis szakban is szövettani elváltozások mutathatók ki, a központi idegrendszerben és ezen elváltozások már igen korán kifejezésre jutnak a liquorban, melyben fehérje- és sejtszámszaporulatot találunk, járványos időben észlelt gyanus általános tünetek esetén indikált lehet a diagnostikus lumbalpunctio keresztülvitele. Hiányzó liquorelváltozás ilyenkor kizárja a Heine-Medin lehetőségét, a liquor-reactio positiv volta pedig, a többi tünettel egybevetve lehetővé teszi a korai therapiás beavatkozást. E korai stadiumban a Pettit-féle serum hatásáról meg-

győzőt mondani nem lehet, több reményt nyujt, főleg prophylaxis szempontjából a szülövér-injectio, legtöbbet kisérleti és klinikai tapasztalatok alapján a reconvalescens savó alkalmazásától várhatunk.

Kiss P.: *A Heine-Medin-kór.* A spinalis typusos megbetegedéssel foglalkozik. Összefoglalja a bénulás jelentkezésének módját, megjelenési idejét, a kifejezett bénulásokat megelőző izomtüneteket, a bénulás lezajlási idejét. Ismerteti, hogy a végtagok proximalis izomcsoportjainak bizonyos praedispositiójuk van a bénulásra és leírja az egyes ritkább bénulási alakok tüneteit. A reparatiós szak átlagos tartamát egy évre teszi és általános szabályként elfogadja, hogy a bénulások nem szoktak a kezdeti intensitásban megmaradni, az enyhébb paresisek teljesen el szoktak tünni, a kiterjedtebb hüdések nyomnélküli reparálódása viszont alig remélhető. A mortalitás aránylag nagy, a genius epidemicustól függően változik, egyes járványok alatt igen magas, máskor alacsonyabb. Hazánkban az utóbbi évek átlagos mortalitása 11.5% körül volt. A nyomnélküli teljes gyógyulás lehetősége is rendkivül változik járványok szerint, átlagban 40% körül van. Individualis prognosist mondani nem lehet. A kezelést három szempont szerint tárgyalja: biologiai, chemiai, physikalis therapia. Arra az összefoglalásra jut, hogy a bénulásos szakban alkalmazva ez idő szerint nem rendelkezünk olyan eljárással, amely bizonyítottan kedvező hatást fejtene ki. Valamilyen therapiás eljárás látszólagos eredménytelensége függ: ad 1. a járvány jellegétől, ad 2. a járványgörbe pillanatnyi helyzetétől, ad 3. attól a számtól, amit kitesznek a tévesen praeparalytikus, illetve aparalytikus Heine-Medinnek kórismézett egyszerü angina, nátha, vagy gastro-enteritis-esetek. A bénulásos szak kezdetén felnött vértransfusióval combinált reconvalescens savó-kezelést ajánl, a reparatiós szakban a gerinc röntgenbesugárzását, diathermiáját, a bénult izmok diathermiáját, massaget, gyakorlását, később meleg fürdőket. Összefoglalja a bulbaris typusos esetek kezelését, ismerteti a nyelési képtelenség esetében beváló fektetési drainaget, a légzési képtelenség esetében a respirator alkalmazásának irodalmi eredményeit.

Kopits J.: *A bénulásból származott izületi zsugorodások és deformitások gyógykezelése.* Nagyon fontosnak tartja a praeventiót. Már a betegség heveny szaka alatt meg kell kezdeni a deformitások kifejlődése elleni küzdelmet. Az ezt célzó orthopaediai alapelveket a gyermekorvosoknak is szem előtt kell tartani, mert a betegség ezen szakában inkább ők látják a beteget. A béna beteget a heveny szak lezajlása után mielőbb talpra kell állítani, ami támasztókészülékek alkalmazásával sikerül. Ha már izületi contracturák és deformitások vannak, azokat meg kell szüntetni fokozatos redressálással, inmetszéseket lehetőleg kerülni kell. A redressált végtagon, ha részleges a bénulás, az ép izomcsoportok inai közül kell a legmegfelelőbb és legerőteljesebbet műtéttel átültetni a béna izom tapadási helyére. Ezzel módunkban van a béna végtag izületeit nemcsak egyensúlyban tartani, hanem egyben a béna izomcsoportot eleven, activ izomerővel pótolni. Állatkisérleteket végeztek a béna izom neurotizálására ép ideg beültetésével, de eddig emberen gyakorlati eredményeket nem sikerült még e módszerrel felmutatni. Ha az izületet áthidaló összes izomzat béna, úgy arthrodesissel, a lityegő izület műtéti merevítésével tudjuk használhatóvá teni a béna végtagot.

Fényes I.: A Heine-Medinnek a classikus spinalis formán kivül ismeretesek alakjai, melyeknek kórismézéséhez ideggyógyásszal történő együttmüködés válhatik szükségessé. Ezeket a formákat *Eckmann* rendszerezte alaposabban. Ő nyolc alcsoportot különböztet meg, ezek: 1. spinalis, 2. Landry-szerü, 3. bulbaris, illetve pontin, 4. enkephalitises, 5. ataxiás, 6. polineuritises, 7. meningitises és 8. abortiv typus. Amerikai szerzők újabban ötcsoportos felosztást fogadnak el u. m.: 1. abortiv, 2. non paralytic, 3. subcorticalis, 4. enkephalitises vagy cerebralis, 5. ataxiás typus. Az abortivban semmi idegrendszeri tünet nincs, a nonparalyticban csak néhány óráig tartó enyhe bénulási tünetek észlelhetők. A meningitises tünetek (tarkómerevség stb.) uralják a kórképet, gyakran nagyfokú opistotonussal együtt. A bulbaris és pontin alakban az agyidegbénulások állnak előtérben, esetleg rágási, nyelési zavarok vagy légzésbénulás. A Landry-typusban vagy fel- vagy ritkábban leszálló bénulást látunk. A polineuritisesben a bénuláson kivül érzészavarok is jelentkeznek. Az ataxiás formát a végtagokra és a törzsre kiterjedő cerebellaris typusú ataxia (dülöngő járás) jellemzi. Végül az enkephalitises vagy cerebralis forma sokat vitatott kérdés, melynek tisztázásához a budapesti gyermekklinikán eszközölt és más helyen részletesen ismertetett észlelések lényegesen hozzájárultak. Ezek szerint az ú. n. Strümpel-Marie-féle polioenkephalitisnek a Heine-Medinhez semmi köze nincs. A Heine-Medin cerebralis (helyesebben corticalis) formáját az említett észlelések alapján klinikailag kétoldali isolált pyramis laesióra valló tünetek jellemzik, úgy mint a praedilectiós paresis, inreflexfokozódás, bőrreflexcsökkenés, Babinski vagy már kóros reflex, tonusfokozódás vagy csökkenés és elektromos elváltozások teljes hiánya.

Kopits I.: *Az izomzat pathologiája Heine-Medin-kórban.* Szövettani vizsgálataival, melyeket évek óta bénult izmokon végzett, megállapitotta, hogy a peripheriás motoros neuron laesiója esetén, mint pl. poliomyelitis anterior acuta alkalmával csak a motoros idegrostok fajulnak el, de a harántcsikolt izomrostok nem szenvednek semmiféle elfajulást, mint régebben gondolták, hanem csupán tétlenségi sorvadást. A sorvadó izomrostok közötti hézagokat másodlagosan zsírszövet tölti ki, mely tehát nem zsíros elfajulás révén kerül az izomzatba. Az izomrostok sorvadása (voluminaris atrophia) annál nagyobb fokú, minél inkább tétlenségre van kárhoztatva az illető izom. Végül az izomrostok egyrésze teljesen eltünik, számuk megfogy (numerikus atrophia). Azok az izmok, melyek kedvezőtlenebb mechanikai körülmények mellett kénytelenek müködni, pl. egyes végtagrészletek önsúlya ellen, fokozott tétlenségre vannak kárhoztatva és nehezebben regenerálódnak. A klinikailag „bénulásnak" nevezett kép, illetve a pseudo-paralytikus zsugorodás tehát csak részben az ideglaesio eredménye, részben azonban izom- és izület-mechanikai tényezőkre vezethető vissza. Ez utóbbi ártalmas tényezőknek már a bénulás kezdeti szakában végzett kiiktatása megfelelő rögzítéssel az orthopaedia feladata.

Szirmai F.: A korai reconvalescentiából származó savó gyüjtése és tárolása nagy nehézségbe ütközik, ezért előző években észlelt esetek környezetéhez tartozó felnöttek friss vérének alkalmazására hivja fel a figyelmet. Ajánlatosnak tartja a hosszabb időn át megismételt lumbalpunctiókat és a prolongált forró fürdőket már a korai reconvalescentiában.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának január 16-i ülése.

Bemutatások:

Bányász A.: *Aneurismát utánzó mediastinalis dermoid-cysta.* 38 éves nőbeteget mutat be, akin positiv Wassermann reactio mellett aneurysma klinikai tünetei állottak fenn. Csak sorozatos Röntgen felvételekkel sikerült bizonyitani, hogy a mediastinumban levő képlet dermoid cysta.

Fried L.: *Kernikterus egy 6½ hónapos csecsemőn.* A klinikai tünetekből és a laboratoriumi leletekből következett, hogy a gyermeknek jellegzetes megbetegedés, ú. n. kernikterusa van, amelyre jellemző: 1. anaemia, 2. poikilocytosis, kariorhexis, anisocytosis (mikrocytosis) 3. jellegzetes kórbonctani elváltozás: sárgásan festődött a corpus striatum, nucleus dentatus, IV. agykamra feneke, flocculus, oliva, corpus subthalamicum. 4. idegrendszeri tünetek, a kórosan laedált agycentrumok kiesésének következményei. Aethiologia: terhességi toxicosis.

Előadás:

Roboz P.: *Hypophysaer és cerebralis hatások a gyermeki alkat kialakulására.* Az előadás első részében ismerteti az átöröklés, idegrendszer és vérmirigyek jelentőségét az alkat kialakításában. Hangsúlyozza a belső elválasztású mirigyek müködésében beálló kisebbfokú ingadozások jelentőségét. Fontos az alkat kialakulásának szempontjából az a körülmény, hogy az élet különböző szakaszaiban az egyes hormonok termelése különböző intenzitású. Vázolja a hypophysis egyes hormonjainak szerepét a gyermeki alkat kiformálásában. Hypo- és hyperpituitaer gyermekek bemutatásának kapcsán ismerteti azokat a jellegeket, amelyek alapján a hypophysis csökkent, vagy fokozott működése kórismézhető s kitér a hypopituitaer és hypogenitalis alkat differentialdiagnostikájára. Az előadás második részében rámutat az idegrendszer, különösen a harmadik agygyomrocs vegetativ centrumainak szerepére az alkat felépitésében. Ezeket mutat be, amelyeknél a hypophysaer jellegü elhizás ezeknek a centrumoknak bántalma révén következett be. Körülhatárol egy alkati formát, a cerebralis dystrophiát, amelyre testileg, főképpen a fejlődésben az általános visszamaradottság, genitalis zavarok, lelkileg nyugtalan magatartás jellemzőek, melynek oka a belső agyvízkór.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának február 11-i ülése.

Bemutatások:

Erdélyi S.: *Rhinolith érdekes esete.* 30 éves nőbeteg jobb alsó orrjáratában orrkövet talált, amelyet az alsó kagyló elülső felének resectiója utján eltávolított. A szürkés-fehér meszes kő kártyaszív alakú, 2.8 gr súlyú, 15—18 mm széles és 10 mm vastag volt, amely oxalsavas és phosphorsavas mészből állott; magva 8 mm átmérőjü cseresznyemag. A beteg utólag előadta, hogy 5½ év előtt, terhessége 4-ik hónapjában gyakran hányt, — amikor mohón igen sok cseresznyét evett s ekkor egy lenyelt cseresznyemag kerülhetett hányás alkalmával tudtán kivül orrába.

Lénárt Z.: Az erysipelas nem sorolható a rhinolithok phantast kus következményei közé, amint ezt az előadó az irodalmi adatok ismertetésekor felemlitett. Ellenkezőleg, az összefüggés nagyon érthető, mert az idegentest által kiváltott bőséges secretio chronikus ekzemára vezet a vestibulum nasiban, amely tudvalevőleg gyakori oka az erysipelasnak. Felszólalónak is alkalma volt egy habitualis arc-erysipelast megszüntetni azáltal, hogy az addig észre nem vett rhinolithot eltávolította.

Némai I.: Régebben az orvosegyesületben bemutatott darabokra repesztett igen nagy orrkövet, amely annyira kitöltötte a bal orrüreget, hogy lehetetlen volt mellette müszert bevezetni. Emiatt fúrógéppel készített a kövön keresztül aknát és ebből az aknából repesztette szét a mészkövet. Magva gyümölcsmag volt, amely mintegy 20 év óta fekhetett az orrban.

Előadás:

Tóbl P.: *A csecsemő- és kisgyermekkori középfülgyulladásról.* A Madarász-utcai gyermekkórházban 1930—1934-ig a 3473 beteg csecsemő közül 1400-nak volt középfülgyulladása. Legtöbbször légzőszervi megbetegedések és táplálkozási zavarok esetén fordul elő. Tavasszal, télen és a nyári hónapokban keletkezik leggyakrabban. Localis és általános kezelést, korai paracentesist, omnadint, polysant, idősebb korban pedig urotropint ajánl. A legfontosabb a praeventiv intézkedés, heveny hurutos megbetegedésben elkülönítés, táplálkozási zavarok esetén pedig a roborálás. A legnagyobb a halálozás a tüdőlobbal szövődött esetekben. Korai mütétet csak fenyegető agyi tünetek jelentkezésekor ajánl.

A Debreceni Orvosegyesület február 13-i ülése.

Bemutatások:

Schlammadinger J.: *Terhességi dermatosis.* Incomplet abortussal felvétel a szülészeti klinikára. Itt befejezik az abortust, a kaparék szövettani vizsgálata: endometritis post abortum. Az abortus megindulása előtt végtagokon és törzsön sürü, egyenletes eloszlású, részben psoriasiform, részben a syphilis papulosa képét utánzó exanthema jelentkezett viszketés kíséretében. Serorcactiók negativak. Kizárhatók voltak a syphilis, psoriasis, parapsoriasis, pityriasis rosea, epidermophytia. Igy intoxicatiora, terhességi dermatosisra tették a diagnosist. Tárgyalja a terhességi dermatosokat, azok előállását és felhivja a figyelmet a terhességi allergosisra, mint aetiologiai momentumra. A Polland-Matzenauer-féle dermatitis dysmenorrhoica symmetrica-tól is elhatárolja a szóban forgó kórképet. Az eset tanulságossága abban rejlik,hogy csalódásig utánozta a syphilis kórképét.

Thurzó J.: Az idegklinikán terhességi toxicosisok kezelésében, főként hyperemesis gravidarum eseteiben igen jó eredményeket értek el sajátvér oltásokkal. A befecskendezéseket naponta vagy másodnaponta végezték 5—8 ccm vérrel, neurosisok vagy valamely idegbetegség miatt. Véleményünk szerint érdekkel birna terhességi toxicosisok esetében a savbasis egyensúly és a negativ idegrendszer vizsgálatára is figyelmet fordítani.

Szendi B.: Hangsúlyozza, hogy a különböző tünetekben megnyilvánuló terhességi megbetegedéseket, mind azonos pathobiologiai folyamat, az anyai szervezet súlyos mérgezettsége tartja fenn. A terhességi toxicosist kiváltó tényezőkkel kapcsolatban legnagyobb jelentőséget a magzati anyagcseretermékeknek tulajdonit. Sajnos a magzat méhenbelüli physiologiájáról és pathologiájáról ismereteink még igen hiányosak. A magzati anyagcseretermékek fontos szerepét bizonyitja, hogy a terhességi toxicosis máról holnapra megszünik, ha a magzat a méhen belül elhal. A therapiában éppen úgy kellő képen meg nem alapozott kisérletezésekre vagyunk utalva, mint a terhességi megbetegedések különböző formáinak elkülönitésében. A komolyan súlyos esetekben sajnos csak a méhür kitakarításával érünk el eredményt, eltávolítva ilyenkor az alakilag mindig normális magzatot s teljes bizonytalanságban maradva a biologiai történések lényege felől.

Ökrös S.: *Tabesben elhalt betegek vese-arteriájának öntvénye.* Tabeses egyének vesearteria ágazata a bipus ágoszlás typus csoportjának azon variatiójához tartozik, amikor a főág a vesehilus felső széle mentén lép be a vesébe és villa alakban lefelé futó két II. rendü ágra oszlik. Az art. oszlásának ez a typusa congenitalis jelenség és nem tabeseseken is előfordul 1%-ban, vagyis egy közelebbről még nem ismert anatomiai alkat egyik ismertető jele. (Stigma renalis). Az ilyen alkattal biró egyének amennyiben lueses fertőzést szenvednek és náluk a késői lues kifejlődik, úgy az a tabes formájában fog megnyilvánulni. Hogy más typusu ágoszlás is található-e tabeseseknél, azt a további vizsgálat állapithatja meg (4 eset bemutatása).

Thurzó J.: A tabes pathogenesisében a spirochaeta által elsődlegesen okozott elváltozások helyére vonatkozólag többféle elmélet szerepel. A gerincvelő érrendszerének szerepét hangsúlyozza *Pándy*, itt természetesen arról van szó, hogy a betegség elsődlegesen okozott érelváltozásai a gerincvelői ereken játszanak lényeges szerepet. Alkati adottságok szerepe a kórszármazásban kétségtelen. Bizonyos jelentősége lehet az alkati adottságok keretében a gerincvelői érrendszer dys- vagy hypoplastikus fejlődési változatainak.

Ökrös S.: *Cirrhotikus máj corrosiós lelete.* K. I. 54 éves oesophagus varixből elvérzett férfi 1050 g szemcsés zsugormájának celluloid-vena-öntvényein az I,- II- és III-rendü ágak hengeresek, a IV-rendüek és az apróbbak laposra nyomottak és általában lándzsa alakúak: az ágoszlásoknál hirtelen elvékonyodnak, az ágoszlás közötti szakaszokban pedig levélszerüen kiszélesedtek. A verőceér-ágak hengeresek. A portapangásnál a máj capillaris-meder keresztmetszetének megkisebbedésén kivül, mint az a venae hep. ágak állapotából következtethető, a capillarison túl, azaz az apró vena-ágakban is van egy akadály, melyet a lumen eltorzulása és beszükitése létesit.

Benedek L. és Thurzó J.: *A gerincvelői automatismusok és a Riddoch-féle reflex.* A világháború alatt észlelt gerincvelői sérülések tanulmányozása vezetett a gerincvelői automatismusok megértéséhez. Teljes haránt sérülések esetében az első klinikai szakban a Bastian-féle törvénynek megfelelően „spinalis-shok" jelenségei állanak fenn a reflexek elvesztésével, petyhüdt bénulással és vizelet tarthatatlansággal. A második klinikai szakban automatismusos mozgásjelenségek jönnek elő. A Riddoch-féle „tömeges reflex" (mass reflex) elég ritka jelenség. Ennek keretében a talp ingerlésére automatikus vizelet kiürülés áll be. Esetükben a vizelet automatikus ürülését az alszár térdben való hajlitásával tudták kiváltani. A spastikus reflexek az u. n. flexiós és extensiós jellegü paraplegiák és a gerincvelői automatismusok idegélettani és kórtani megvilágitását nyújtja.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának február 12-i ülése.

Bemutatások:

Sipos K.: *A psoriasis vulgarisnak ritka megjelenési formáját mutatja be* 65 éves nőbetegen, akinek felső végtagjain a feszitő oldalakon az ismert psoriasis kép jelentkezik, míg az alsó végtagok feszitő oldalán, de különösen a lábhátakon hatalmas, a bőr felszíne fölé 2—3 cm-nyire kiemelkedő verrucosus tömegek mutatkoznak. Ez esetben is sikerült kimutatni a basophil magzárlatokat, melyeket a klinikáról 1933-ban *Wlassics* közölt először.

Előadás:

Hámori A. és Korányi A.: *A kisérleti diffus glomerulonephritis kifejlődése. Masugi* eljárása szerint nyulaknál diffus glomerulonephritist idéztünk elő és a kórfolyamat kifejlődését oly módon néztük, hogy naponkint megvizsgáltuk a vizeletet; mennyiségét, fajsúlyát és üledékét, ellenőriztük a testsúly ingadozását, vérnyomást mértünk, meghatároztuk a maradéknitrogént és a fehérje fractiókat a plasmában. A vesegyulladás összes tüneteit észleltük; fehérjevizelést, vérvizelést, cylindu iát, vízretentiát, vérnyomásemelkedést, maradéknitrogén felszaporodását és egy esetben az albumin-globulin fractio eltolódását. Miután a kórkép teljesen kifejlődött, permeabilitási vizsgálatokat végeztünk, amelyek nem-

csak a fehérjevizelés keletkezésének kérdését érintették, hanem tisztázták vesegyulladásnál az általános érmegbetegedés jelentőségét. *Masugi* nephritis esetében az idegenfehérje átbocsátása szempontjából a corpus ciliareban még olyan súlyos érsérülést sem sikerült kimutatnunk, mint chromnephrosis nmelyik esetében, tehát vizsgálataink alapján a vesegyulladás keletkezésének extrarenalis elméletét nem támogathatjuk. Gyakorlati szempontból kiemeljük a korai vízretentio jelentőségét, amelyet olyan gyanus jelek közé sorolhatunk, amelyek alapján legalább is állatkisérletekben a vesegyulladás kitörését előre várhatjuk.

de Chatel A.: *A kóros elektrokardiogramm kisérleti elemzése.* Tisztázatlan kérdés, hogy a klinikai és kisérleti tapasztalatok alapján kórosnak ismert EKG. mikép jön létre. Vagyis, hogy mi módon változnak meg a szívben lefolyó elektromos jelenségek, mikor a T hullám negativvá lesz, az ST szakasz deviál. — Kutyákat mesterséges légzés mellett mellkas feltárás után oly behatásoknak vetette alá, melyek a szívizomra ártalmasak és tapasztalat szerint EKG. elváltozásokkal járnak. Közben EKG. felvételeket készitett, éspedig a szokásos anus-oesophagus elvezetésben, továbbá a szív különböző pontjairól készült közvetlen elvezetésekben. Erre a célra speciális, nem polarizáló elektrodokat alkalmazott. A kérdés az volt, hogy az anus-oesophagus elvezetés ismert, myokardium laesióra jellemző elváltozásai a közvetlen elvezetésekben milyen elváltozásokkal járnak. Az eredmények azt mutatják, hogy a T hullám és ST szakasz kóros változásai az interferentia elméletnek megfelelően jönnek létre: az ST szakasz süllyedése, a T hullám negativvá válása a szívcsúcs terület elektronegativitásának túlsúlyra jutásából ered a basissal szemben, a T hullám magasabbá válása a basis túlsúlyra jutásából a csúccsal szemben. Az elektronegativitás fokából nem lehet az illető izomrész functiképességére következtetéseket vonni, mert mig az acut anoxia a negativitás csökkenésével jár, addig a monojodecetsavmérgezésnél a functiójában legnagyobb mértékben bántalmazott szívrész negativitása fokozódik. Kisérletei amellett szólnak, hogy a klinikailag leggyakrabban észlelt ST szakasz süllyedése a szívcsúcs, vagyis balkamra negativitásának fokozódására utal, ami a folyamatban levő degenerativ izomelváltozások következménye.

Karády I. és Bentsáth A.: *A kisérleti anaphylaxia kivédése histamin desensibilisálással.* Miután a szerzőknek óvatos histamin kezeléssel sikerült az emberek és állatok histaminérzékenységét alászállítani és az emberek kollapsuskészségét megszüntetni, már két évvel ezelőtt hozzáfogtak a legkülönbözőbb allergiás és anaphylaxiás megbetegedések histamin desensibilisálásához. Jelenleg ezen vizsgálatok egy részéről, a kisérleti anaphylaxiával kapcsolatban elért eredményekről számolnak be. Tojásfehérjével sensibilisált tengeri malacoknál óvatos histamin előkezelés után (napi 3x0.05 mgtől 3x5.0 mg histamin s. c.) a reinjectio nem okozott anaphylaxiás rohamot, azaz a tengeri malacokat a histamin kezeléssel antianaphylaxiás állapotba sikerült vinniök. Ezen vizsgálataik az anaphylaxia histamin theoriája mellett szólnak, azt bizonyitják, hogy az anaphylaxiás roham végeredményben histamin felszabaduláson alapszik. Különben histamin desensibilisálással nem lehetne a rohamot kivédeni. Ezen vizsgálatokkal összhangban állanak sensibilisált állatok kivett túlélő szervein a Dale-készülékben végzett kisérleteik eddigi eredménye is.

Február 19-i ülés.

Előadások:

Jancsó M.: *Chemotherapiás hatás oxydatiós katalysis és redoxpotential.* Biochemiai szempontból jellemző a trypanosomák légzési rendszerére, hogy az élő véglényben cyannal — ellentétben az állati test szövetsejtjeivel — nem mutatható ki reactióképes vas (légzőferment), ellenben különösen a cyklikus arsenvegyületek és az antimonnal szemben nagyon érzékenyek. Az AsIII és SbIII a trypanosoma légzésnek specialis mérgei. Ennek megfelel a chemotherapeutikumok erős parasitotropiája kisfokú organotropia mellett; az arsen és antimon aetiotrop gyógyhatásának oka éppen abban rejlik, hogy különleges gátlói a trypanosoma-sejt oxydatiós folyamatainak. Nagyszámú kisérlettel bizonyitja, hogy különböző hydrogen-acceptorok úgynevezett segédiégzést inditanak meg a trypanosomában és ezzel ellensúlyozni képesek az As és Sb chemotherapiás méreghatását úgy üvegben, mint az élő állatban. A reversibilis redox-rendszerek egész sorával (thiazin és oxazin festékek, polyphenolok és chinonok, vitaminok stb.) sikerült ilyen antagonismus jelenségeket (interferentia) kimutatnia. Az eredmények chemotherapiai jelentőségét bizonyitja, hogy ezen az alapon sikerült mintegy húsz új interferentia-tüneményt felfedeznie, mig eddig csak három typus volt ismeretes s azokat évek folyamán véletlenül fedezték fel. De a kisérletek általános biologiai jelentősége is szembetünő, mert azt bizonyitják, hogy különböző vegyi anyagok, ha azoknak redoxpotentiája positivabb mint —0.05 volt (pH —7, normal H_2 elektrod) bekapcsolódhatnak az élő sejt anyagcseremechanismusába és ott a légzési ferment, illetve a légzési pogmentek működéséhez hasonló katalysator-functiót képesek kifejteni. A trypanosomák esetében ezek a mesterségesen bejuttatott redox-katalysatorok megvédik a sejtet az As és Sb mérgező hatásával szemben; valószinüleg hasonló tüneményről van szó, mint a CN vagy CO méregtelenitésénél pl. methylenkékkel, bár As és Sb esetében ilyen hatások a sejtlégzésben eddig ismeretlenek voltak. Igy sikerült chemotherapiás hatásokat a hatóanyag elektron activitására, tehát physikochemiai sajátságaira visszavezetni, mig eddig általánosabb érvényü összefüggések a hatás és a chemiai vagy physikai sajátságok között a chemotherapiában nem voltak ismeretesek.

Dobszay L.: *A leánygyermek nemiszerveinek különleges anatomiai viszonyai és a kankó.* A gyermekkori gonorrhoea erélyes kezelésével szemben sokoldalról hangzik kifogás, mert ez, szerintük a folyamatnak a supravaginalis tractusba terjedését okozhatja mechanikus úton. Előadó kisérletes vizsgálataiban megállapitotta, hogy a gyermekkorban a méhet egy rendkivül ellenálló, rugalmas elemeken felépülő zár választja el a hüvelytől. Olyan zár, amely enormis intravaginalis nyomás esetén is biztosan megakadályozza a nyaki csatorna kinyilását és igy a folyamat ascensióját. Minthogy, ezzel szemben, az újszülött- és pubertaskor folyamán a méhszájat nyitottnak találta, korábbi vizsgálatai alapján, feltételezi, hogy a méhszáj normalis regulatio befolyása alatt áll.

Billroth és Johannes Brahms barátsága.

Pótló megjegyzések 1933-ban megjelent cikkemhez.[1])

Irta: *Bókay János dr.* nyug. egyet. tanár.

1933-ban megjelent cikkemben részletesen megírtam a két szellem-óriásnak barátságát, mely egyike volt a legmeghatóbbaknak és akkor kezdődött, mikor a kiváló sebészprofessor még Zürichben működött (1860-1868.) és Brahms mint 33 éves férfi merészen indult fejlődésének zenitje felé. Ez a Billroth—Brahms barátság közel három évtizedig tartott. Cikkem megirásának alapjául szolgált az angol *Florence May* terjedelmes Brahms-monographiája[2]) s a kilenc kiadást ért *Briefe von Theodor Billroth* című könyv[3]), mely 1895-ben tehát röviddel *Billroth* halála után látott napvilágot s a nagy sebész 442 levelét foglalja magában, köztük 35 levelet, melyeket Brahmshoz intézett és 29 levelet, melyeket Hanslicknek, a híres osztrák zenekritikusnak irt s melyek Brahmsra vonatkozásuk révén reám különös fontossággal birtak cikkem megírásakor. Igyekeztem a meglevő adatok alapján megrajzolni a két férfiú mélyenszántó barátságát s azt irtam, hogy a barátság fokról-fokra szorosabbra fűződve, Billrothnak 1894. febr. 8-án bekövetkezett haláláig változatlanul fennállott, mely kijelentésem azonban a legújabb adatok alapján némi correctióra szorul. A közelmultban, 1935-ben ugyanis egy díszes kiadású vaskos kötet jelent meg a német piacon: *Billroth und Brahms im Briefwechsel, Otto Gottlieb Billroth szerkesztésében*[4]), mely munkában 324 levél van közzétéve, *Billroth* összes levelei *Brahms*-hoz és *Brahms* levelei a nagy sebészhez, mi mellett a szerkesztő 176 oldalon maga is kimerítően foglalkozik, a bő adatok alapján e két szellemóriás barátságának vázolásával s ez újabb, teljesen autentikus ada-

[1]) O. H. 1933. 12. szám.

[2]) Breitkopf u. Härtel, Leipzig, 1921.

[3]) Hannover. Han.-sche Buchhandlung.

[4]) Urban u. Schwarzenberg Berlin u. Wien.

tok — sajnos — azt mutatják, hogy a szoros és meghitt barátság az utolsó két évben meglazult. Tulajdonkép Billroth felesége, valamint Else leánya, bár a Brahms-zene fanatikus imádói voltak, sohasem tudtak teljesen felmelegedni Brahms, az ember iránt, aki kissé faragatlan modora, cynismusa, ironiája és sarcastikus megjegyzései folytán társaságban a nehezebben kezelhető egyéniségek közé tartozott. Míg Billroth meghitt jó barátjának ezen gyengéit elnézte, addig a két nő viszonya Brahmshoz specifikusan csak zenei volt, dacára a sok együttlétnek. Tudjuk, hogy a bécsi Igel vendéglő törzsasztalának baráti köre, melyben esténként Billroth nehéz, fárasztó munkája után oly gyakran és oly szívesen megfordult, a nagy muzsikust *„der grosse Bär"*-nek nevezte el épen sajátos modora folytán, melyen azonban a meghitt baráti kör túltette magát.

A két nagy genie közötti meleg barátság egén 1892-ben jelentkezett *először* egy kis felhő, midőn Massenet Werther-jét a bécsi Staatsoper-ben színrehozták az illustris francia szerző jelenlétében. Az opera a bécsi kényes ízlésű közönséget elragadta. Billroth is a legnagyobb magasztalással nyilatkozott a dalműről s annak előadásáról, sőt a második előadás után Massenet-t meg is hívta vendégül a Sacherbe vacsorára. A vendégek között volt Hanslick is, a zenekritikus és természetesen Brahms is, bár kissé neheztelt Billrothra, hogy oly gyorsan behódolt *Massenet* muzsikájának. Ő ugyanis nem értékelte nagyra Massenet operáját s azt, bár igaztalanul *„französisches Zuckerbrot"*-nak nevezte. A lakoma emelkedett hangulatban folyt le, de Brahms szófukar volt, s csak midőn Massenet Billroth lendületes pohárköszöntőjére válaszában befejezésül őt apostrofálta, mint a jelenkor *legnagyobb élő componistáját*, melegedett fel s változott jóra hangulata és megbékült. Igy a Billroth-barátság derüs egén jelentkezett felhőcske hamar szétfoszlott s úgy látszott, hogy nyom nélkül eltünt.

A meghatóan szép barátság 1892-ben, tehát két évvel Billroth halála előtt kezdett, még pedig Brahms részéről elhidegülni egy kellemetlen incidens folytán, ami Hanslick ügyetlensége folytán állott elő. Ezt a finomlelkületű Billroth csakhamar fájdalmasan érezte. A sajnálatos dolgot Hanslick maga írta le részletesen a „Neue Freie Presse" hasábjain röviddel Brahms halála után s az alábbiakban azt az ő közlése nyomán vázolom: Billroth valahányszor Brahmsnak egy új szerzeményét hallotta, benyomásait levélben közölte Hanslickkal s miután levelei intim jellegűek voltak, nem egyszer oly megjegyzéseket is tett azokban, melyek csakis a zenekritikus jó barátnak szólottak. Hanslick egy ízben, midőn Brahms őt meglátogatta, említést tett neki a levelekről s hangsúlyozta, hogy Billroth mily alaposan ír egyes szerzeményeiről. Brahms kíváncsi volt a kritikára s elkért néhány levelet s Hanslick megfeledkezve egyes levelek intim és kényes passusairól, könnyelműen átadta azokat, s meggondolatlanságát csak későn vette észre, midőn a hiba már megtörtént. Igy a levelek egyikében Billroth sajnálattal írja, hogy kár, hogy Brahms épúgy, mint a nagy Beethoven, a szülői háznál nem kaphatott megfelelőbb és gondosabb nevelést, mely mellett egyénisége jobban csiszolódhatott volna. Brahms atyja tudvalevőleg szerény fizetésű kontrabasszistája volt a hamburgi városi színháznak s bizony szűkös viszonyok között tartotta fenn családját s nélkülözések közepette nevelte gyermekeit. Brahms a leveleket csakhamar visszaküldte s kísérő leveléből Hanslick azt vélte kiolvasni, hogy a komponistát a levelek tartalma mélyebben nem bántotta s ezért Hanslick Billrothnak nem is tett említést tapintatlanságáról, mert félt a mindenkor correct ember neheztelésétől. Brahms azonban mélyen sértve érezte magát s ettől fogva nem is volt Billrothtal szemben az a régi jó barát, ki szívét mindenkor őszintén feltárta előtte s elhidegülését csakhamar feltűnően éreztette is. Billroth ugyanis meghívta magához Brahmsot egy intim vacsorára, melyet Exner lelépő Rector magnificus tiszteletére rendezett s melyen Kalbeck és Hanslick is résztvettek s kérte, hogy fekete kabátban jöjjön. Brahms a figyelmeztetést nem vette szívesen és irónikusan értesítette barátját, hogy *„gern werde ich deine Trauerfestfeierlichkeit (alles in schwarzen Rock) mitmachen"*. Billroth a malitiosus megjegyzést fel sem vette s a vacsora a legjobb hangulatban indult. Vacsora után kérte Brahmsot, hogy legutolsó zongoradarabját (op. 117.) játsza el nekik. Az ily felszólítást egyébkor Brahms mindig örömmel teljesítette, most azonban csak ismételt kérésre s kelletlenül ült le a zongorához, de mást játszott, nem a saját szerzeményét, s arra a kérdésre, hogy mit játszik, azt feleli: *„ob von Bach, von Massenet, oder von mir, das ist doch alles ganz egal"*. S evvel az est hangulata alaposan el is volt rontva s bár Brahms azután mégis csak áttért saját zongoradarabjára, a társaság már nem tudott igazán felmelegedni s a házigazda fájdalmasan csalódva bocsátotta el barátait, kiket egy kedélyes együttlét reményében hivott meg magához.

Ekkor volt Brahms utolsó ízben Billroth vendége a fehér asztalnál. Ezután is összejöttek még gyakran és sűrű levelezésben is állottak, de már hiányzott közöttük a barátság melege. Billroth az elhidegülést mélyen fájlalta, de okát Hanslick hallgatása folytán sohasem tudta meg. Senkinek sem panaszkodott s csak feleségének és Else leányának öntötte ki szívét. Leányának, ki ez időtájt Frankfurban időzött, hogy mint énekesnő magát a hires Stockhausennél továbbképezze, azt írja, hogy Chrobak tanárnál legutóbb a Brahms kürt-trió-ját hallotta, a zongora mellett Brahmsszal, de hozzáteszi, hogy *„ich konnte Brahms kaum etwas darüber sagen. Wir werden einander immer fremder! Schade!"*, s a balul kiütött vacsoráról kifakadva írja: *„hätte er einfach gesagt, ich bin heute nicht aufgelegt zu spielen, es hätte jeder von uns das begriffen und man hätte ihn nicht weiter aufgefordert, doch diese Manier ist unerträglich."*

Utolsó levelét Brahmshoz 1894. jan. 12-én írta Abbaziából, tehát alig négy héttel halála előtt. Ekkor a nagy sebész már erősen szenved az arterio-sklerosisától s panaszkodik, hogy a csodálatos szép idő dacára sem érzi magát jól. Mint írja: *„alig alszom valamit, mert nem kapok levegőt s töprengéseim közepette nincs semmi szórakozásom"*, de dacára keserves állapotának levelében még hosszan elmélkedik a német tánczene és a német népdalok felett s bizonyos dolgokról kikéri Brahms véleményét. Brahms már jan. 17-dikén felel a levélre, de a kritika, melyet barátja felfogása felett gyakorol, oly szokatlanul erős, majdnem kíméletlen, hogy Billrothot a sorok igen fájdalmasan érintették, pedig akkor már a nagy sebész ugyancsak kíméletre szorult. Ezt a tapintatlan levelet Billroth felesége sohasem tudta megbocsájtani.

Billroth temetésén Brahms mélyen lesujtva vett részt, a temetőben azonban nem állott a nyilt sír mellett, mint a többi jó barát, hanem a sokaságtól elváltan, magába zárkózottan sétált fel s alá a gyászszertartás alatt, lelkiismeretfurdalást érezve. A család kiengesztelését meg is kísérelte, midőn nyáron az özvegyet St. Gilgen-ben, kedves nyaralójukban felkereste s reá-beszélni törekedett, hogy gyüjtse össze boldogult férje összes dalait, melyek közül addig egyedül a *„Todessehnsucht"* került nyilvánosságra s azt adja át neki Simrock kiadó számára,

ő készséggel vállalkozik arra, hogy azokat a nyomda számára elkészíti. Billroth még életében, egyéb szerzeményeit, így kamarazene műveit, tűzhalálra ítélte s az özvegy azokat meg is semmisítette, de a daloknak Billroth megkegyelmezett. Igy az özvegy meg is küldte Brahmsnak a dalokat, a közzétételhez azonban nem adta meg az engedélyt. Ez volt Brahms utolsó látogatása a Billroth családnál.

Az orvosi mesterszavak orthographiájához.

Egy emberöltő előtt az volt az általános felfogás, hogy a női írással szükségképpen velejár az orthographiai, mondjuk gyöngéden — *pontatlanság;* hogy a helyesírási hibák szinte különös bájt kölcsönöznek a női írásnak. Az az újabb nemzedék, mely a réginek helyét foglalta el, ma már ezt a női írásokban sem tartja nélkülözhetetlen kelléknek. Annál csodálatosabb és bosszantóbb, hogy az orvosi lapok hasábjain mind sűrűbben találkozunk ilyen, a helyes nyelvérzéket arculütő helytelenségekkel, amelyek még laikus részéről is bántóan hatnak, de annál inkább akkor, amikor előkelő, nagymultú szaklapokban, tudós szerzők írásaiban hívják ki kritikánkat. Hiszen én jól tudom, hogy tudományos irásokban másodrendű dolog a nyelvi forma, az, amit az írói készség componense ad bele a munkába. Azt is tudom, az orvosi lapok cikkíróitól nem méltányos azt kivánni, hogy olyan íróművészek legyenek, mint *Verebélÿ* professor, aki ha nem is lenne korunk egyik első pathologusa és sebésze, már classikus stilusával is helyet biztosítana magának — nem a magyar orvosi — hanem a *magyar irodalom* történetében. Mégis azt hiszem, nem vagyunk méltánytalanok, amikor az orvosi mesterszavak helyesírását igenis megköveteljük az orvosi szerzőktől. Az orvosok elvégre művelt emberek és ez bizonyára még fokozottabb mértékben áll azokról, akik tudós dolgozataikkal az orvosi lapok hasábjait megtöltik. Hát nem röstelni való, hogy ezekben a dolgozatokban igen gyakran találkozunk az orvosi terminus-ok olyan torzított, helytelen írásával, aminőket német lapokban soha, egyetlen egyszer sem láttam s amelyek engem mindig az ú. n. *iparos nyelvre* emlékeztetnek. Az iparosok u. i. — bizonyára csak a gyengébbek köztük — szintén a valójából a felismerhetetlenségig eltorzítva használják az ő mesterszavaikat. De most lássunk *mutatóba* egyes példákat.

Hippokratesnek, az orvostudomány atyjának a nevét már csak illenék ismerni minden késői utódnak. E helyett többször látom így írva: Hypokrates, vagy Hyppokrates, de még más variansokban is. Igazán nem lenne szégyen, ha orvosi szerző, aki hivatkozik reá, sejtené, hogy Hippokrates = lólebíró, tehát kb. annyi mint jó lovas, aki ura a lónak. Egyáltalán feltűnő és ezekre a szerzőkre jellemző, hogy előszeretettel írnak y-t ott, ahol ennek semmi helye sincs. Szinte azt kell hinnem, hogy snobizmus, a magyar nemesi nevek y-jával való tudatalatti kacérkodás viszi őket rá arra, hogy a correct i helyett a helytelen y-nal csúfítják el terminus technikusainkat. *Diphtheria* nekik túlközönséges és azt hiszik, hogy cikkük tudományosabb lesz, ha dyphtheriát írnak. Példák erre az y-mániára: empyria, helyesen *empiria;* hylus, természetesen *hilus* a helyes; olygophren, természetesen *oligophren* a helyes; embryo *embrio* helyett; hólyagsygma-hüvelysipolyról ír, aki *sigmabélre* gondol. Van példa bőven az ellenkezőre is, amikor i-t írnak a helyes y helyett: oxidatio, pedig már egy negyedik gymnazista is tanult az *oxygenről* és az *oxydatióról;* philogenetikus *phylogenetikus* helyett; polivalens *polyvalens* helyett. Az ilyen hibákat egy jól szerkesztett napilap sem tűri meg hasábjain és bizony egy műveltebb újságolvasó laikus sem esik az ilyen hibákba. *Catharrus.* Mélyen sajnálni való, hogy ezt az ősrégi, még az orvosi skolasztika korából származó szót oly gyakran írják hibásan az orvosok. A szó maga nyilvánvalóan görög-származású, kata = le és rheo = folyni, tehát a hurutos váladék lefolyását akarja jelenteni. Az egyetlen helyes írásmód: *Katarrhus,* vagy latinosan *catarrhus.* Egy tripla doctornak a művében láttam ezt: aethiologia, ami nevetséges. A doctori diplomák gyüjtője tudhatná, hogy görögül aitios annyit jelent mint: ok. Beérem ennek az egytucat vastag helyesírási hibának a felsorolásával, amelyek bizonyára inkább felületességben, mint tudatlanságban lelik magyarázatukat. De aki a nyilvánosság előtt jelenik meg, az ne csak a ruházatára, de az írásának a correctségére is ügyeljen és ha nem biztos a maga dolgában, hát nézzen utána az orvosi szótárakban. A magyar orvostudomány és irodalma hála Istennek olyan magas színvonalon áll, hogy azoktól, akik itt szerepelni akarnak, ilyen mellékes kérdésben is absolut, nemzetközi correctséget kell megkövetelnünk.

Mosonyi Albert dr., Dorog.

VEGYES HIREK

Előfizetés megujitása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma *chequet mellékeltünk* minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azon kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlevő követeléseink komoly zavarokat okoznak Hetilapunk fenntartásában.

Ismételten bejelentjük, hogy a Hetilapot vagy le kell rendelni, vagy ha el méltóztatott fogadni, meg kell fizetni, mert az előfizetés meg nem újítása nem jelent lerendelést.

Személyi hirek. *Pásztor Sándor dr.*-t, a Máv kórház központi rendelőintézet igazgató-főorvosát, 18-án, névnapja alkalmából, bensőséges ünnepség keretében üdvözölte az intézet orvos-, gyógyszerész- és tisztviselő-kara, valamint alkalmazottai.

Halálozás. *Rév Miklós dr.,* a csepeli Weisz Manfréd-kórház főorvosa, Csepel község volt ügyvezető orvosa, a MOOSz Pestszenterzsébet és környéke fiókszövetségének elnöke, március 7-én, 53 éves korában hirtelen elhunyt.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete március 31-én, este 8 órakor a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében Liszt Ferenc emlékhangversenyt rendez a következő műsorral: 1. Bevezető. Tartja: *Kerntler Jenő dr.* alelnök. 2. Alleluja. Áldd meg Isten. Ó ifjak, lányok, Magyar ünnepi dal. Előadja: *az Egyesület gyermek-énekkara.* Vezényel: *dr. Lévai Györgyné.* 3. Angelus. (Ima az örangyalhoz.) Vonósnégyesre. Előadják: *Belohorszky Gábor dr.* (1. hegedü), *Ittzés Jenő dr.* (II. hegedü), *Zsögön Béla dr.* (mélyhegedü), *László Tibor dr.* (gordonka). 4. Elégia. Előadják: *Wein Gábor* (gordonka), *Sztankay Lajos dr.* (zongora), *Schulek Imre* (harmonium), *Rohmann Henrik* (hárfa). 5. Ha álmom mély. A halászfiú. Ha én dús király volnék. Énekli: *dr. Dózsa Jenőné.* Zongorán kiséri: *Kerntler Jenő dr.* — Szünet. — 6. Concerto pathétique, e-moll. 2 zongorán előadják: *Faragó Ibolya* és *Furka Gizella.*

Csehszlovákiában állítólag 65.000 olyan elmebeteg van, kiknek betegségét az elterjedt alkoholismus következményének tulajdonítanak.

Az orosz kormány elhatározta, hogy Leningradban Pawlow emlékére szobrot állít s egy intézetet róla fog elnevezni. Pawlow munkáit 4 nyelven fogják kiadni; agyát pedig a moszkvai intézet agykutatási célra megőrzi.

Organikus chemia, írta: *Zechmeister László* egyetemi tanár, két kötetben, I. k.: 1930, II: 1932. Egy-egy kötet bolti ára 15 P, az Orvosi Hetilap előfizetői és olvasói 12 P-nyi kedvezményes áron portómentesen kapják, az egész munkát pedig 24 P-ért, ha az összeget előre beküldik Egyetemi chemiai intézet Pécs címre (nem a szerző címére)

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

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

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

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

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

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

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

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger I. vegyészeti gyár rt. Budapest *Egger syrup*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A húgyutak fertőzéses és gyulladásos megbetegedései esetében nemcsak savanyú közegban, hanem lúgos vegyhatású vizelet esetében is biztos a *Vestin* húgydesinficiens gyógyfesték dragée baktericid hatása. Fritz dr. egyetemi m. tanár pharmakologiai vizsgálatai szerint különös sajátsága a vestinnek, hogy miután teljes egészében a veséken át a vizelettel ürül ki, intensiven sárgás-barnára színezi az urogenitalis szervek hámját és megfesti a vizeletet és a spermát is Ez az electiv festőhatás bizonyítja azt a nagy affinitást, amelyet a vestin különösen a húgyutak és a genitalis szervek hámjával szemben mutat és amely megmagyarázza ezen szervek gyulladásos, fertőzéses megbetegedéseire gyakorolt gyógyító hatását is. Dr. Gózony tanár vizsgálatai szerint a vestin 1:16.000-es higitásban a gonococcust 1 percen belül öli; 1:500.000-es higitásban a különböző coccusfajták fejlődését gátolja. A vestin a vizelet bomlását megakadályozza. A vestin Illyés professor klinikáján és a gróf Apponyi Albert poliklinika urologiai osztályán végzett vizsgálatok szerint az ismert hasonló rendeltetésű gyógyszerekkel minden tekintetben felveszi a versenyt.

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukott-erkélyes lakás azonnalra vagy májusra kiadó VII., RÁKÓCZI-UT 52., III. em. (lift)

Kimutatás 1936. március 15—21-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomi-elitis,		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	57	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	6	—	3	—	3	1	10	—	1	1	—	—	9	2	—	—	—
4. Békés	335.874	—	1	—	—	3	—	12	—	—	—	—	—	70	1	—	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	7	3
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	8	5	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	8	2	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	1	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	78	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	3	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	99	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	71	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	5	1	7	—	—	—	—	—	12	—	1	—	—
12. Heves	322.207	5	1	—	—	1	—	5	1	—	—	—	—	9	2	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	4	3	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	66	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	—	—	—	2	—	13	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	2	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	105	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	11	—	4	1	24	—	39	2	—	—	—	—	125	3	1	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	140	1	3	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	10	2	—	—	15	1	11	—	—	—	—	—	36	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—
21. Tolna	267.133	—	—	2	—	2	—	6	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	2	—	17	—	—	—	—	—	54	1	—	—	—
23. Veszprém	246.551	2	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	29	—	—	—	—
24. Zala	368.371	1	1	—	—	7	1	4	—	—	—	—	—	103	—	2	—	—
25. Zemplén	149.043	6	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	1	18	—	1	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	—	—	2	—	21	—	27	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	—	—	—	4	—	11	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	—	2	—	8	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	12	—	1	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	2	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—
Összesen: 8,898.367		66	10	13	1	133	4	215	3	3	2	2	1	1233	25	14	7	3
Előző évben:		31	2	12	—	214	9	210	8	4	1	1	1	763	356	9	—	—

HETIREND

Budapest Fürdőváros Egyesület március 26-án, délután 6 órakor a Szent Gellért Gyógyszálló dohényzótermében ülést tart, amelyen *Soós Aladár dr.* egyet. rk. tanár tart előadást „A gyümölcskúrák és a nyerskoszt értéke a fürdőváros gyógytényezőinek sorában" címmel.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület rendes tudományos ülései keretében *gümőkór-cyklust* rendez a következő napirenddel: Márc. 28.: *Buday Kálmán:* A gümőkór alaki elváltozásai, tekintettel annak különböző időszakaira. *Darányi Gyula:* Ujabb haladás a tuberculosis epidemiologiájában. — Ápr. 4.: *Báró Korányi Sándor:* A tüdővész elleni küzdelem eredményének kritikája. *Bakay Lajos:* A sebészi gümőkór kezelése. — Ápr. 18.: *Angyán János:* A tüdőtuberculosis klinikájának mai állása. *Illyés Géza:* Az urogenitalis tuberculosis. — Ápr. 25. *Winternitz Arnold:* A tüdőtuberculosis sebészi kezelésének alapelvei. *Frigyesi József:* A gümőkór jelentősége a nőgyógyászatban. — Május 2.: *Neuber Ede:* A bőr gümős megbetegedései. *Safranek János:* A felső légutak gümőkórja korszerü megvilágításban. *Horay Gusztáv:* A szem tuberculosisa.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának márc. 30-i előadását este 7 órakor *Schulhof Ödön dr.* tartja „Ujabb haladások a fizikotherapiában" címmel.

A Közkórházi Orvostársulat április 1-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Bodrogi György:* Diabetes insipidussal bonyolult cukros hugyár. 2. *Genersich Ernő:* Sondahasználás nyelőcsőszükületes gyermekeken. 3. *Hauber László:* Megasygma műtéttel gyógyult esetei. Film-bemutatással. Előadás: *Kovács Ákos:* Orvosi kinematographia. Film-bemutatással.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete április 1-én, délután 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Mészöly Pál:* A tüdő röntgenképének befolyásolása a börre alkalmazott nagy atomszámú anyagokkal. *Rencz Antal:* „Stereograph" készülék ismertetése. — Előadás: *Erdély József:* A hypophysis táj daganatainak röntgenkezelése.

A Charité Poliklinika orvosi kara április 2-án este ½7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Előadás: *Sitkéry József:* Vizsgálatok az ú. n. enuresis nocturna pathologiájáról. *Hegedüs Károly:* A gynaekologiai hormontherapia határai.

A Magyar Röntgentársaság április 2-án este 7 órakor az Apponyi Poliklinika üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata: A tüdőbetegségek röntgendiagnostikája köréből: Előadások: *Gergely Jenő:* Haematogen tuberculotikus kórformák. — *Puder Sándor:* Az atelektasiák pathologiája.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Otologiai Szakosztálya április 3-án, d. u. ½7 órakor a Siketnémák Állami Intézetében (VIII., Festetits-u. 3.) tartandó ülésének napirendje. Előadások: *Bárczi Gusztáv:* Surdomutitas corticalis diagnostikája és gyakorlati megoldása (Betegbemutatásokkal). *Kántor József:* Heveny, fertőző betegségekhez társult fúleredetü genyes agyhártyagyulladásokról 4 gyógyult eset kapcsán.

Pályázati hirdetmény.

A Máv. Betegségi Biztositó Intézete Debrecen székhellyel pályázatot hirdet egy ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőorvosi állásra. A debreceni kezelőorvosi állás évi összes dijazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 1,970 P.

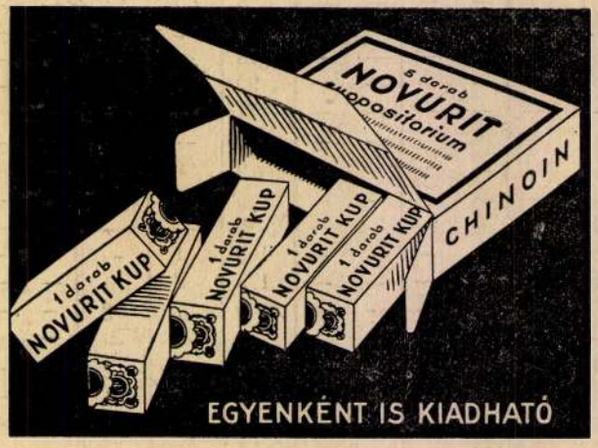
A Máv. Betegségi Biztositó Intézetéhez cimzett és a szükséges okmányokkal (szül. anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyitvány, orvosi oklevél, az üzletvezetőségtől kérendő „önéletleirás" nyomtatványon megirt curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi bizonyitvány, viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt legkésőbb 1936. évi április hó 11-ének déli 12 óráját kell a debreceni máv. üzletvezetőség I. osztályához juttatni, ahol a pályázat részletesebb feltételei is megtudhatók.

Az állásbetöltésnél elsősorban azok a pályázó orvosok vétetnek figyelembe, akik legalább 3 évi klinikai vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1936. évi március hó 18-án.

Máv. Betegségi Biztositó Intézete.

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *



NOVURIT
kup

Kezdődő cardialis hydropsnál. Hydrophil elhizás kezelésére. NOVURIT injectiót kizáró esetekben.

NOVURIT kup darabszám is rendelhető!

(minden kup külön csomagolva)

1 drb. ára . . . . . P **1.30**
5 „ „ dobozban . P **6.10**

CHINOIN gyógyszer- és vegyitermékek gyára r. t., UJPEST

* CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN *

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

80. évfolyam. 14. szám. Budapest, 1936. április 4.

ORVOSI HETILAP

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

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele a kiadóhivatalban

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

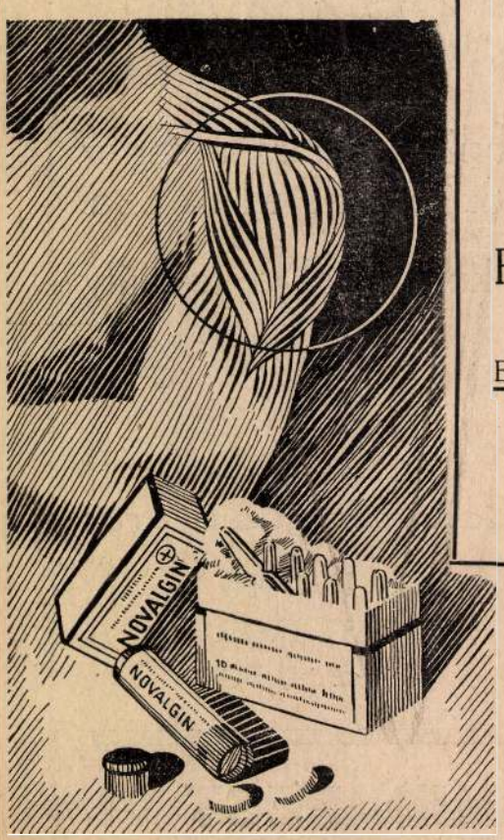
Előfizetések küldendők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968 sz. postatakarékpénztári csekkszámlára. *Csehszlovákiában:* Lucenska Uverna Banca Uc. Spol.-hoz „O. H. betétkönyvére" Lucenec; *Jugoszláviában:* a Somborska Stedionica podruznica Opste Privredne Banka Sombor, „O. H. számlájára." *Romániában:* Borsos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

NOVALGIN

Analgetikum, antirheumatikum és antipyretikum. Elismert, jól tűrhető pyrazolonszármazék szubkután, intramuszkuláris és intravénás alkalmazásra.

Mindenféle, még leghevesebb fájdalomnál is, mint epe- és vesekőkolika, valamint műtét utáni fájdalomcsillapitásra, intravénásan. Makacs izom- és izületi rheumatizmusnál, lázas betegségeknél, midőn a perorális antipyretikus kezelés nem vihető keresztül.

Perorális alkalmazásra NOVALGIN-tabletták.



Eredeti csomagolások:

Parenterális alkalmazásra: 50%-os oldat ampullákban à 1 és 2 ccm.

Perorális alkalmazásra: tabletták à 0,5 g.

BAYER

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

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

LUTEOANTIN

(Inj. és suppos.)

Terhes serumból előállitott hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormon

Rendellenes menstruatiós vérzések: polymenorrhoea, hypermenorrhoea, metropathia haemorrhagica, juvenilis és praeklimaktericus vérzések, amenorrhoea, sterilitas,

férfiaknál: kryptorchismus, eunuchoidismus stb. gyógykezelésére

1 ampulla 50 egéregység (250 patkányegység) } tartalommal
1 kup 100 „ (500 „) }

PARACALS

Kombinált calcium-parathyreoidea készítmény

Ampullánként 1 g calciumgluconat és 50 egység parathyreoidea hormon tartalommal.
6 db 10 cm^3-es ampullát tartalmazó dobozok.

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

Polyglandol

a thyreoidea, thymus, hypophysis pars anterior és a sexualmirigyek hormonjait tartalmazza.

Az anyagcsere erőteljes fokozásával a testsúly csökkentését idézi elő.

Árleszállitás!

A Polyglandol masc. és fem. dragée uj ára:

30 dragée . . . . . **P. 3.40**
60 „ . . . . . **P. 5.90**
10 amp. à 1 ccm . . . . **P. 8.50**

DR. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST VI.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A hypertonia gyógykezelése.

A kóros verőeres vérnyomásemelkedés által kiváltott subjectiv panaszok ellen már a régi idők orvosi tudománya is küzdött. Fegyverük az érvágás volt, melynek ha csak rövid ideig is, de rögtön mutatkozó eredménye ennek a kezelési módnak hihetetlen népszerűséget szerzett. Hosszú évszázadokon át semmi fejlődés nem tapasztalható ezen a téren, egészen a mai kor kisérleti gyógyszertudományának vívmányaiig. Ennek a magyarázata kettős. Egyrészt még ma sem ismerjük pontosan azokat az okokat, amelyek a vérnyomás kóros emelkedését vonják maguk után, másrészt pedig a betegek szívesebben fordulnak olyan therapiás eljárások felé, amelyektől panaszaik azonnali enyhülését várják és gyakran nincs meg sem a türelmük, sem az intelligentiájuk, hogy a hosszú időt igénybevevő gyógyszeres és diaetás kezelés tartósabb eredményét kivárják.

A modern orvostudomány az oki kezelésre törekszik, és célja elsősorban az ok kikutatása, megszüntetése és csak ha az okot nem tudja megállapítani, fordul a tüneti gyógyszeres kezeléshez. Ebből önként következik az, hogy minden hypertoniás beteget a legnagyobb gondossággal meg kell vizsgálnunk, hogy a vérnyomásemelkedés nem tünete-e egy luesnek, diabetesnek, tartósan fennálló psychés izgalomnak, klimaxnak, ólom-, nikotin- vagy alkohol intoxicatiónak, vagy pedig valamely vesebetegségnek. Ha az okot ki tudjuk deríteni, akkor elsősorban ezen ok megszüntetésére törekedjünk és csak akkor vegyük fel az arteriosklerosis vagy a hypertonia diagnosisát, ha minden más okot megnyugtató biztonsággal kizártunk. Nem hangsúlyozhatjuk eléggé azt, hogy minden hypertoniás betegen végezzük el a vizelet gondos vizsgálatát (cukor, fehérje, fajsúly) és a Wassermann-reactiót. Nagy jelentőséggel bír a tensio pontos vizsgálata és helyes értékelése is (munka és psycho-reactio).

Ok hiányában a következmények ellen küzdünk. A magas vérnyomás főleg a szívre és a vesére jelent nagy veszedelmet és így természetes, hogy minden esetben törekednünk kell arra, hogy ezen szervek compensált működését minél hosszabb ideig fenntartsuk. Kétélű fegyver lenne azonban az egyik szerv tehermentesítése, tekintet nélkül a másik szerv igényeire. Ezért általános kezelésünknek a célja ezen szervek compensált működésének fenntartása legyen. Ezt legjobban úgy érjük el, ha megfelelő életmóddal és étrendi előjárásokkal minél kisebb munkát rovunk a szívre és vesére. Ilyen kímélő étrend megszerkesztésekor az legyen az irányelvünk, hogy az izgató és kiválasztáskor a vesére feleslegesen nagy munkát rovó extractanyagok lehető megszorítása mellett főleg szénhydrátdús, só-, fűszer- és folyadékszegény ételeket rendelünk. Tehát eltiltjuk a szeszes italokat, feketekávét, dohányzást, extractanyagdús ételeket (húsleves, disznó-, marhahús), a konyhasó használatát lehetőleg kerüljük, hanem helyette sópótló anyagokat írunk elő (hosal — Chinoin), vagy az ételeket natrium-bromatummal sózzuk. Nagyon jó hatását látjuk a havonként négy-öt izben megismételt gyümölcs-napnak is. Ilyenkor a beteg mást nem fogyaszthat, mint gyümölcsöt, gyümölcs-szörpöket és esetleg kétszersültet. Nagyjelentőségű a folyadék megszorítása is (maximum 1½ liter napi folyadékbevitel). Jó hatása szokott lenni a hydrotherapiának is. Vasomotoros izgalom esetén alkalmazhatunk szénsavas fürdő kúrákat is, feltéve, hogy a szívműködés kifogástalan. Klimatikusan az enyhe hőmérsékletű, száraz, széltől védett, nem túlságosan magas helyen üdülés javalt. Nagyfontosságú a psychés izgalmaktól óvás is. Érmetszést csak 160 hg. mm. RR. felett végezzünk. A fekvő beteg vena mediana cubitijébe, melyet a felkar strangulálásával célszerűen felduzzasztunk, egy tág lumenű canulet vezetünk. A strangulálás csak olyan erős legyen, hogy a venás vér eláramlását akadályozza, de ne befolyásolja az arteriás vér odaáramlását. Ha a pulsus még tapintható, de a vena már jól fel van duzzadva, jó a strangulálás. A lebocsátott vért mérőhengerben fogjuk fel, hogy mennyiségét állandóan ellenőrizhessük. Kielégítő, ha testsúlykilogrammonként 5 ccm vért bocsátunk le, tehát pl. egy 70 kg-os embernél 350 ccm-t.

A gyógyszerek közül első helyen a *jódot* említjük meg. Biztosat hatásáról nem tudunk, egyes szerzők egyenesen tagadják, hogy a jódnak a hypertoniás panaszok csökkentésében bármilyen szerepe is lenne, hanem babonának és hypertonia-hypochondriának tulajdonítják a jód nagy elterjedettségét. Ezzel szemben legújabb vizsgálatok arra mutatnak, hogy a jód, illetve készítményei egyszerre több támadásponton hatva, jól befolyásolják úgy az objectiv, mint a subjectiv tüneteket. Ezen elgondolások közül figyelmet érdemel *Romberg* és *Müller* viscositas csökkenési elmélete, valamint *Brugsch* thyreoidea activálási hypothesise. Bármiképen is álljon azonban a kérdés elméleti része, bizonyos az, hogy a jód és készítményei az egész kórképre jó befolyást gyakorolnak. Legegyszerűbben a natrium jodatum vizes oldatát rendeljük édesítés nélkül 5:180 higításban kúraszerüleg havonként két-három héten át, napi három evőkanállal. Gyakran azonban a beteg szervezete nem birja el az anorganikus jód sók alkalmazását, hanem kiütéseket kap, jód nátha keletkezik, sőt néha súlyos emésztési zavarok kényszerítenek a készítmény elhagyására. Ilyenkor egy organikus jódkészítményhez fordulunk, amellyel a kellemetlen melléktüneteket elkerülhetjük. Az ismertebbek közül megemlítjük az *endojodint* (hexamethyldiaminoisopropanoldijodid amp. I. G. Farbenindustrie.), *sajodin* (25% jód, 4% calcium tabl. I. G. Farbenindustrie), melyek külföldi készítmények. Ezekkel teljesen egyenrangúak a magyar gyárak készítményei, amelyek nemcsak sokkal olcsóbbak, de gyakran minőségben felül is mulják a külföldi specialitást. Megemlítjük a Richter-gyár jól bevált és gyakran rendelt *jodlecithin* tablettáit, mely tablettánként 0.25 gr jodlecithint (azaz 0.06 gr fémjódot) tartalmaz. Ugyanezen gyár készítménye a *calcojodocithin* tabletta is, amely tablettánként 0.13 gr jodot, 0.182 gr lecithint és 0.0135 gr calciumot tartalmaz. Magyar készítmény az *aljodan* (Chinoin) is, amely tablettában, valamint a magistralis rendeléshez porban kerül forgalomba.

Legújabban a jódot gyakran helyettesítik rhodannal, illetve rhodan-sókkal. A hypertoniát a rhodan sem csökkenti, de a subjectiv tüneteket előnyösen befolyásolja. Valószinüleg a vércholesterin kiválását gátolja és így fejti ki előnyös hatását. Magistralisan natrium-sóját, a natrium rhodanatumot írjuk ugyanolyan elvek szerint, mint azt a jódnál elmondottuk, tehát 0.1 grammos adagokban, vízben oldva, 2—3 hetes kúrákban. Gyakrabban használjuk készítményeit.

Értágító és diuretikus hatását használjuk ki a theobrominnak, illetve készítményeinek. Magistralisan vízben vagy porban jóddal vagy jod nélkül írhatjuk a theobrominum natrio salicylicumot, ami azonos a szóvédjegy-

zett és drága diuretinnel, amely külföldi készítmény. Egyszeri adagja 0.5 gramm. Hazai készítmény a tablettázott *calcotheobromin* Richter, amely egyenként 0.5 gr theobrominum calciosalicylicumot tartalmaz.

A theobromin sóinak hatását legelőnyösebben combinatióiban használhatjuk ki; ilyen hazai készítmények a *jodcalcotheobromin* tabl. Richter, illetve a *rhodancalcotheobromin* tabl. Richter, amely theobrominumcalciosalicylicum mellett calcium jodatumot, illetve calcium rhodanatumot tartalmaz. Szintén hazai készítmény az *aljothein* Chinoin, amely aljodant és theobromint tartalmaz és csokoládéval bevont tablettákban kerül forgalomba, a *calcijothin* Barta, mely keratinnal bevont és így csak a bélben oldódó tabletta, a *jodtheosan* dragée Wander és még több más hasonló elgondolás alapján készített hazai és külföldi gyógyszer.

Használatosak a theobrominnak görcsoldó és sedativ hatású szerekkel képzett combinatiói is, amilyen pl. a hazai *vasobroman* Richter, melyben tablettánként 0.25 gr theobromin calciosalicylicum, 0.01 gr papaverin hydrochloricum és 0.20 gr bromisovalerylcarbamid van.

A cholin, illetve derivatumai mint a parasympathicus idegrendszer izgatói, peripheriás értágulást okoznak és így csökkentik a vérnyomást. Legrégibb ilyen készítmény a *pacyl* tabl. Ma már Magyarországon is több cholin tartalmú gyógyszerspecialitást hoznak forgalomba, mint például a Richter-gyár *tonocholin B* nevű készítményét, amely acetylcholinbromidot tartalmaz tablettákban, illetve ampullákban. A Chinoin-gyár *cholparin*-ja cholinchlorhydrat mellett perparint, aljodant és theobromint tartalmaz.

Bizonyos endokrineredetű hypertoniák esetén jó eredménnyel alkalmazhatunk hormon-készítményeket is, pl. climaxban megkisérelhetjük az ovarium praeparatumok adagolását.

A felsorolt gyógyszerek nagy tömegéből is láthatjuk, hogy tág tere nyílik az individualisáló kezelésnek és ha a diagnosist biztosítottuk, a modern gyógyszertudomány arzenáljának ezernyi készítménye áll rendelkezésünkre, hogy betegünk segítségére siethessünk.

Schaffler József dr.,
egyetemi magántanár, adjunctus.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Izületi egér és baleset.

J. J. 42 éves építőmunkás kártalanítási igényt támasztott azon a címen, hogy üzemi baleset miatt végzett műtéti beavatkozás után jobb térde teljesen megmerevedett s így dolgozni nem tud. Az eset kórelőzményeit következőképpen adja elő. 1934 jún. 10-én munkaközben 180 kg. súlyú asphaltos hordó esett a jobb térdére. Sérülésének nagyobb jelentőséget nem tulajdonítva tovább dolgozott s csak 5 nappal később fordult orvoshoz, aki kezelés, illetve műtét céljából kórházba küldte. Sérült az állítólagos balesetről munkaadójának említést nem tett és a kártalanítás céljából szükséges balesetbejelentést is csak 1 évvel később tette meg. A kórházi feljegyzések szerint ott szólt ugyan balesetről, de ezt a fentiektől eltérően úgy adta elő, hogy felvétele előtt 2 héttel munkaközben megbicsaklott a térde. A jún. 18-án eszközölt kórházi vizsgálat megállapítja, hogy a jobb térd mérsékelten duzzadt, az izületben sok szabad folyadék van s a térdkalács felett, az izület külső oldalán szabadon mozgó, kemény, kétpengős nagyságú képlet tapintható. Külsérülési nyomokról, vérömlenyről, fájdalmasságról, stb. a kórházi jelentés nem tesz említést. Röntgenfelvétel a térdkalács felett az izületben szilvamagnyi, meszes képletet és mérsékelt arthritis deformanst mutat. Jun. 22-én megoperálták és a térdkalács feletti izületi tasakból kétpengős nagyságú izületi egeret távolítottak el. A műtéti seb elgenyedt, s a tovaterjedő súlyos fertőzés miatt sokszoros bemetszést, majd teljes izületi feltárást kellett végezni. A kezelést csak dec. 9-én fejezték be, az ekkor készült röntgenfénykép szerint a térd ízfelszinei elpusztultak, izületi rés teljesen eltűnt, a sípcsont kissé medial és hátrafelé subluxálódott.

A kártalanítási eljárás során 1935. aug. 10-én történt felülvizsgálatkor a következőket találjuk. Az alacsony termetű, kissé elhízott egyén egy botra támaszkodva erősen bicegve jár. A jobb térd jelentékenyen duzzadt és alaktalan, a rendes körvonalak eltűntek, a térdkalács külön nem tapintható, a térdizület nyújtott helyzetben tökéletesen merev. Az alszár erős varus állásban van, hossztengelye a combéval 150°-nyi befelé nyíló szöget képez, azonfelül hátrafelé is subluxált. A térd mellső és belső felszínén, valamint az alszáron és combon számos, részben erősen a csonthoz rögzített és behúzódott heg látható. A jobb alsó végtag 4 cm-rel rövidebb, izomzata mérsékelten sorvadt, az egész testsúllyal egymagában meg nem terhelhető.

Röntgenlelet. A jobb térdizületi rés eltűnt, helyén zeg-zugosan lefutó, elmosódott szélű, változó szélességű, világosabb sáv látszik a csontokban a tömöttebb mészállomány között. A combcsont alsó vége a sípcsont felső végéhez viszonyítva előbbre áll. A condyl. med. mellett foltos meszesedések a lágyrészekben.

Vélemény. A jobb alsó végtagnak a fenti leletben leírt állapota nem baleseti sérülés, hanem műtéti beavatkozáshoz csatlakozott fertőzés (izületi genyedés) eredménye. A műtétet izületi egér eltávolítása céljából végezték, ez pedig nem lehetett a néhány nappal előbb történt állítólagos baleset következménye. Hasonló nagyságú izületi egér, ha a baleset után rövid idővel jelentkezik, rendszerint izületi csonttörésből származik és az intraarticularis sérülés ismert súlyos tüneteivel, vérömlennyel, nagy fájdalommal, stb. jár együtt, melyek a sérültet azonnal munkaképtelenné teszik. Jelen esetben ez nem történt, sérült az állítólagos baleset után még napokig munkaképes volt, az orvosi feljegyzésekben pedig nincs nyoma annak, hogy a térdizületben vagy környezetében külsérülési jeleket, az izület erősebb zúzódására vagy csonttörésre utaló tüneteket találtak volna. A baleset után néhány nappal történt röntgenfelvétel a térdizületben régi torzító gyulladást (arthritis def.) mutatott ki, amiből nyilvánvaló, hogy az izületi egér, mely ezen torzító gyulladást előidézte, már jó idővel a kérdéses baleset ideje előtt is megvolt. Elképzelhető volna ugyan még az a lehetőség, hogy a baleset a már korábban is beteg térdizület állapotában heveny rosszabbodást idézett elő, mert előfordul, hogy erősebb trauma kapcsán a hosszabb ideig lappangó állapotban lévő izületi egér beékelődik és hirtelen súlyos tüneteket okoz. A rendelkezésre álló adatok azonban erre vonatkozólag sem szolgáltatnak megnyugtató bizonyítékokat. Az igénylő saját állításán kívül nincs semmi adat arra, hogy a térdet valamely erősebb külerőszaki behatás érte volna. Az állítólagos baleset után a sérült még 5 napig megszakítás nélkül tovább dolgozott, ami ilyen heveny rosszabbodás esetén ki van zárva. Figyelembe veendő még az is, hogy igénylő a munkahelyén balesetről egyáltalában nem tett említést, a baleset lefolyását a kórházban, majd az 1¼ évvel később történt felülvizsgálat alkalmával két egymástól teljesen különböző módon adta elő. Balesetet csak 1 év mulva jelentett, amikor már a műtéti fertőzésből származó súlyos elváltozások régen kialakultak. Minden

valószínűség amellett szól tehát, hogy a kérdéses baleset nem is történt meg, hanem azt az igénylő járadékigényének érvényesítése céljából utólagosan confabulálta.

Epikrisis. A leírt esetben kétségtelenül nem üzemi balesettel, hanem műtéti fertőzés sajnálatos esetével állunk szemben, mely természetesen kártalanítás alá nem esik. Felmerül már most az a kérdés, hogy üzleti egér okozta panaszok általában képezhetik-e baleseti kártalanítás tárgyát. Az esetek egy részében igen. Az üzleti egér gyüjtőfogalom, mely kóroktanilag és kórbonctanilag teljesen különböző csoportokra oszható. Az egyik csoportba tartoznak azok a porc- és csontleválások, melyek az üzleti csontvégeket ért erősebb traumák hatására jönnek létre, ide sorozhatók továbbá a félholdképű porcoknak a keresztszalagok tapadási helyéről kiszakított apró csontdarabkáknak traumás leválásai, melyek az üzletbe kerülve ott mint szabadon ide-oda mozgó testek állandó izgalmat tartanak fenn és időről-időre súlyos panaszok okozóivá lehetnek. Ezen esetekben az ízegér természetesen baleseti következménynek minősül és mint ilyen a panaszok súlyosságának megfelelőleg kártalanítandó. Minden ilyen esetben azonban szigorú vizsgálat tárgyává kell tenni, vajjon a panaszok valóban az állítólagos friss üzemi balesetre és nem valamely régebben történt olyan balesetre vezethetők-e vissza, mely kártalanítás szempontjából már nem jöhet tekintetbe. A kérdést eldönheti a műtét, amikor is az eltávolított ízegér makro- és mikroskopikus szerkezetéből legtöbbször meg lehet állapítani, hogy friss sérüléssel vagy régi baleset következményeivel van-e dolgunk. Az üzleti egerek egy második csoportját idült, torzító, gyakran specifikus üzleti gyulladások hozzák létre, melyek folyamán a chronikus üzleti gyulladás termékei, szervült izzadmányrészecskék stb. kerülnek az üzleti üregbe, korlátolt mozgékonyságot, fájdalmakat okozva. Ilyen esetekben, miután a baleseti eredet kizárható, kártalanításról szó sem lehet. A baleseti összefüggés szempontjából különösen nehéz azon üzleti egerek elbírálása, melyek az ú. n. osteochondritis dissecans csoportjához tartoznak. Ezen, először *König* által ismertetett kórkép aetiologiáját illetőleg még ma sem alakult ki egységes vélemény. Az esetek egy részében valószínűleg ismeretlen ártalom által előidézett aseptikus gyulladásról van szó, mely a porcban és csontban lassan előre haladó demarkáló folyamatot indít meg s ennek eredménye az üzletben szabadon mozgó porcoscsontos képlet: az egér. Ily esetek a kártalanításból kizárandók. Máskor az aseptikus demarkáló folyamatot kétségtelenül igazolt egyszeri súlyosabb erőművi behatás, tehát valódi baleset előzte meg s így a kártalanítási igény jogosultságát elvitatni nem lehet.

Milkó Vilmos dr.
egyet. rk. tanár.

A gyakorló orvos laboratoriumi feladatai.

III. közlemény.

A *köpet* vizsgálata minden tüdőmegbetegedés kórismézésének elengedhetetlen kelléke. A vizsgálatok egy része minden mikroskoppal rendelkező gyakorlóorvos által elvégezhető, egyes eljárások azonban laboratoriumi vizsgálatot tesznek szükségessé. A beküldésre szánt köpetet lehetőleg steril, de mindenesetre teljesen tiszta edényben fogjuk fel. Tuberculosis, tüdőlépfene esetén a M. Kir. O. Közegészségügyi Intézetbe (O. K. I.), vagy annak fiókállomásaiba küldünk köpetet, s ilyen célra az Intézet tulajdonát képező („Ty") tartályok széles üvege használható. Ha a vizsgálati anyagot nem az OKI-ba küldjük, széles szájú, jól záró üvegedényt (pl. üvegdugós bismosalvanos, vagy ehhez hasonló orvosságos üveget) alkalmazzunk. Az edényeket könnyen sterilizálhatjuk olyan módon, hogy teljesen kitisztított és tökéletesen kiszárított állapotban újságpapírba burkolva, hideg, konyhai sütőbe helyezzük őket, s a sütőt felmelegítve, addig tartjuk benne, míg a papírburkolat megbarnul. A sterilizálás befejeztével a sütő ajtaját kinyitjuk, s az edényeket a teljes lehülésig benthagyjuk. A cserépdarabra helyezett edények berakásánál ügyeljünk, hogy a sütő falával sehol se érintkezzenek. Vizsgálatra a kora reggeli órákban ürített köpet a legalkalmasabb. Miután a szájváladéknak a köpethez keveredése a vizsgálatot hátrányosan befolyásolja, célszerű előzőleg langyos vízzel szájöblögetést végeztetni. A köpet ürítése előtt mindenféle torokdesinficiens alkalmazása kerülendő. A vizsgálati anyag vételekor ügyeljünk arra, hogy a beteg ténylegesen a mély légutak váladékát köpje ki, s ne pedig felszines krákogás után nyálat vagy garatváladékot ürítsen. A vizsgálati anyag beküldésére szánt edények kopettel legfeljebb félig tölthetők meg. Ha a köpőcsészébe ürített köpet ezt a menynyiséget meghaladná, kiégetett és lehűtött platinkaccsal a köpet genyes, összeálló gomolyait, lencseszerű képleteit halásszuk ki, s küldjük vizsgálatra. Kikent készítmények mellékelése fölösleges. A vizsgálati edények külső falának beszennyezését mindenképpen kerüljük, s amennyiben mégis előfordulna, a külső felszint carbololdatba mártott vattával dörzsöljük le. Megtöltés után az edények felső peremét lánggal égetjük le, hogy az edény szájához tapadó köpetrészecskéket elpusztítsuk. A vizsgálati tartályok dugóit pecsétviasszal vagy paraffinnal lezárva, pergamentpapírral kötjük le. Az ilyen módon csomagolt tartályokat forgács közé helyezve, faládikában „fertőző vizsgálati anyag" jelzéssel, törékeny csomagként adjuk postára.

A köpet klinikai laboratoriumi vizsgálatának célja a külső sajátságok megállapítása, a sejtféleségek meghatározása s bizonyos pathologiás alkatrészek keresése. A különböző megbetegedésekben gyakorlati szempontból főleg a következő köpetelemek kimutatása bír jelentőséggel: *mélyebb légutak friss vérzéseiben* a vörösvérsejtek nagy tömege (néhány elszórt vörösvérsejtnek nincs jelentősége), *régi vérzés esetén* a pigmentet tartalmazó alveolus sejtek, ú. n. szivbajosok sejtjei és haematoidin jegecek; *idült tüdőpangás, infarctus* esetén ú. n. szivbajosok sejtjei; *asthma bronchialeben* az eosinophil leukocyták, a Curschmann-f. tömlők és a Charcot-Leyden-féle kristályok; *tüdőtályog* esetén a nagytömegű geny, rugalmas rostok, esetleg haematoidin és cholesterin jegecek; *széteső tüdőszöveti folyamatban* a tüdőszövetcafatok, s különösen tuberculosisban a rugalmas rostok; *caverna* mellett rugalmas rostokat, s gyakran tbc. bacillusokat tartalmazó corpuscula oryzoideák; *gangraena* és *putrid bronchitis* esetén a Dietrich-féle csapok és a zsírsavjegecek. A vizsgálati eredmények elbírálásakor mindig szem előtt tartandó, hogy a köpet fenti vizsgálati adatai csak a klinikai képpel és más vizsgálati eljárásokkal együttesen értékesíthetők, s csak mint kiegészítő diagnostikai jelek használhatók. Más a helyzet *tüdő-aktinomykosis* és *echinococcus* esetén, ahol az aktinomyces szemcsék és az echinococcus tömlőfalrészek és horgok kimutatása a kórjelzést határozottan biztosítja. *Tüdődaganat* mellett a daganatcsoportok, különösen daganatrészek köpetben feltalálása hasonlóképen nagy diagnostikai jelentőséggel bír. Természetszerűleg a negatív lelet egyik fenti betegség ellen sem szól. Valamennyi felsorolt vizsgálathoz tiszta edényben felfogott köpet, nem pedig kikent készítmény beküldése szükséges. Aktinomykosis, echinococcus, tüdődaganat gyanuja esetén célszerű egész nap gyüjtött köpetet küldeni. Hosszabb

idő mulva feldolgozásra kerülő, postán küldött köpet 0.5%-os carbololdattal conserválható. Az egész napon át gyüjtött köpetet 0.5%-os carbololdatban fogjuk fel. Töményebb carbololdat alkalmazása a vizsgálatokat hátrányosan befolyásolja. A carbolos köpet tenyésztésre természetszerűleg alkalmatlan.

A köpet bakteriologiai vizsgálatát a *tüdő heveny gyulladásos folyamataiban, pertussisban, tuberculosisban* végeztetjük. Tüdőgyulladásban elsősorban a *pneumococcusok*, továbbá *Friedländer-féle pneumobacillusok, streptococcusok* és *influenza bacillusok* kitenyésztése jöhet szóba. A penumobacillusokra történő vizsgálat, különösen a pneumococcus typusok meghatározása nemcsak járványtanilag, hanem az Európában még kevéssé elterjedt gyógysavókezelés szempontjából is igen nagy jelentőségű, s így gyakorló orvosnak is határozottan ajánlható. A vizsgálathoz steril edényben felfogott köpet beküldése szükséges. *Streptococcusok* tüdőtályogban, de bronchitisben és tüdőtuberculosisban is gyakran kimutathatók és így a köpetből történő kimutatásuknak gyakorlati fontossága jóval kisebb. Az *influenza bacillusok* csak friss anyagból tenyészthetők ki, s biztos eredményt helyszíni beoltás, vagy tápanyagra ráköhögtetés után remélhetünk. Az eredmény értékelésekor figyelembe veendő, hogy az influenza bacillusok, különösen járvány idején egészséges egyénekben is előfordulnak. *Typhusos pneumonia esetén* a typhus bacillusok olykor köpetből is kimutathatók. A *tüdőszövet nagyfokú szétesésével járó folyamatai mellett* kikent készítményekben bacillus fusiformis stb., s a különböző spirochaeták láthatók, s a köpetből bacillus proteus, pyocyaneus és hasonló bakteriumok tenyészthetők ki. *Tüdőlépfene* gyanuja esetén a köpet az OKI, vagy fiókállomásain végeztetendő vizsgálatát a 40700/1930. N. M. M. sz. ministeri rendelet kötelezőleg írja elő. Ha *tüdőpestisre* támad gyanú, az OKI. központi intézetébe azonnal köpetet kell küldeni, s a beküldésről, ha az postán történik, az intézetet táviratilag értesíteni kell. *Szamárhurutban* a köpet bakteriologiai vizsgálata úgy a betegség kórismézése, mint a gyógykezelés szempontjából nagy jelentőségű. Ugyanis a bakteriologiai vizsgálat a betegség felismerését már a nem jellemző katarrhalis szakban lehetővé teheti, s ezenfelül a köpetből nyert tenyészettel hatásos autovaccina állítható elő. A vizsgálat csak akkor eredményes, ha a sterilen felfogott köpetet azonnal, vagy legalább is igen rövid időn belül alkalmas táptalajra oltjuk. Ha ez nem volna keresztülvihető, a vizsgáló állomástól táptalajt kérünk. A táptalaj lapos csészéjének fedelét csak a használat alkalmával szabad felnyitni. A beoltás olyan módon történik, hogy a beteg szájától kb. 5 cm-re tartott táptalajra egy görcsroham végén kb. 10—15 másodpercig ráköhögtetünk. Ezután a táptalaj fedőjét azonnal visszahelyezzük, s a vizsgáló állomás előírása szerint csomagolva, azonnal postára adjuk. *Tuberculosis bacillusok* kimutatása céljából mindig szokásos módon csomagolt köpetet, sohasem kikent készítményeket küldünk. Ha nem a köpet teljes mennyiségét vizsgáltatjuk, a már említett genyes, nyákcsomós köpetalkatrészek helyes kiválasztására nagy súlyt helyezünk. Negatív lelet a megbetegedés tuberculotikus voltát ki nem zárja. Fennálló klinikai gyanú esetén észlelt negatív eredményben a vizsgálatot többször megismételjük, s esetleg tenyésztést, vagy állatkisérletet kérünk. *Asthma bronchiale* esetén használatos köpetvaccina előállításához steril edényben felfogott és már az anyagvételkor ismertetett általános irányelvek szigorú betartása mellett nyert köpet beküldése szükséges.

Haranghy László dr.
egyetemi magántanár.

A dijodthyrosin a hizlaló kúra szolgálatában.

Sokszor előfordul, hogy leromlott, teljesen étvágytalan beteget hiába iparkodunk a két bevált hízlaló szerrel: arsennel vagy insulinnal meghízlalni, e gyógyszerek különböző formákban történő kisérletek után is hiábavalóknak bizonyulnak.

Néha sikerül rámutatni az étvágytalanságot okozó betegségre, néha azonban az étvágytalanságon kivül teljes a tünetmentesség, — és gondos vizsgálatok sora sem tud semmi olyan elváltozást kideríteni, mely a nagyfokú étvágytalanságot megmagyarázná és esetleg más gyógymód bevezetésével megszüntetné. Az arsen teljesen hatástalannak bizonyul s az insulin erőltetett adagolása hypoglykaemiát, gyomorrontást is okozhat, de a testsúly mégsem gyarapszik.

Azon a tapasztalaton okulva, hogy étvágytalan, sőt ételundorral küzdő Basedowos betegek esetében milyen jó hatást: étvágyat, súlygyarapodást lehet elérni dijodthyrosinnal, — a kimutatható ok nélkül javíthatatlan étvágytalanságban szenvedő betegeken is megkíséreltem a dijodthyrosin adagolását, öt egyéb szerrel szemben csődöt mondott esetben.

Mind az öt különböző korú és nemű betegnek egyetlen panasza a teljes étvágytalanság volt. A Basedow, hyperthyreosis egyéb tüneteit egyikükön sem lehetett felfedezni. Az egyik betegen kisfokú reszketése miatt alapanyagcserevizsgálatot is végeztem, azonban a vizsgálat normalis értékeket mutatott.

Sikertelen arsen és insulin injectiós kúrák késztettek arra, hogy kipróbáljam a dijodthyrosint. Az eredmény meglepő jó volt: mind az öt esetben megindult a súlygyarapodás.

A dijodthyrosint a magyar Chinoin gyár dithyrin néven hozza forgalomba, bevont pilulák alakjában. Chemiailag savtermészetű, optikailag balra forgató vegyület, melyet *Blum*nak sikerült különválasztani, mint a pajzsmirigynek a thyroxinnal ellentétes hatású anyagát. A dithyrin két és fél centigramm dijodthyrosint tartalmaz pilulánként.

Hízókúra céljaira naponta háromszor egy szemet adtam, mint kezdő adagot, melyet három nap mulva napi háromszor két szemre emeltem és ezen az adagoláson maradt a beteg három hétig.

A hízás rendszerint már az első héten megindult, tetőfokát azonban a második és harmadik héten érte el mind az öt esetben, mikor is a legkisebb súlygyarapodás két kiló volt. A kezelés alatt semmiféle kellemetlen mellektünetet, zavart nem észleltem. A betegek távozása után kapott értesüléseim szerint mindnyájan megtartották két hónap mulva is az itt elért súlygyarapodást.

A dijodthyrosin-dithyrin támadáspontja ezekben az esetekben vagy a pajzsmirigyben van, vagy a dithyrin a vérbe felszívódva a thyroxinhatást közömbösítve, az egész secretiós rendszer egyensúlyba lendítésével hat. A dithyrin-adagolás jó hatásából arra kell következtetni, hogy ezekben a szinte tünetmentes esetekben is, mikor csak a minden kezeléssel dacoló étvágytalanságot észleltük, tulajdonképen a pajzsmirigy lappangó egyensúlyzavarával állottunk szemben.

A gyógyszeres hatással ezekben az esetekben tehát nemcsak mentesítjük a beteget egyetlen tünetétől, az étvágytalanságtól és ennek következményeitől, nemcsak munkaképessé tesszük a kezelés révén, hanem ilymódon rávilágítunk bajának mibenlétére is és így megfelelő életrendi utasításokkal ellátva, meg tudjuk akadályozni bajának kifejlődését.

Matits Lajos dr.,
a Kékes-szálló vezető orvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Elvi szempontok a mellkascsapolás kivitelében.

Mellkascsapolás általában kétféleképen végezhető: különböző (Dieulafoy-, Potain-, Fürbringer-, Perthes-féle) szivattyú-berendezéssel és nagyobb (10—50 ccm-es) fecskendővel. Az előbbi módszer előnye, hogy a leszívás tetszés szerint szabályozható nyomás mellett, egyenletesen végezhető; hátránya, hogy csak szabad folyadékgyülem lebocsájtására alkalmas, hogy segédszemélyzetet tesz szükségessé és a készülék egyes kivitelben költséges. Utóbbi eljárás legfőbb előnye egyszerűsége és olcsósága mellett az, hogy eltokolt, többrekeszes izzadmány megközelítésére is alkalmas, emellett az orvos nagyobb munka árán ugyan, de egymagában is alkalmazhatja; hátránya, hogy a csapolás kevésbbé egyenletes nyomás mellett megy végbe s hogy a csapoló tű a gyakori fecskendőcsere közben könnyen elmozdulhat.

Ezen gyakorlati szempontokon kivül a legfontosabb *elvi különbség* a két módszer között az, hogy szívóberendezés mellett a csapolás *zárt* rendszerben történik s a mellüreg a környi levegővel nen érintkezik. Fecskendőhasználat mellett azonban csapolás közben, fecskendőcsere alatt a mellüreg a csapoló tűn keresztül a külső légkörrel közlekedik s belőle a leszívott folyadék egy része helyett levegőt szívhat és a legtöbbször szív is magába, úgy hogy az így végzett, ú. n. *nyilt* csapolás után rendszerint kisebb-nagyobb folyadéklégmell (sero- vagy pyopneumothorax) marad vissza. Eszerint *a nyilt mellkascsapolás légmell létesítésének vagy fenntartásának legegyszerűbb és legtermészetesebb módja.* Ezzel a módszerrel aránytalanul nagyobb, úgyszólván határtalan mennyiségű folyadék a vérkeringés legkisebb veszélyeztetése nélkül lebocsájtható, mivel a folyadék helyébe levegő szívódik és igy számottevő nyomásváltozás nem áll be. Nyilt csapolás segítségével a mellkasi folyadékgyülem tökéletesebben és — ami pl. vegyesen fertőzött genymell kezelésében fontos — kevesebb maradék hátrahagyásával távolítható el, minthogy levegő jelenlétében a folyadék szabad része az erőművi viszonyok következtében alul helyezkedik el és a csapoló tűnek jobban hozzáférhető. Nyilt lebocsájtás mellett viszont valamivel nagyobb a veszélye az izzadmány mesterséges fertőzésének, mint zárt csapolás mellett.

Ezek szerint nem mindegy az, hogy betegünkön adott esetben nyilt vagy zárt mellkascsapolást végzünk s a két különböző beavatkozás után más és más helyzet áll elő, aminek eltérő lesz az eredménye is. A gyógyhatásban megnyilvánuló ezen különbség a betegek kezelésében célszerüen felhasználható.

Nyilt csapolás ajánlható minden olyan esetben, amelyben a folyadék eltávolítása mellett egyszersmind légmell létesítése vagy meglévő légmell fenntartása, utántöltése szükséges. Ide tartozik minden olyan mellhártyaizzadmány, amely a tüdő nyilvánvaló gümőkóros (Koch-positiv) betegségét kiséri, továbbá az olyan mellhártyagyülem, amely mellett — esetleg mögött — a kórelőzményből vagy a vizsgálati leletből gümőkóros tüdőelváltozás jelenléte legalább is valószinüsithető. Ide tartozik az olyan, izzadmánnyal szövődött mesterséges légmell — ez a nyilt mellkascsapolás leggyakoribb javallata — amelyben a légmell további fenntartása a gyógyulás érdekében fontos. Ezekben az esetekben a sokszor *lenövésre, eltokolódásra hajlamos izzadmány nyilt csapolása az egyetlen lehetőség a légmell megmentésére.* A légköri levegőnek nyomásmentes, a mellüreg szívó hatására történő bebocsájtása egyszersmind az utántöltés legkönnyebb és aránylag veszélytelen módja.

Zárt csapolásra akkor kerül sor, ha a folyadék leszívása mellett légmell létesítése, illetőleg meglevő légmell fenntartása, esetleg levegővel növelése nem kívánatos. Példa erre a vegyesen fertőzött genylégmell, amelyben a genyedés és a vele együttjáró súlyos általános állapot gyógyulása csakis akkor várható, ha a tüdő kitágul s a genyzsákul szolgáló légmell eltűnik. Ez csakis a geny és levegő zárt leszívása (szivódrainage) útján érthető el, persze csak addig, amíg a mellkasi szervek helyzetváltozása nem állandósul. Zárt csapolást végzünk akkor is, ha a kevésbbé beteg tüdő oldalán van az izzadmány vagy még gyakrabban olyankor, amikor nagytömegű folyadék a mellkasi szervek eltolódását okozza, ami zárt csapolással csökkenthető, sőt meg is szüntethető.

Azon esetekben, amelyekben különösebb szempont sem mellette, sem ellene nem szól légmell létesítésének — ilyen a legtöbb egyszerű izzadmányos mellhártyalob — bármely csapolási eljárás használható. Az egyetlen szempont, ami ilyenkor számba jöhet, az, hogy melyik módon csökkenthető a gyulladás tartalma, az izzadmány- és kéregképződés, illetőleg a mellhártyaösszenövés mértéke. Erre vonatkozólag általános szabály nem állapítható meg, mégis valószínű, hogy a zártan kezelt mellhártyagyülem hamarább és aránylag nyomtalanabbul szívódik fel, mintha levegő is jut a mellhártyaürbe.

Összefoglalás: Valahányszor mellkascsapolásra határozzuk el magunkat, célszerű előzőleg arról is dönteni, hogy nyilt vagy zárt lebocsájtást végzünk-e. Nyilt csapolás indokolt minden olyan esetben, amelyben folytatólagos légmellkezelésre törekszünk; ilyen minden izzadmánnyal szövődött gyógyító légmell és minden olyan eset, amelyben a mellhártyagyulladás művi kezelést igénylő tüdőfolyamatnak a kísérője. Vegyesen fertőzött genylégmell kezelésében rendesen mellkasmosás válik szükségessé, ez csak nyilt csapolással végezhető. Később, ha a genyedés megnyugodott s a geny csíramentessé vált, a genytömlőt alkotó légmell kisebbítése a cél, ezt zárt csapolással érhetjük el. Elsődleges mellhártyagennyedés (légmell nélkül) és olyan izzadmány esetében, amelyben a másik oldali tüdő kifejezetten beteg, légmell létesítése nincs a gyógyulás érdekében s ezért zárt csapolás a helyes.

vitéz *Dániel Gábor dr.*
sanatoriumi főorvos.

Venaesectio alkalmazása szívbajokban.

A háború utáni években, amikor a „magas vérnyomás" mint betegség, igen helytelenül, belefészkelte magát a laikus közönség köztudatába, igen gyakran alkalmazott therapiás beavatkozássá vált a venaesectio, illetve venaepunctio azon célból, hogy az emelkedett „vérnyomás"-t leszállítsuk. Mióta tudjuk, hogy az emelkedett Riva-Rocci-nyomás tulajdonképen a szervezet compensáló berendezése (l. O. H., O. Gy. K. 1935. 13.), amelynek a leszállítása sokszor hátrányos a betegnek, továbbá, mióta tudjuk, hogy a venaesectio útján leszállított nyomás pár óra alatt visszatér eredeti niveaujára, azóta ezen indicatiós terület igen megszűkült és hypertensio esetében ma már csak akkor végzünk érvágást, ha fenyegető apoplexia

tünetei jelennek meg (idegrendszeri tünetek, paraesthesiák, egyes izomcsoportok mozgási zavarai, érzékszervi zavarok stb.), vagy pedig a hypertensio következtében decompensálódott a szív. Ezen két javallattól eltekintve, még igen magas RR-nyomás-értékek mellett is tartósabb hatást várunk pár napos ágynyugalom, szigorú Karell-kúra és 1—2 novurit-injectiótól.

Már beállott agyvérzés esetében rendszerint javalt a venaesectio, nem annyira a nyomásleszállítás céljából, hiszen ezt a szervezet rövid időn belül compensálja szövetnedveknek az érpályába áramlása útján, hanem inkább azért, mert ezek a szövetnedvek sok thrombokinaset visznek a vérbe, ami erősen fokozza a vér alvadóképességét, tehát elősegíti a vérzés megszünését. A vérvétel a legjobb haemostypticum!

Decompensált keringés esetén gyakran szükséges, sőt életmentő lehet a vérlebocsájtás. A párisi klinikákon már a digitalis-kúra megkezdése előtt a beteg hátának bőrét sűrűn scarificálják és Bier-harangot tesznek rá. Piócákkal hasonló hatást érhetünk el. Mi azonban inkább a venaepunctiót szoktuk alkalmazni (200—500 ccm vér lebocsájtása vastag injectiós tűn keresztül a könyökhajlati venából), ha a vérlebocsájtás indicatiói fennállanak. (Ha pár perccel előbb s. c. coffein-injectiót adunk a betegnek, akkor könnyebben és gyorsabban megy a vérvétel.)

Melyek ezen indicatiók? Nagyobbfokú kisvérkörbeli pangás, mikor a betegen *kifejezett dyspnoe és cyanosis* mutatkozik: tüdőtumor, mediastinalis tumor, kyphoskoliosis, emphysema, pneumothorax, pleuralis folyadék, kiterjedt összenövések, pneumonia, szegycsont alatti golyva, vagy más kisvérkörbeli akadály okozhatja, ezenkivül a jobb szívfél betegségei: tricuspidalis insufficientia, vagy stenosis. Okozhat azonban a nagyvérkörbeli pangás is súlyos dyspnoet, cyanosist, szapora kishullámú pulsust, úgy hogy terhermentesítenünk kell az érpályát. *Asthma kardiale* esetén a vérlebocsájtás az első tennivaló, még a morphium, vagy strophantin-injectio (ha a beteg nem kapott digitalist az utóbbi 3—4 napon) előtt. Ha nem találunk alkalmas venát, gyakran célravezet az, ha az ülő beteg lelógatja lábait és mindkét combját lekötjük. Ezáltal az alsó végtagokban pangó vért kiiktatjuk egyidőre a keringésből, ami kiméli a szív erejét („vértelen venaesectio").

Az asthma kardiale-n kívül mitralis vitiumok, szívizombántalom, vesebajok is okozhatnak a bal szívfél elégtelensége folytán olyan nagyfokú pangást, hogy vérvételt javallunk. A vérvétel tehermentesíti a venás rendszert, leszállítja a venás nyomást. Tudva, hogy a szívkörüli venákban uralkodó fokozott nyomás tartja fenn reflexes úton (Bainbridge-reflex) a decompensatio idején észlelt tachykardiát, a venás nyomás csökkentésével ez is csökkenni fog, ami lehetővé teszi a hosszabb diastolet és így a kiadósabb systolet: a nagyobb verőtérfogatot, tehát a decompensatio csökkenését. A szív pedig pihen a kisebb frequentia mellett. Ezenkivül a szövetnedvek említett beáramlása folytán a vér felhigul, veszít viscositásából, a hígabb vért pedig a kóros szív is könnyebben tartja keringésben: csökken a pangás, ami a vér helyes eloszlásában, a venás rendszer csökkentett teltségében fog megnyilvánulni. Kedvező irányú circulus vitiosus indul meg tehát, amely — gyógyszeres segítséggel — teljes compensatióhoz vezethet.

A vérlebocsájtás véralvadást fokozó hatásából következik, hogy coronariathrombosis esetében még pangás mellett sem fogjuk alkalmazni nehogy a thrombusképzési hajlamot fokozzuk. Nagyfokú anaemia esetében is óvatosan állítsuk fel az indicatiót. Különben sem alkalmazunk minden pangásos szívbajban venaesectiót, hanem csak akkor, ha a légszomj igen kinzó, a cyanosis nagyfokú, a nyaki venák még ülő helyzetben is teltek, a kézháti venák a kéznek még a fej fölé emelésekor sem ürülnek ki, vagy ha a digitalis adagolás nem járt eredménnyel. Ekkor a vérlebocsájtás után folytatott digitalis kúra rendszerint meghozza a kivánt hatást.

Zárday Imre dr., h. főorvos.

Heveny-postoperativ szivgyengeség megelőzése és kezelése embryonalis szivhormonnal.

Az újabb időkben igen sok kísérletezés történt az úgynevezett szívhormonokkal, melyek a szív izmos falának állapotát igyekeztek befolyásolni. Sebészeti beavatkozások után létrejövő szívgyengeségekben szívszereink hatásának megítélése egyike a legnehezebb feladatoknak. Azonos minőségű pulsus esetén is kiszámíthatatlan jelentősége van az egyén betegségének, constitutiójának, korának, éppen ezért rendkívül nehéz rövid idő alatt új gyógyszert megítélni, hogy annak hatásáról, hatásmechanismusáról és alkalmazásának területéről tiszta képet nyerjünk. A sebész a szívgyengeség jelenségeivel főként altatás alatt és műtét utáni állapotokban találkozik. A szívgyógyszerek egész sorát adjuk ilyenkor, makacsul nógatva a már úgyis kimerült szivet erősebb munkára. Sajnos azonban egyetlen egy gyógyszerünk sincs, amelyre ilyen esetben biztosan számíthatunk. Nem zárkózhatunk tehát el olyan újabb gyógyszerekkel történő kísérletezéstől, amelyek a szívgyengeség leküzdésére alkalmasnak látszanak. Az embryonalis szívből előállított „corhormon" hatásmechanismusának tetszetős magyarázata indokolttá teszi, hogy ezt a szert nagy és sokféle klinikai anyagon megvizsgáljuk.

Ezek vezettek akkor, amidőn klinikánkon 43 esetben a szív állapotát illetően egészséges és beteg embereken a corhormon klinikai hatását megvizsgáltam. 16 esetben válogatás nélkül, de jó szívműködéssel biró betegeinknek műtét után gyüjtőerébe 1—1 ccm corhormont adtam. Pulsusra észrevehető befolyást ½—1 óra mulva vizsgálva sem találtam, de semmiféle kellemetlen melléktünetet sem észleltem s éppen ezért e vizsgálatokból kétségtelenül kitűnt, hogy egészséges szívre épúgy az emberben, mint az állatkísérletekben a corhormonnak hatása nincs s még igen nagy adagban sem okoz semmiféle kellemetlen tünetet.

Ennek megállapítása után 25 esetben szintén válogatás nélkül beteg szívű egyéneken vizsgáltam meg a corhormon hatását, vizsgálva, hogy a szív részéről tapasztalt rendellenességek mutatnak-e az injectio hatására valamilyen változást. Ezekben az esetekben a corhormon hatását olyanformán vizsgáltam, hogy az injectiót a műtét után következő napokon adtam s annak beadása után 15—30 perc, majd 1 és 2 óra mulva a pulsust pontosan megszámláltam. 100-on aluli pulsusszám mellett az érverés lényeges változását két óra leforgása alatt egyetlen egy esetben sem észleltem, ami szintén arra mutat, hogy a corhormonnak az egészséges szívre azonnal kifejtett közvetlen hatása nincs. 100 fölötti pulsusszám mellett a pulsusszám csökkenését észleltem, ami általában 14—16 pulsusszámot tett ki percenként és az első negyedórától kezdve észlelhető volt és maradt a második óra végén is. Például:

S. J.-né 29 é. 1935. VII. hó 8-án struma műtét. Műtét utáni napon hőmérséklet 36.7, pulsusszám 106. Pulsus arhythmiás. 1 ccm corhormon beadása után pulsus száma 85, 1 óra

mulva 94, 2 óra mulva 84 és az arhythmiás pulsus rythmikussá vált.

K. E. 22. é. nő, genyes vakbélgyulladás, műtét VI. hó 15. Műtét utáni következő napon hőmérséklet 37.7, pulsus 100, arhythmiák és extrasystolék észlelhetők. 1 ccm corhormon injectio beadása után 30 perc mulva pulsusszám 84, arhythmia csökkent, 1 óra mulva pulsusszám 74, a pulsus rhythmusos, 2 óra mulva pulsus száma 86, pulsus rhythmusos.

A pulsusszám csökkenése még kifejezetebb volt igen magas, alig számlálható pulsus mellett. Ennek igazolására megemlékszem egy esetről, egy subphrenicus abscessusban szenvedő, erősen leromlott nőbetegről, akin az alig számlálható pulsus miatt a műtét keresztülvihetősége is kétségesnek látszott. 2 ccm corhormon visszérbe adása után a pulsusszám rövidesen 90-re csökkent. A fentebb említett s például felhozott két esetből is látható, ami különben azonban a pulsusszám javulásával mindig párhuzamosan történt, hogy a pulsus minősége is javult, amennyiben teltebbé és rhythmikussá vált.

Elhúzódó súlyos műtéteket követő szívgyengeség mellett radialis pulsusnélküli egyéneken 3 esetben próbálkoztam a corhormonnal, anélkül azonban, hogy ezek pulsusának javulását elérhettem volna. Igaz azonban az, hogy ezekben az esetekben a szokásos többi kardiacummal is hiába próbálkoztam, mert mind a három beteg meghalt.

Észleléseimben fiatalabb egyéneken bekövetkező szívgyengeségben láttam a corhormontól gyors hatást, idősebbeken a hatás inkább később következik be. Ezért azt gondolom, hogy a corhormon-hatás kifejlődésének gyorsasága az egyén korának, ami bizonyos mértékig egyértelmű, szívállapotának függvénye. Idősebb emberek szívgyengesége esetén a huzamosabb ideig tartó corhormon adagolásra, vagy pedig műtét előtti corhormon kúrára van szükség.

A corhormon kellemetlen, de gyorsan és maradék nélkül elmúló mellékhatását két esetben észleltem. Ezekről részletesen a következőkben számolok be. 55 éves férfibetegen két nap előtti kizárt sérv miatt műtét történt hashártyagyulladásos tünetek mellett. A pulsus rendkívül feszes, nagyhullámú és szapora volt. 2 ccm visszérbe adott injectio után a pulsus minősége valamit javult, ami főként feszességcsökkenésben nyilvánult, kellemetlen melléktünetet nem észleltünk. Másnapra a beteg állapota rosszabbodott, akkor megismételtem az injectiót és újra kapott 2 ccm corhormont. Az injectio ugyanabból a kísérleti anyagból történt, mint előzőleg. A beadás után 15—20 perccel a beteget hidegrázás és pár percig tartó öntudatzavar fogta el. A rosszullét kb. ½ óráig tartott. Utána hőmérsékletemelkedés nem állt elő, a rosszullét dacára kitűnően és kifejezetten megjavult a pulsus minősége, amely elvesztette peckelő jellegét, középteltté és rhythmikussá vált. Ugyanezen kísérleti anyagból még 1 ccm állott rendelkezésemre, ezt egy másik alsó végtag phlegmoneből kiinduló súlyosan septikus, reménytelen állapotban lévő betegnek adtam be. A hidegrázás itt is jelentkezett és ugyanúgy zajlott le, mint az előbbi betegen. Láz itt sem keletkezett, a pulsus minősége észrevehetőleg javult. A javulás 2 óráig tartott s a beteg még 4 napig élt.

Összegezve eddigi tapasztalataimat, a corhormonnal történő további kísérletezés sebészeti vonatkozásában is érdemesnek látszik. Különösen hatásosnak mutatkozik szapora szívműködés és arhythmikus pulsus esetében, műtéti előkészítésben és műtét utáni állapotokban. Collapsusos állapotokban még nem volt alkalmam a corhormont kellőleg kipróbálni, mert eddig csak teljesen reménytelen esetekben próbálkoztam vele, amikor semmiféle kardiacummal sem tudtam hatást elérni. — A szórványosan kitört hidegrázás kérdése még nem tisztázott, amennyiben a fehérjeszennyeződés valószínűségét kétségessé teszi az, hogy ugyanaz a kísérleti anyag egyszer hidegrázást okozott, máskor nem. Éppen ezért megjegyzem, hogy corhormon adagolásakor, ha a beteg az intravenás injectióra hidegrázással reagál, subcutan vagy intramuscularisan is adható. Később magam is több esetben bőr alá adtam az injectiót. E kellemetlen hatásoktól eltekintve a corhormon hidegrázás esetében is a kórlefolyást jó értelemben befolyásolta.

Fenti vizsgálataimban acut szívgyengeségben vizsgáltam csak a corhormon hatását, chronikus szívbetegség, myodegeneratiók esetén rendszeresen alkalmazott szer tartós hatásának megítélése belgyógyászati megfigyelést igényel.

Szükségesnek tartottam ezen kezdeti stadiumban levő vizsgálataim eddigi eredményeit közölni azért, mert véleményem szerint a corhormon szívgyengeség esetén igen sokszor nagy segítség lesz az orvos kezében.

Ambrus Matild dr.
klinikai tanársegéd, Debrecen.

A lágyszájpadhasadék prothetikus javitása.

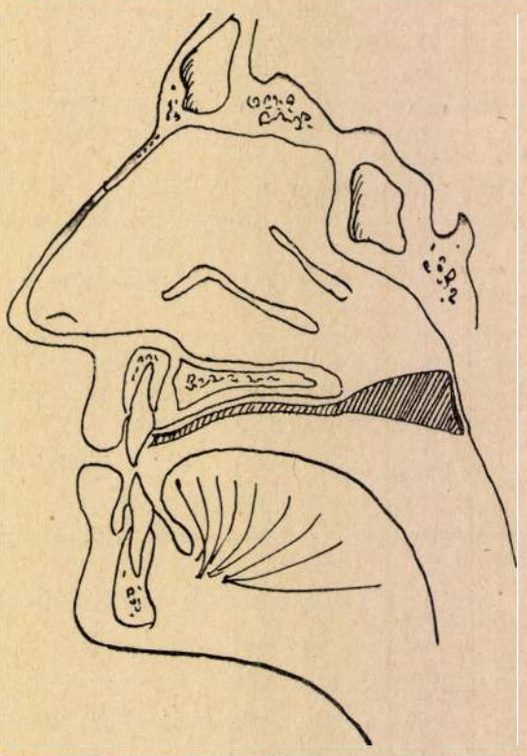
A fejlődési rendellenességek ezen fajtájának correctiója ma a fejlett műtéti technika mellett leginkább a sebészetet érdeklő feladat (Veau, Halle-Ernst, Schönborn-Rosenthal), mégis előfordulnak a lágyszájpadhasadék *prothetikus* javítására is esetek. Egyszer az egyesítendő velum részletek alig nyujtanak elég szövetet a reconstructióhoz, másszor a feszülő lágyszájpadképletek a varratok elégtelenségéhez vezetnek. A késői gyermekkorban, mikor az állcsont fejlődésével a hasadék térben mind nagyobb lesz, a kedvező műtéti időt elmulasztottuk. De a tökéletesen egyesített lágyszájpadhasadék is csak akkor felel meg hivatásának, hogyha az működésképes. Hiányos beidegzés esetén a legszebben sikerült egyesítés mellett is megmarad a functiokiesés; ez egyrészt a táplálékfelvétel rendellenességében nyilvánul meg, másrészt sokkal feltűnőbben bizonyos beszédzavarban.

A lágyszájpad hiányos functiója a hangképzésben olykép nyilvánul meg, hogy a magánhangzók és bizonyos mássalhangzók képzése tökéletlen, a hangok nem képződnek ki, hanem az orron keresztül, mint érthetetlen dünnyögés távoznak. Ezt a beszédhibát hívja *Gutzmann* rhinolalia apertának, szemben azzal a jól érthető dünnyögéssel, melyet nátha, orrpolyp stb. esetén észlelünk (r. clausa).

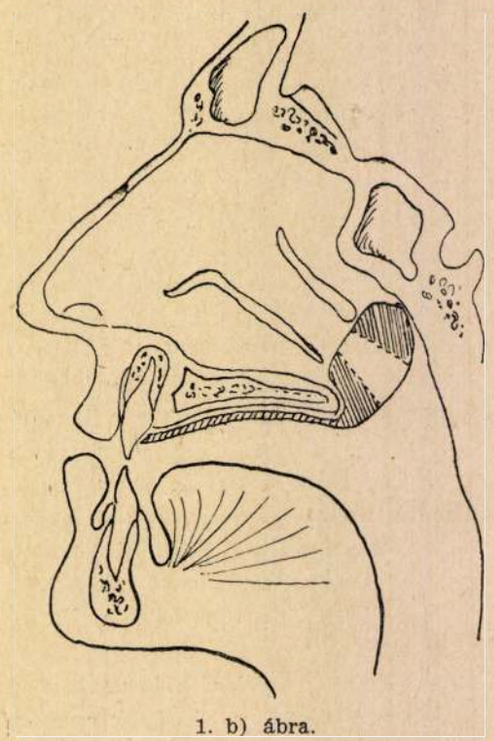
A sebészi correctio számára alkalmatlan vagy eredménytelen esetekben régóta alkalmaztak a hiányt kitöltő segédeszközöket, ú. n. obturatorokat *(Kingsley, Suersen, Warnekros* stb.). Ezek a lemezes fogpótlás mintájára a szájüregben lehorgonyzott lemezből és ahhoz mereven vagy mozgathatóan kapcsolt, a lágyszájpadhasadék hiányzó szövetét helyettesítő függelékből állottak. Az 1. ábra érzékelteti ezen obturator szerkezetét.

Az obturatorok ezen csoportja azonban csak többékevésbbé felelt meg a kívánalomnak. A phonatio, nyelés

közben mozgó lágyszájpad részek közé ékelt merev idegentest feladatát nem tudta teljesíteni, a functiokiesés okozta hangbeli és nyelési rendellenesség kisebb-nagyobb mértékben fennmaradt.



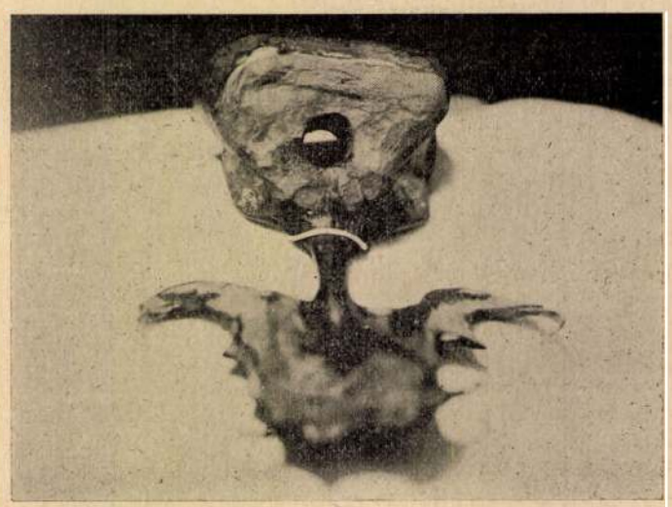
1. a) ábra.



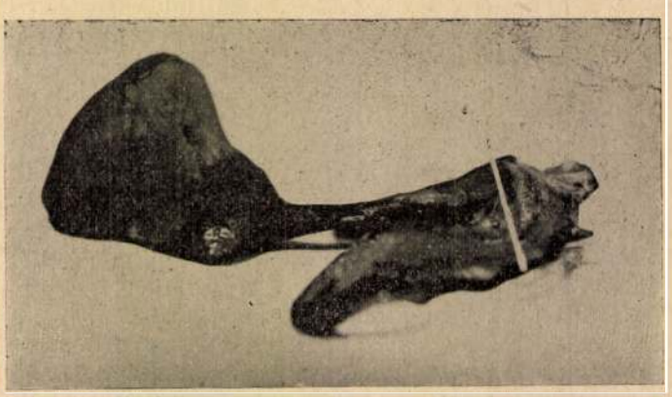
1. b) ábra.

Főképen a hibás beszéd javítására *Fröschels* lágyszájpad-hasadék esetén az orrjáratoknak eldugaszolásával igen jó phonetikus eredményt ért el. Ez adta az impulsust oly obturator készítésére, mely nem a lágyszájpad hasadékának mozgó részei közé ékelődik, hanem az orr hátsó, garati táját zárja el. Az epipharyngealis tér elzárásával kiiktatjuk az orr-garat közti összeköttetést. *Schalit,* ezen meatobturatornak nevezett szerkezet feltalálója az obturator orri részét az orrlégzés számára át is fúrja és tág nyílást készít neki anélkül, hogy ez a szerkezet rovására menne. Az 1. b. ábra *Fröschels—Schalit* meatobturatorának szerkezetét érzékelteti.

Az elkészítés részleteire ehelyett nem térhetünk ki; csupán megjegyezzük, hogy a lenyomatvétel több részletben történik. Az obturator szájbeli elhorgonyzását célzó lemez akár fémből, akár kaucsukból készülhet. Az orri részlet (Klotz, kölönc) magja kemény kaucsuk, széleit puha kaucsukból vulkanizáltatjuk; a szájüri és orri részeket egymással Wipla acéldrótváz köti össze. (2. ábra).



2. a) ábra.



2. b) ábra.

Lágyszájpad hasadék esetében legutóbb két ízben készítettünk meaobturatort *Fröschels-Schalit* szerint. Az epipharynxba helyezett kölöncöt az első időben egyik gyermek sem türte könnyen. Később annyira megszokták, hogy az obturator behelyezését maguk el tudták végezni. Feltünő volt az első behelyezés után a magánhangzók tiszta hangja. A mássalhangzók begyakorlása szakavatott phonetikus közbejöttével történt. A hibásan beidegzett vagy egyáltalán nem használt mássalhangzók tökéletes kicsiszolása néhány hetet-hónapot vett igénybe. A correctio javára írható, hogy az egyik gyermek ma már nyilvános iskolát látogat.

Fischer István dr.,
egyet. tanársegéd.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Ujabb tapasztalatok a piócákkal végzett gyógykezeléssel.

A piócák gyógycélból alkalmazása egyidős magával a beteggyógyítással. Már az ókorban is használták, a középkorban pedig annyira általánossá lett, hogy igen sok családnál tartották mint háziszert készenlétben. A legnagyobb elterjedését a mult század elején érte el. A század vége felé azonban, mikor az aseptikus vérvétel meghonosodott, mindinkább veszített jelentőségéből, s a mostani század első évtizedeiben már csaknem feledésbe ment. Ennek oka abban keresendő, hogy a legtöbb orvos a piócakezelés célját csak a vérlebocsájtásban látta. Erre azonban már sokkal kényelmesebb, könnyebben szabályozható eszközök állottak rendelkezésére. Nagy hátránynak tekintették, hogy a piócákkal nem dolgozhatunk aseptikusan, s így esetleges fertőzésnek tehetjük ki a beteget. Néhány tetanus esetet piócakezelés után tényleg le is írtak. Másik hátrányát az utóvérzés veszélyes voltában látták, amely gyermekeken egyes igen ritka esetben elvérzéshez is vezetett.

Mindezen hátrányokat azonban kellő óvintézkedések mellett könnyen kiküszöbölhetjük. Ha a piócákat reggel alkalmazzuk, úgy alkalmunk van a nap folyamán az utóvérzés lefolyását több izben ellenőrizni, s ez nagyobb bajokat nem okozhat. Az erősebb utóvérzést megszüntethetjük a sebre alkalmazott, vaschlorid oldatba mártott vattával, timsópornak a sebre hintésével. Igen makacs utóvérzés mellett, amikor más szer nem használ, hegyes lapis-pálcikát kell 1—2 percen át mélyen a sebben tartani, amire az utóvérzés minden esetben megáll. Fertőtlenítő szereket a kezelendő bőrfelületre nem alkalmazhatunk, főleg túl szagos anyagok kerülendők. De ezek alkalmazása nem is szükséges. Elegendő, ha a bőrfelületet szappannal és melegvízzel alaposan megtisztitjuk. Gyakran képződik kisebb-nagyobb területen a harapás helyén gyulladásos pir. Nem ritka a harapási seb genyes beszűrődése, s a környezet orbáncszerű vöröses elszíneződése sem. Ezen tünetek azonban rendszerint 1—2 nap alatt visszafejlődnek. Minél kisebb az utóvérzés, annál hamarább jön ezen gyulladásos folyamat létre, amely kétségkivül fertőzéses természetű. *Dinand* vizsgálatai szerint egy a subtilis csoporthoz tartozó, a pióca testében és felületén saprophyta módon élő bacillus hozza létre. Ezen bacillus erősen gátolja a staphylococcusok növekedését és elszaporodását, s így védelmet nyujt komolyabb természetű genyedéses folyamatok kialakulásával szemben. Ezért észlelhetjük a piócák alkalmazásának jó hatását genyes fertőzések esetében. Egyes esetekben a már kifejlődött tályogok is visszafejlődhetnek, anélkül, hogy sebészi beavatkozásra volna szükség.

A piócákból 2—3—5, esetleg 10 darabot is alkalmazhatunk egyszerre. A vízzel telt üvegből csipesszel vagy kanállal emeljük ki őket. Egy likőrös pohárba tesszük, s ezt ráforditjuk a bőrfelületre, ahol az rövidesen meg is tapad. A tapadást elősegithetjük a bőrfelületnek előzetes cukros vízzel történt megnedvesítésével, vagy szükség esetén a bőr kis lándzsával felsebzése útján. A piócák rendszerint ½—1 óra után esnek le, s ezen idő alatt 10—15 ccm vért szívnak magukba. Az utóvérzéskor a sebből kb. 20 ccm, legfeljebb 50 ccm vér folyik el. A kezelés után a sebet steril gaze-el kötjük be. Egy piócát csak egy izben használjunk.

A piócakezelést az utóbbi években ismét gyakrabban veszik igénybe. Nem annyira vérlebocsájtás céljából, mint inkább más hatásai miatt. A piócaharapás ugyanis a szervezetbe kerülő hirudin révén, a vér alvadását gátolja, az érgörcsöt szünteti, antithromboticus hatást fejt ki. Azonkivül a nyirokáramlást is gyorsítja, s a fehérvérsejtek működését serkentő befolyásával immunisáló hatást is gyakorol. A legkiterjedtebb alkalmazást thrombosisok esetében nyert, amelyekben a hatása sokszor egészen meglepő. A gyakran igen erős fájdalmak, a feszülő érzés és vizenyős duzzanat, s a gyulladásos folyamatok rövid időn belül visszafejlődnek, az embolia veszélye csökken, s a betegség tartama lényegesen megrövidül. A piócákat a thrombotisált vena lefutásának megfelelően, a vena femoralis thrombosisa esetén a combháromszögben, lehetőleg minél korábban alkalmazzuk.

A thrombosison kivül több szerző számolt be a pióca kezelés jó hatásáról mindazon betegségekben, amelyek magas vérnyomással, érgörcsökkel járnak együtt, több belső szerv gyulladásos megbetegedése esetében is. Igy fejfájáskor, szédüléskor, migrainben, különböző szem- és fülbajokban a fül mögé alkalmazunk mindkét oldalt 2—3 piócát. Tüdő-, mellhártya-, szívburokgyulladások esetén a hát, illetve mell különböző részére, epehólyaggyulladáskor a májtájra, méhkörüli-, petefészekgyulladás esetében az alhasra 5—10 darabot. Ezen kezelésekben szerzett újabb tapasztalok azonban még nem annyira kiterjedtek, hogy végleges eredményt mondhatnánk róluk. Egyes esetekben alkalmazásuk azonban, főleg az epehólyag gyulladásos folyamataiban célszerűnek látszik.

Hogy a bőrre alkalmazott piócakezelés az egyes belső szervek működését reflectoricus úton befolyásolni képes, azt mutatják *Haynal* és *Dániel* vizsgálatai is. Ezek szerint az olyan decompensált szivbajokban, amelyek májduzzanattal járnak együtt, a máj Head-zónájának megfelelően, a jobb bordaiv felett és alatt elhelyezett piócák alkalmazása után a diuresis kifejezetten megjavul.

Vándorfy József dr., egyet. magántanár.

A vitaminok jelentősége a szülészetben és nőgyógyászatban.

Kisérletes vizsgálatok alapján ma már bizonyosan tudjuk, hogy a nemi működések és a szaporodás élettani lefolyása szoros összefüggésben vannak a célszerű, megfelelő vitamintartalmú táplálkozással. A világháború és az azt követő idők széles rétegekre kiterjedő élelmezési nehézségei nagymértékben hozzájárultak ahhoz a megismeréshez, hogy a szaporodás élettani menete szempontjából a táplálkozás zavarai emberen is lényeges szereppel birnak. Általános az a felfogás, hogy a nemi érettség bekövetkezésére, a nemiszervek kifejlődésére a táplálék mennyiségi és minőségi viszonyai, valamint a vitaminhiány döntő befolyással vannak emberben is és célszerütlen, minőségileg elégtelen táplálkozás a fejlődő nemiszervekben maradandó és később nehezen befolyásolható nyomokat hagyhat. Nagyon sokszor a nemiszervek fejletlenség, elsődleges havibajhiány, a pubertas ideje alatt történt célszerütlen egyoldalú táplálkozásra vezethető vissza. Arra nézve is van tapasztalatunk, hogy a helytelen táplálkozás a már beállott havivérzés-cyklust is meg-

zavarhatja. Ezek legjellegzetesebb formái közé tartoztak az ú. n. „háborús amenorrhoeák". Mindig ajánlatos ezért a havivérzés ismeretlen eredetű, homályos kórokú zavaraiban, vagy ismert okokkal nem magyarázható terméketlenség eseteiben kikérdeznünk a beteget táplálkozásának módjáról, táplálékainak összetételéről és így nem egy esetben gyógyulást érünk el egyszerüen az étrend kiegészitésével s az esetleg hiányzó vitaminok pótlásával. A különböző, ismeretes bonctani alappal nem biró fiatalkori vagy egyéb vérzések esetén vitaminok nyujtásával történő gyógykezelés a kisérletezés kezdetén van. Megjegyzendő, hogy különösen a véralvadás zavaraival járó fiatalkori vérzésekben C-vitamin adagolással jó eredményeket értek el.

Különösen fontos szerepe van a vitaminoknak a terhesség alatt úgy a fejlődő magzat, mint az anya szempontjából. A rohamosan növekvő magzat vitaminszükséglete igen nagy és ezt csak az anya táplálékából vagy az anya vitaminraktáraiból fedezheti a méhlepényen keresztül. A vitamin hiányát tehát úgy az anya, mint a magzat megérezheti. A magzatok elhalhatnak, koraszülés, vetélés következhet be. Ha a vitaminhiány kisebb, a terhességet ki is lehet viselni, de a magzatok avitaminosisos tünetekkel születnek. Esetleg csak a szoptatás idejére merítik ki az anya vitaminkészletét az újszülöttek és csak akkor betegszenek meg. Szokványos vetélések, semmi okkal nem magyarázható vetélések esetében, vagy ha többször észleljük a magzatok korai méhenbelüli elhalását, vagy fejletlen, debilis magzatok születését — mikor már minden ilyenkor szóba jövő egyéb ismert okot biztonsággal kizártunk — mindig ajánlatos gyógyítás céljából megkisérelni a táplálkozás általános revisiója mellett a vitaminok adagolását a következő terhesség alatt. Legfontosabbnak tartjuk ilyenkor különösen szokványos vetélések vagy koraszülések esetében az E-vitamin rendszeres adagolását. Az E-vitamin hiánya tudvalevőleg állatokban az állat teljes testi jóléte mellett a magzatok habitualis, korai elhalásához vezet. Jó eredményeket értünk el egy „Evifer" (Chinoin) nevű E-vitamin készítménnyel, mely a hatékony E-vitaminkivonaton kivül vasat és jódot tartalmaz. Szóba jön még ilyenkor esetleg az A, D és C-vitamin adagolása is. A vitaminokat a terhesség alatt a várható vetélések vagy koraszülések előtt hosszabb ideig, esetleg hónapokig kell adagolnunk, hogy eredményt várhassunk. Az utóbbi évek vizsgálatai mindjobban amellett szólnak, hogy a gyermekkori angolkór és a felnőttek osteomalaciája nemcsak alakilag, de kóroktanilag is azonos betegségek. A terhességi tetania bizonyos eseteiben ugyancsak nem elsődleges belső elválasztásos zavar, hanem a tetania és osteomalacia csak két különböző phasisa volna egy alapjában véve azonos anyagcserezavarnak, a D-avitaminosisnak. A fogak terhesség alatti romlása ugyancsak bizonyos összefüggésben van a D-vitamin-anyagcsere zavarával. Az anya D-vitaminkészlete minden valószinüség szerint befolyással bir az újszülött csontrendszerének és fogtelepeinek kifejlődésére és esetleg angolkórra hajlamosságára. Osteomalaciában, tetaniában mindig megkísérelnünk tehát a D-vitamin adagolását egyéb beavatkozásaink előtt, vagy velük egyidőben. Természetesen, ha arra különös javalat nincsen, a terhes asszonynak nem szoktunk a könnyű, változatos és vegyes diaetán felül — különösen téli hónapok kivételével —, még rendszeresen külön vitaminkészítményeket adagolni, mindenesetre azonban változatos vitamingazdag táplálék előírása feltétlenül szerepeljen a terhességi tanácsaink között.

A havivérzés-cyklus és terhesség alatti vitaminhiány okozta rendellenességek a mi viszonyaink mellett igen ritkák és ha vannak is, tulajdonképen csak részleges, relativ vitaminhiányról beszélhetünk. Ezeknek a kórisméje meglehetősen nehéz és sokszor csak ex juvantibus, a vitaminok adása után észlelt javulás után lehetséges. Éppen ezért ismert és bevált gyógyító eljárásunkat nem teszi feleslegessé, illetve szorithatja háttérbe egyedül az étrend revisiója és a vitaminok nyujtása. De mint gyógykezelésünk kiegészítő része vagy egyéb eljárásaink sikertelenségei esetében mint therapiás kisérlet a vázolt esetekben feltétlenül indokolt.

Szarka Sándor dr.
klinikai tanársegéd.

Bélpolypusok.

A polypus tulajdonképen nem kórbonctani egység, mert bár szövettanilag leggyakrabban adenoma, de polypusok képében megjelenhetnek lipomák, fibromák, sőt myomák is. Csak a szövettani vizsgálat döntheti el, hogy milyen daganatról van sdó, nem a makroskopikus megjelenés, viselkedés. Polypusok előfordulhatnak az egész béltractusban, mégis leggyakrabban a végbélben foglalnak helyet, minél feljebb megyünk, a béltractusban, annál ritkább lesz a megjelenésük. Előfordulhatnak isoláltan, egyedülállóan, de gyakran többedmagukkal is. Legtöbbször kocsányon ülnek, de lapszerűen is helyezkedhetnek el, a nyálkahártyából alig kiemelkedve. Minél szélesebb alapon ülnek, annál jobban összekapaszkodnak a nyálkahártyával, annál gyanusabbak arra, hogy már rosszindulatú elfajulás kezdődik. Már a gyermekkorban (10 éves korig) is találkozunk velük; a családi dispositio, ami az öröklékenységet illeti, nem vitatható el. Az aetiologiát illetően vannak primaer polypusok, melynek okát nem ismerjük, de leggyakrabban másodlagosan a bél chronikus gyulladásos folyamatai kapcsán képződnek. Ami a megjelenésük gyakoriságát illeti, régebben ritkábban előfordulóknak vélték őket, amióta azonban vizsgálóeszközeink tökéletesbedtek, utalok itt elsősorban a bélnyálkahártya relief-vizsgálatára röntgen segélyével, továbbá a rectoskopiára, azóta kiderült, hogy sokkal gyakoribbak, mint gondoltuk. Óriási irodalma van már e kérdésnek. Nagyságukat illetően borsószemnyitől egész tojásnagyságig fordulhatnak elő. A panaszok, melyeket a polypusok előidézhetnek különbözők. Kis isolált polypus teljesen tünetmentesen is állhat fenn s csak mint mellékleletre bukkanunk rá. Már ha többed magával fordul elő, vagy kifekélyesedik, vagy a bél oly helyén van, hol mechanikai akadályt okozhat, akkor vérzést, tenesmust, véres nyákos széket, fájdalmat idézhet elő. Igen gyakran a felületes vizsgáló haemorrhoidalis csomókkal téveszti őket össze, különösen, ha kivül talál is 1—1 csomót, sokszor ilyenkor feljebb polypusok ülnek. Bélből eredő vérzés okaként ne elégedjünk meg sohasem az aranyér diagnosissal, feltétlenül el kell végezni a végbél digitalis vizsgálatát és a rectoskopiát is, így nem nézhetünk el egy esetleg fennálló polypust vagy végbélrákot. A polypusok szövődményekhez is vezethetnek, ilyenek: a vérzés, az invaginatio, a súlyos anaemia a gyakori vérzések miatt, a kifekélyesedés és a vele járó bélgyulladások és a legfontosabb, amit utoljára hagytam, a rákos elfajulás. Ennek veszélye igen nagy, *Verebélij* szerint minden polypus praecarcinomás állapotnak tekinthető.

Ami a diagnostikát illeti: a legalsó bélrészletekben ülők digitalisan és rectoromanoskoppal vizsgálandók; feljebb ülő polypusok gyanuja esetében az irrigoskopia különösen a bélnyálkahártya relief röntgen-vizsgálata, eset-

leg a Fischer-eljárással levegő befúvással combinálva, a döntő s fontos. Folytonos hasmenések, melyekhez állandó occult vérzés társul, gyanúsak polypusra, illetőleg rákra. Elvégzendő a vérkép és a vérsejtsüllyedés vizsgálata is. Eosinophilia inkább polypus mellett fog szólni, fokozott vérsejtsüllyedés, ha ugyan nincs már egyúttal súlyos colitis jelen, inkább rákra tereli a gyanút. Minden esetben, ha rectoromanoskoppal elérhető egy vagy több polypus, csípjünk le egyet s küldjük el szövettani vizsgálatra.

Ami a prognosist illeti: az isolált polypusé, amelyben a szövettani vizsgálat sem mutat támpontot malignitásra: nem rossz, bár idős korban mindig gyanus kell, hogy legyen s állandó orvosi ellenőrzést igényel. A többszörös polypusoké azonban, főleg ha széles kocsányon ülnek, ha véreznek, a nyálkahártyát kifekélyesítik s másodlagos bélgyulladásokat s anaemiát okoznak, még ha rák biztosan nem is diagnostisálható, igen rossz. A polyposis coli, az egész colonra kiterjedő sok polypus, amelyet én is észleltem, mindig a legroszabb prognosisú. Ami a therapiát illeti: az isolált polypust, ha elérhető égessük le (diathermiával), vagy csípjük le Soper-féle guillotine-kaccsal. Csak a rectumban ülő polypusok esetén jön szóba a gyökeres műtét, vagy a combinált röntgen-radium besugárzás. Feljebb ülő polypusok esetében szóba jön a colonresectio, de ez igen nagy beavatkozás; azonkivül az appendicostomia vagy az anus praeternaturalis is. Egyébként csakis tünetileg járhatunk el: vérzéscsillapítás, gondoskodás székürülésről, hasonló elvek alapján, ahogy a colitis ulcerosát kezeljük.

Friedrich László dr., főorvos.

A Septol gyógyértéke influenzában.

Az influenzás fertőzés a szervezetet különböző pontokon támadja meg. Ma már nem állja meg a helyét az, hogy influenzában csak egyes szervek megbetegedésével kell számolnunk, hanem az egész szervezetet kell gyógykezelnünk, illetve védenünk a veszedelmekkel szemben. Egyre gyakoribb az influenza sepsisre emlékeztető lefolyása. Különösen az 1918. évi epidemia alkalmából tapasztalhattuk azt, hogy főleg fiatal, erős egyéneken igen súlyos, rohamos lefolyású sepsis alakjában jelentkezett a megbetegedés, mely kezdeti magas, láz után súlyos gyakran kétoldali pneumoniával, majd rövidesen vasomortorközpont-bénulással szövődve igen gyorsan halállal végződött. Láthatjuk ezt a súlyos, gyakran halálos kórlefolyást epidemia-mentes időben is,sporadikusan előforduló esetekben. Jellemző és a septikus jellegre utaló az is, hogy a súlyos általános tüneteket nem tudjuk a helyi elváltozásokkal megmagyarázni, miután azok többnyire jelentéktelenek. Végtagfájdalmak, gyengeség, levertség, étvágytalanság, valamint keringési zavarok a főpanaszok, amelyek arra utalnak, hogy az influenza az egész szervezet betegsége és a gyakran főbetegségnek tartott bronchitis csupán részjelensége az egész kórképnek, melynek jelentősége csak annyiban van, hogy legtöbbször megelőzi az influenza rettegetett szövődményét a pneumoniát.

Az eddig elmondottakból következik, hogy legtökéletesebben akkor vesszük fel a küzdelmet az influenzával, ha azt septikus megbetegedésnek tekintjük és lehető korai időpontban kiséreljük meg a toxinhatás megakadályozását. Tehát a láz mellett igyekezzünk a septikus factorra hatni és megkiséreljük a toxikus hatást ellensúlyozni, emellett gondosan ügyelünk a szívműködés, illetve keringés minél tökéletesebb fenntartására. Ennek a követelménynek igyekszik megfelelni a Dr. Wander-gyár egy igen szerencsés gyógyszer-combinatiója, mely *septol* néven kerül forgalomba. Intravenás befecskendésre szolgál és 10 ccm ampullákban kerül forgalomba. Egyszeri adagja egy ampulla, amely egyenként — tehát 10 ccm oldatban — a következő anyagokat tartalmazza steril oldatban:

hexamethylentetramin	1.7608 gr.
natrium salicylicum	0.4402 „
coffeinum purum	0.0616 „
natriumcamphosulfonicum	0.0704 „
sacch. amyl. pur. anhydr.	0.9112 „
aqu. dest.	8.2008 „-ban.

Összetételénél fogva az influenza bármely szakában igen előnyösen alkalmazható úgy gyógyítás céljából a már kifejlődött, mint prophylaktikusan a kitöréssel fenyegető tünetek ellen.

Alkatrészei közül a hexamethylentetramin a kórokozóval veszi fel a küzdelmet. Közismertek ma már azok a jó eredmények, melyeket a legkülönbözőbb septikus betegségekben hexamethylentetraminnal értek el. Általában azt mondhatjuk, hogy tekintet nélkül a fertőző agens milyenségére, a betegség lefolyása enyhébb, a halálozási száma alacsonyabb, időtartama rövidebb, a szövődmények száma kisebb azokban az esetekben, melyekben idejekorán és kellő mennyiségben adagoltuk a hexamethylentetramint. A septol ampullánként több mint 1½ gr-ot tartalmaz, ami egy ampulla naponkénti befecskendezése mellett teljesen kielégítő enyhébb természetű megbetegedés esetén. Ajánlatos azonban súlyosabb megbetegedés esetén ezt az adagot megismételni vagy kivételesen az egyszeri adagot növelni.

A salicyl hatásmódját még ma sem ismerjük tökéletesen. Valószinű, hogy a salicylszármazékok a tüneti lázcsillapító hatáson kivül fajlagos, közvetlenül a kórokozóra gyakorolt hatással is birnak. A septolban lévő natrium salicylicum mennyisége megközelíti a félgrammot, úgy hogy már érbefecskendezése után néhány percel megfigyelhetjük a hőszabályozó központra gyakorolt hatását, amely izzadásban és a hőmérséklet csökkenésében nyilvánul meg. Megjegyezzük azt is, hogy a megengedett napi legnagyobb adagot még a befecskendés megismétlésekor sem közelítjük meg.

A vasomotor-központ bénulását az idejekorán adagolt cardiacumokkal előzhetjük meg, amelyek fenntartva az értonust és a szívműködést, a legveszedelmesebb szövődménynek, a collapsusnak veszik elejét. A septol 6 cgr coffein mellett 7 cgr vízben oldható camphort tartalmaz, amely gyógyszerek hatása a vasomotoros tonus fenntartására az esetek nagy többségében elégségesnek fog bizonyulni.. Azonban, ha a fennforgó körülmények indokolják, bőr alá vagy per os bármilyen más cardiacumot is nyugodtan adhatunk. A szívizomzat erőbentartását célszerűen szolgálja az egyben vivőanyagul felhasznált 10% szőlőcukoroldat is.

Járóbeteg-rendelésünkön a septolt 30 esetben próbáltuk ki, influenzás, hurutos beteganyagon. Tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze. A septolban lévő hatóanyagok egymást úgy az objectiv, mint a subjectiv tünetek enyhítésében kiegészítik, úgy hogy a kevésszámú ellenjavallattól eltekintve (vesegyulladás, vérzékenység, thrombosis-hajlam) az influenza legkoraibb szakában adagolva, az esetek nagy többségében a tünetek kifejlődését megakadályozzák. Ha csak a későbbik szakban kezdjük alkalmazni, hamarosan láthatjuk a láz csökkenéséből, a közérzet, vérkeringés javulásából, a kinzó

végtagfájdalmak megszüneséből azt a jó hatást, melyet a septol a kórlefolyásra gyakorol.

Egyik endocarditis lentaban szenvedő betegünknek néhány napon keresztül naponként egy ampulla septolt fecskendeztünk gyüjtőerébe, miközben figyeltük a lázát. A különben napi max. 38.5° C temp. a befecskendezések hatására 37.9—38.1° C-ra esett le, miközben a beteg egyéb antipyreticumot nem kapott. Közérzete, étvágya lényegesen javult, a cardiacumok mennyiségét is csökkenteni lehetett.

Leghelyesebb a septolt — mint az elmondottakból önként következik, — már a betegség kezdeti tünetei esetén, vagy csak gyanújakor intravenás befecskendezés alakjában adagolni, mikor is gyakran már egy befecskendés is meghozza a kivánt eredményt. A tünetek teljes kifejlődése után már nem várhatunk ilyen gyors hatást, azonban ilyenkor is szép eredményeket érhetünk el ismételt adagolásával. Szükség esetén a befecskendezés napjában kétszer aggodalom nélkül megismételhető, amikor nem valószínű, hogy más gyógyszer együttes adagolására rászoruljunk.

Az elmondottakat összefoglalva, a septol az influenza és bizonyos más septikus betegségben szenvedőkön jó eredménnyel alkalmazható gyógyszer-keverék, melynek különös előnye, hogy szerencsés összetétele révén a betegség lefolyását igen jól és gyorsan befolyásolja. Máelőnye abban rejlik, hogy prophylaktikusan védi a vérkeringési szerveket a toxinhatás ellen, részben a coffein és camphor révén, részben pedig a szívizomzat erejét fenntartó szőlőcukor segítségével. Valóban elmondhatjuk tehát, hogy hézagpótló szer, amely az infuenza gyógykezelésében a leghatékonyabb és egyben legcélszerűbb gyógyszereket egyesítve tartalmazza.

Mihálkovics Szilárd dr.
a II. belklinika gyakornoka.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

Az összetéveszthető kórképekről.

Tüdőmykosis. A tüdőben aktinomykosis, streptothrix- és fonalgombamegbetegedés fordulhat elő. Az aktinomyces gomba gócos tüdőmegbetegedést okoz és a klinikai kép ilyenkor idült gümőkórhoz nagyon hasonlít (aktinomykosis atypica pseudotuberculosa). A köpetben talált szemcse bizonyító erejű. *Bakos* egyik esetében a sugárgombamegbetegedés már a pleurothoracalis stadiumban volt és a jobb felső lebenynek megfelelően a bőr alatt a deszkakemény beszűrődés jellemző formájában jelentkezett. Másik esete bronchopulmonalis formában került észlelésre. A köpet nyákos, genyes, véresen csikolt, vagy bűzös-eves, rugalmas rostokat nem, de kis sárga aktinomyces szemcséket tartalmaz. A röntgenlelet nem mutat jellemző képet.

Meg kell emlékezni a *paprikahasítók tüdőmegbetegedéséről,* melyet a kórkép leírója *Kováts Ferenc* tüdőmykosisnak tart. Tünetei a gümőkórral összetéveszthetésre adnak alkalmat, cavernák lehetnek jelen. E kórkép tisztázását a további észleletek hivatottak előmozdítani.

A bronchiektasiás és az üszkös barlangokban, valamint a gümős üregekben aspergillus és más penészgombaburjánzásokat látni. Ez a gombás megbetegedés először a hörgnyálkahártyán zajlik le és később a tuberculosissal ellentétben az alsó tüdőlebenyekben. A kórkép az idült tbc-hoz hasonlít. Haemoptoéval, köhögéssel köpettel, lázzal és sovány odással szövődhet. *Graham* szerint gyakori jelenség bronchiektasiában a bronchusfalak metaplasiás és hyperplasiás átalakulása, amelyet nagyon nehéz rosszindulatú daganatoktól megkülönböztetni. Már *Heidenhein* leírt bronchiektasiás cavernából kiinduló bronchusrákot.

Tüdőtályog az utóbbi években elég gyakori és a röntgenernyő előtt a korai beszűrődéssel összetévesztésre adhat alkalmat. A látható homály és annak udvara nem jellemző. Elkülönítő kórismészetileg fontos, hogy a korai gümős beszűrődés árnyéka néhány hét alatt teljesen felszívódik, vagy disseminálódik, esetleg cavernalisálódik. A két első lehetőség tályognál nem fordul elő. A tályog rendszerint folyadékszintet mutat, a korai beszűrődés cavernája jóformán sohasem. Ha a tályog putridan fertőződik és contact úton üregesedik, akkor a röntgenernyő előtt gócos, helyenként összefolyó egyes, vagy többes üregeket hoz létre a barlangos tüdőgümőkórral egyező módon. Ilyen esetben egyedül a köpetlelet döntő.

Tüdőrák. A kifejlődött tüdőrák annyira utánozhatja az előrehaladó phthisist, hogy elkülönitő kórismészetileg sokszor át nem hidalható nehézséget okozna akkor, ha röntgenkép nem állana rendelkezésünkre. De még így is nem egyszer nagy nehézség előtt állunk, úgy hogy tulajdonképen csak az olyan eseteket szabad tüdőráknak elfogadni, melyek szövettanilag bizonyitottak. A tüdőrák kórismejére a következő tünetek nyujtanak több-kevesebb támpontot: A tbc. *anamnesisének tartama* rendszerint hosszabb, a ráké jóval rövidebb és benne a tbc.-re annyira jellemző remissiók szinte alig fordulnak elő. A *mellkasi fájdalom* rák esetén intensivebb, s többször terjed át a betegoldali karra és vállra. A *légszomj* gyorsabban fokozódik, mint tbc.-ben és állandóvá válik. A *köhögés* többnyire száraz és görcsös jellegű. A *köpet* rák esetén inkább nyákos, a tumor szétesésekor bőséges és a gyakori tüdőrák-szövődmény: a gangraena alkalmával bűzössé is válhat. Egyik esetemben a 60 év körüli férfi hurkaszerű képletet köhögött ki, melyet szövettanilag feldolgoztam és laphámráknak bizonyult. *Nyirokcsomók* nagyobb mértékben vesznek részt a folyamatban, mint tbc. esetén. A kulcs feletti nyirokcsomók vizsgálata nem egyszer terel a helyes diagnosisra. Fontos szempont chronikus pneumoniától az elkülönítés. Gyulladásos szövetburjánzások és jóindulatú daganatok tulajdonképen akkor utánozzák a rák klinikai képét, ha bronchuselzáródáshoz vezetnek. *A physikalis tüdővizsgálat* alkalmával tüdőrák esetében feltűnő a massiv tompulat, gyengült légzéssel és pectoralfremitussal, miért is a rákos tompulat a „stille Dämpfung" nevet kapta. Kóros zörejeket csak akkor hallunk, ha a rákos szövet szétesik, amikor is amphorás jellegű szörtyzörejek fejlődnek ki. Rákgyanú esetén nem lehet túlbecsülni *a bronchoskopia* fontosságát. A *röntgenlelet* elhatározó jelentőségű és ezt elősegítheti a *diagnostikus pneumothorax,* amikor is a röntgenernyő előtt azt látjuk, hogy a rákos tüdő egyáltalában nem, vagy csak kis mértékben esik össze. A röntgenképen fontos tünet *a trachea viselkedése,* amennyiben a daganat a légcsövet eltolja magától, míg a tbc. heges zsugorodás következtében magához vonja. Tudnunk kell, hogy a röntgenképen látható tumorárnyék tulajdonképen a tumor + kisérő pneumonia + atelektasia összetevője. Az elkülönítő kórismében hathatósan segítségünkre lehet a daganat terjedésének különböző sugárerősséggel történő fényképfelvétele *Erdélyi* módszere szerint.

Puder Sándor dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A cyklothymia.

Az újabb elmekórtani kutatás legfőbb érdeme, hogy egyrészt a testi és lelki alkat között összefüggéseket derített ki, másrészt pedig eleve meghatározta a normalis lélektani alapokat, amelyből majdan a psychosis kisarjad. A psychosisra hajlamosság mindenkiben ott szunnyad, mint a magban a kedvező körülmények között kihajtó sziklevél s a látszólag teljesen egészséges egyénben is ú. n. praeformált mechanismusok rejtőzködnek. A kifejlődött elmebetegség csak túlzása, karrikatúrája a már alkatilag meglevő lelki keretnek. Lelki szempontból különböző nagy biotypusok vannak s ezek között is legnagyobb számmal a schizothymek és cyklothymek vannak képviselve; előbbiekből fejlődik ki az egyéniség meghasadásával együttjáró schizophrenia, utóbbiakból pedig az időszakosan ismétlődő, vagy maniás és lehangoltsági szakaszokkal váltakozó maniás-depressiós elmezavar. A psychosisra hajlamosság ezek szerint, ott szunnyad a látszólag teljesen egészséges ember lelki életében is. A kóros és egészséges közötti átmenetet abortiv psychosis képében a schizoid, illetve cykloid képviseli. A lelki alkat mintegy előreveti árnyékát s mutatja, hogy lelki abnormitas kifejlődése esetén mily irányban várhatunk elváltozásokat. A cyklothymia is ép lélektani sajátosság, benne a maniás-depressiós elmezavar jellegzetes sajátosságai feltalálhatók, csupán enyhébb alakban. Ez nem abnormitás, számos teljes értékű és kiváló egyéniség jellemtulajdonságai között fellelhető. A csökevényes psychosis a cykloid, melyet, ha rétegben akarnánk ábrázolni, azt mondhatnánk, hogy a cyklothym constitutio és cyklikus elmezavar között, mint középréteg helyeződik el. A cyklothym alkat a hangulat szélső ingadozásai által van jellemezve, míg a cykloid átmeneti alakban már hypomaniás hangulat, öngyilkossági gondolatokig fokozódó depressio is megnyilvánulhat. A cyklothymia épp olyan lelki constitutio, mint amilyen testi alkat szempontjából a habitus apoplekticus vagy azzal egyező, de szabatosabban körvonalazott és anthropologiai mérésekkel alátámasztott piknikus testi alkat, amely rendesen cyklothymiás alkattal párhuzamosan észlelhető. A cyklothym lelki alkat piknikus testi constitutióval jár s arra jellegzetes. A praeformált lelki és testi alkat összefüggéseinek megvilágítására az epilepsiát említeném. Az epilepsiás jellemvonás, mint a tapadó szolgaiság, alázatosság, a vallásosság indokolatlan túlzása, az indulatok kirobbanási készsége lelki szempontból megfelel az epilepsiás alkatának, míg a testi constitutio görcsökre hajlamosságban nyilvánul, amelyet görcskészségnek szokás nevezni. Ha a mozgató központot testi és lelki praeformált mechanismusok esetében állandó vagy időszakonként jelentkező ingerület éri, mely a normalis ingerküszöb értékét nem éri el, akkor csökevényes alak fejlődik ki, melyben az epilepsia vagy annak aequivalensei legyengített alakban jelentkeznek; ez az epileptoid, a kifejezett betegség az epilepsia. De itt van a kórosan érzékeny, sértődő, megbántott, összeférhetetlen jellemű még ép lelkű egyén, kiből téveseszmékkel reagáló paranoiás fejlődik ki. A sensitiv, enyhén vonatkoztató normalis egyén és a psychotikus között mint abortiv alakot a paranoidot látjuk. Mindezt azért hangsúlyozzuk és azért hozunk fel több példát, hogy kitűnjék, miszerint a cyklothymia nem elmebetegség, de nem is psychopathia, csupán constitutiósan szigorúan körülhatárolt lelki alkat, melynek függvénye a testi piknikus constitutio, s melynek durva karrikatúrája a psychosis.

A cyklothymiás constitutio kétségtelenül öröklött sajátossága az egyénnek s fő jellemvonása a hangulati hullámzás, az indokolatlan vidámság és lehangoltság, a hangulati labilitás, a gyors csüggedés és sokszor indokolatlan optimismus. A cyklothymiások egészséges emberek a mondottak alapján, s ismeretük annyiban bír fontossággal, hogy tanulmányozásuk által közelebb jutunk a periodikus psychosisok ismeretéhez. A cyklothymiás egyéneket tudományos szempontból *Kretschmer* tanulmányozta s 5 alcsoportot állított fel. Testileg ezek piknikusok, mely alkatot a kerek vagy pajzsszerű, ötszögletes arcforma, a rövid nyak, kopaszságra való hajlam, a kerek idomok, az erek betegségei iránti hajlamosság, a tarkó és has elhájasodása jellemez. Lássuk a cyklothymek alcsoportjait egyenként.

Az első csoportba tartoznak a *vidám fecsegők,* kiket társaságban már messziről hallunk, ők az ünnepi alkalmak szónokai, szeretik a vaskos élceket s a társaság hölgytagjaira sincsenek tekintettel; könnyen nevetnek, hogy még a könnyeik is kicsordulnak, de könnyen el is érzékenyednek. Ők a hangosan élcelődők, a jó ivók, a szívesen kártyázók, de egyben akik magukat lehetőleg a szellemi munkától, mélyebb gondolkozástól távoltartják. Ők a könnyű fajsúlyúak, akik mindig a felszínen úsznak; ők a kényelmesek, a jószívűek, az adakozók, a könnyelműen kedélyesek, a tréfák mesterei. Mindenki szereti őket, bár környezetüket hangosságukkal, kíméletlen tréfáikkal és tapintatlanságukkal kellemetlen helyzetbe hozzák.

A második csoportot a *nyugodtan humorizálók* képviselik, kik nyugodtan szemlélik a környezetet, mindenre figyelnek, emellett nem sokat beszélnek. Lassan melegednek fel, de akkor szívélyesek, találó megjegyzéseket tesznek, ők a született adomamesélők és elbeszélők, akik a legszürkébb dolgokat is úgy tudják kifesteni, hogy környezetük gyönyörködve hallgatja. Egész viselkedésük naiv és emellett kedves, szeretetreméltó. Egyszerűen és mesterkéltség nélkül adják elő mondani valójukat. A világgal ki vannak békülve, nagy ambitiókat nem éreznek, s különösen gyermekek társasága vonzza őket, kiket önzetlenül kedveskedésekkel halmoznak el.

A harmadik csoportban találjuk az *érzelmi lényeket,* kik szintén nyugodt szemlélők, phlegmatikusok, kik nehezen határozzák el magukat valamire, ők mindenkivel jóban vannak, sympathikus egyéniségek, nem rontják el senkinek sem az örömét, könnyen ellágyulnak, mindenki sorsa részvétet kelt bennük, idegenek gyászában őszintén résztvesznek, ezzel szemben nem szeretik a felelősségteljes állást, önbizalmuk kevés, bár hivatásukat jól ellátják.

A negyedik csoportot *az élvezők alkotják.* Ez az alkat csekélyebb intelligentia és tanultsági fok mellett jelentkezik. Képviselői az egyszerűbb emberek sorából kerülnek ki, ők a kispolgárok, a törzsasztalok hűséges tagjai, akiknek kényelemszeretete kedélyességgel párosul. Szeretik az anyagit, a kézzelfoghatót, de ösztönösen kerülik az elvontat, s mindazt, ami elmélyedést kíván. Életük tartalmát az inyenckedés, az ivás tölti ki. Ők szeretetreméltó kényurak, kikben a sietés, idegesség nyomait sem találjuk. Ezek az élet örömeit valóban ki tudják élvezni, kedélyük napsugaras, önmagukkal szerfelett meg vannak elégedve s magukat nagyrabecsülik. Igazi

epikureusok, magasabb céljaik vagy eszméik nincsenek.

Az ötödik csoportba tartoznak *a gyakorlatias gondolkozásúak, a tettek emberei,* akiket mindenütt ott találunk, köreikben minden társaságban vezető positiót foglalnak el, minden bizottságban ott vannak, állandóan munkával vannak elhalmozva, de azért fáradhatatlanul dolgoznak, főleg sokfélét és az újat szeretik. Mindenütt ügyesen mozognak, bár a találékonyság rendesen nem kenyerük. Környezetükkel gyakran összekülönböznek, mert szókimondók, még akkor is, ha őszinteségüknek kárát vallják. Ebbe a csoportba tartozókat a dolgozás vágya hatja át. Az orvosok közül ebbe a csoportba tartoznak a polypragmasiások. Ebbe a csoportba sorozottak már közel állanak a hypomaniásokhoz, s mint ilyenek környezetüket dirigálják, kihasználják.

Kórkép és egészségi állapot között állandó és folytonos átmenetek vannak, úgyhogy gyakran nem is tudjuk eldönteni, hogy hol van a beteg és ép lélek közti határ. A cyklothymia ép élettani alkatot jelent, mely a cykloidban megy át mindinkább kóros területre. Mindig megtaláljuk az egyes psychosisnak megfelelő csökevényes átmeneti psychosist és az ép lélektani adottságot, melynek talaján fejlődik ki mint karrikatúra, mint idétlen túlzás a valódi, de már embryonalis állapotban determinált psychosis.

Büchler Pál dr.
egyet. tanársegéd.

A szem feszülésének csökkenése.

A szem szaru- és inhártyája rugalmas burkot alkot, melyen belül a szövetek és a folyadék bizonyos nyomás alatt állanak. Ez a nyomás a rugalmas burok teltségi állapotától függ, vagyis egyrészt az üvegtest és csarnokvíz térfogatától, másrészt a szem belsejében levő erek teltségi állapotától. A szem önmaga szabályozza e nyomást.E szabályozásban a vérnyomásnak van jelentős szerepe de a szem feszültségét nemcsak a vérnyomás befolyásolja, hanem a szem belsejében levő erek telődési állapota is. A keringési viszonyok a szemben úgy szabályoztatnak, hogy nagyobb folyadék-beáramlás nagyobb elvezetést eredményez. A normális szem feszülése azonban a vérnyomástól teljesen függetlenül is változhatik.

Rendesnek akkor mondjuk valamely szem feszülését, ha az 16—26 Hg. mm között van. Ezen alul a szem feszülésének csökkenéséről, ezen felül annak fokozódásáról beszélünk.

A szem feszülésének csökkenése némely *vitaminhiány okozta megbetegedésben* mint állandó jelenség található meg. A keratomalaciának, — melyet leggyakrabban fertőző betegségek, vagy rossz táplálkozás miatt elgyengült gyermekek és különösen csecsemők szemén találunk s amit az a-vitamin hiánya okoz, — egyik jellegzetes tünete a szem feszülésének csökkenése.

Az osteomalaciának, — melynek oka a d-vitamin hiánya, vagy a parathyreoideák elváltozása, de melynek az ivarmirigyhez való vonatkozása is közismert, — szintén jellegző tünete a szemgolyónak sokszor jelentékeny méretű feszüléscsökkenése, mely csökkenés némely esetben a rendes feszülés egyharmadának felel meg. E tünet, mint csaknem biztos jel, már a betegség kezdetén feltalálható.

Még nem eléggé tisztázott az *intermittáló ophthalmomalacia* néven leírt és ritkán előforduló kórforma, mely esetben a különben teljesen ép és egészséges szem feszülése rohamszerűen süllyed a rendes alá. A roham alatt egészen kisfokú szemhéjcsüngés, szembogárszűkület és a szemgolyó mérsékelt kidülledése támad. E jelek a sympathicus paresisére utalnak s ilyen esetekben pajzsmirigyzavart, vagy golyvát többször észleltek. Az intermittáló ophthalmomalacián kivül vannak esetek, melyek idősülten folynak le. Ezen utóbbiak esetében szintén gyakran találunk sympathicus paresist, néha a szemgolyó meg is kisebbedik, vagy a megfelelő arcfélen keringési zavarok észlelhetők; de előfordul a szemgolyó elsődleges puhasága a sympathicus részéről kimutatható minden ok nélkül is.

Itt kell emlitenünk, hogy a *herpes zoster corneae* esetek jelentékeny részében megtalálható a szem feszülésének csökkenése.

Ismeretes, hogy a *belső elválasztású mirigyek zavarai alkalmával* a szem feszülésében gyakran mutatható ki változás. E változás a feszülés szokatlan csökkenésében, vagy fokozódásában és a szemgolyónak a mérés közben történő feltűnő megpuhulásában mutatkozhatik. Ezen utóbbi tünet a hypophysis betegségeiben állandó tünetnek látszik. A belső elválasztású mirigyek zavarai esetében a szem feszülésének befolyásolása független a vérnyomástól. Egyes vizsgálók azt találták, hogy a pajzsmirigy csökkent működésekor a szem feszülése kissé alászáll, *Fuchs* éppen ellenkezőleg a pajzsmirigy fokozott elválasztása esetében észlelte a szem feszülésének csökkenését, — myxoedema eestében pedig a szem feszülésének emelkedését.

A mellék-pajzsmirigy működési kiesése, — mint azt állatkisérletek beigazolták, — súlyos általános anyagcsere-zavar révén cachexiához s így a szem táplálkozási zavarához vezet, mely a szem feszülésének csökkenésében nyilvánul. Terhességben, mikor a hypophysis fokozottan működik, a petefészek működéskiesésével kapcsolatosan a szemgolyó csökkent feszülését, míg hószámban a szem feszülésének emelkedését észleljük. *Imre* olyan terheseken, akik szemének feszülése csökkent volt, a hyperpituitarismus határozott jeleit találta az arcon, kezeken és lábakon, mely jelek a normalis szemfeszülésű terheseken hiányoztak. A szem belsejében uralkodó nyomásnak a terhesség alatt bekövetkező alászállása a vér alkalosisára vezethető vissza. A szülés után még 8—10 napig észlelhető a szem feszülésének csökkenése (10—16 Hg. mm.), melynek oka egyesek szerint nem belső elválasztási zavarban, hanem a szülés alatt szenvedett vérveszteségben és a vér felhigulásában keresendő. Az akár akromegaliával, akár anélkül jelentkező hypophysis-daganat legtöbbször a szemgolyó feszülésének csökkenésével jár; hypophysis daganatok esetén azonkívül a szemgolyó feszülése feltűnő módon és gyakran mutat ingadozásokat és sokszor van jelentékeny különbség a két szem feszülése között.

Coma diabeticum előtt és alatt jellemző szemtünet az igen nagyfokú szemfeszülés-csökkenés. Ez a feszülés-csökkenés kisérletileg is előidézhető, ha comás beteg vérsavóját pl. nyulba fecskendezzük. A coma diabeticumban támadó szemgolyó-feszüléscsökkenés előidézésében több tényező szerepel, melyek egyrészt a vérvesztés következtében előállott magasabb vérconcentratióra, másrészt az általános és helyi vérnyomáscsökkenésre s végül endogen mérgek hatására vezethetők vissza, mely mérgek a hajszálereket és a szembeli vegetativ idegrendszert károsítják. A szemfeszülés-csökkenés ezen fajtáját jól tudjuk gyógyítani. A normalis feszülését elvesztett, csaknem hullaszem-puhaságú szemgolyó erélyes insulin kezelésre újból rendes feszülésűvé válhat.

Ivási kisérlettel mesterségesen is előidézhetjük a szem feszülésének csökkenését. Ha valakivel nagyobb mennyiségű vizet itatunk, akkor már 1—1½ órával a

vízivás után a szeme feszülésének 3—4 Hg. mm-es csökkenését észlelhetjük s e csökkenés 15—16 óráig is eltart. A sok folyadék által okozott keringési zavar valószínűleg a csarnokvíz kiválasztására és elfolyására van hatással, mely hatás következménye a szem belsejében levő nyomás ingadozása.

A szem feszülésének átmeneti, múló természetű csökkenése következik be a szemburkon *áthatoló sérülések* után. Az áthatoló sebzés azonban aránylag igen rövid időn belül zárul, összetapad és a szem feszülése hamarosan rendessé válik. *Zúzódásos sérülések* esetén is szemfeszülés-csökkenés támadhat. Ilyen esetekben a sugártest erős izgalmán kívül, — mely ciliaris belöveltségben és nyomási érzékenységben nyilvánul, — a szivárványhártya bővérűségét és mély csarnokot találunk. Szemgolyó zúzódás esetén a sérülés minden valószínűség szerint vérzésekkel és vizenyős átivódással járó érfalbénulást idéz elő a sugártestben.

A zöldhályogellenes műtétek a szem emelkedett feszülésének alászállitását célozzák. Némelykor a remélt és várt hatáson túlmenően *zöldhályogellenes műtétek eredményeképpen* a szem feszülése tartósan a rendes alá süllyedhet. Ilyen hatást, — igaz, hogy ritka esetben, — főként az Elliot-féle trepanatio után találunk. A zöldhályogellenes műtétek után támadó nagy mértékű szemfeszülés-csökkenés nem tartható kedvezőtlen műtéti eredménynek.

Némely esetben az *utóhályog discissiója után* tapasztaljuk a szem feszülésének csökkenését. Az aránylag kis műtétnek a szem feszülését alászállitó hatása a szem folyadékcseréjének némi megváltozásában találja okát. *Az ideghártya leválásának* egyik tünete a szem feszülésének csökkenése. Ideghártyaleváláskor azonban csak akkor van feszülés-csökkenés, ha a levált ideghártyarész mögött folyadék gyűlt meg, mert más esetben pl. sarcoma chorioideae okozta ideghártyaleváláskor éppen ellenkezőleg a szem feszülésének emelkedését találjuk. A hypotonia bulbi nem oka, hanem következménye az ideghártya leválásának és nem függ sem az ablatio, sem a retinalis lyuk nagyságától.

Ellentétben más testrészek lobjával, a gyulladásos szem puhább lesz, de csak a szem részleges gyulladása esetében van e jelenség; az összes szövetekre kiterjedő gyulladás esetében (panophthalmitis) a szem inkább megkeményszik. Közismert, hogy a *szivárványhártya egyszerű gyulladása* kezdeti feszülés-emelkedés után rendszerint a szem feszülésének csökkenésével jár és ez mint fontos elkülönítő jel szerepel a zöldhályog és a szivárványhártya-gyulladás közötti megkülönböztető kórjelzésben. A szem feszülésének alászállását a Schlemm-csatorna felé irányuló kitünő folyadéklevezetési viszonyok magyarázzák.

Végül *atrophia* és *phthisis bulbi* esetén találjuk a szemgolyó feszülésének megcsökkenését. Súlyos uvea gyulladásokhoz előbb sűrű üvegtesti homályok társulnak, melyek szervülnek; az üvegtest állománya részben felszívódik, helyét kötőszövet foglalja el, majd a szem belsejét kitöltő kötőszövet zsugorodni kezd, mely magához húzza az ideghártyát; közben a lencse is elszürkül és az egész szemgolyó zsugorodásnak indul, rugalmasságát elveszti, megpuhul és az uvea gyulladásának utolsó felvonásaképpen előáll az atrophia bulbi. Phthisis bulbi súlyos sérülések, szembelseji gyulladások (iridocyclitis, metastaticus ophthalmia, ophthalmoblenorrhoea, panophthalmitis stb.) után támad. Mind atrophia, mind phthisis bulbi esetén a szem folyadékcsere- és anyagcsere-zavara, illetőleg a szövetek zsugorodása idézi elő a szem feszülésének csökkenését.

Bartók Imre dr.
szemész-szakorvos.

A Gruber—Widal-féle vizsgáló módszer értékelése a gyakorló orvos szempontjából.

A typhus diagnosisának felállításakor az agglutinatiós vizsgálati eljárás időben és fontosságban a második helyen áll. Legfontosabb és legbiztosabb a kórokozó kitenyésztése a vérből, amely egyszersmind a legkoraibb diagnostikai jele is a betegségnek.

Az agglutinatióval a fajazonos ellenanyagokat vizsgáljuk, amelyet a beteg szervezet a *fertőzés ellen termel.* Arra, hogy ezek az ellenanyagok (agglutininek) annyira elszaporodjanak a vérben, hogy ki is lehessen mutatni őket, rendszerint kb. *7—10 napra van szükség a betegség kezdetétől számítva.* Ebből következik, hogy a betegség első hetében ritkán kapunk positiv Widal-reactiót, vagy csak egész alacsony hígitásban. A betegség ilyen korai szakában tehát a negatív Gr.—Widal vizsgálat nem jelenti azt, hogy nincsen typhusa (v. paratyphusa) a betegnek, de azt sem jelenti, hogy a vizsgálatot rosszul csináltuk. Nem lehet még kimutatni az agglutinineket, mert nincsen annyi belőlük a vérben, hogy azt a mai vizsgáló módszereinkkel meg tudnánk határozni. Előfordulnak azonkívül, ritkán, olyan esetek is, melyekben, bár kétségtelenül typhusszal van dolgunk, a Widal-kémlés a betegség egész ideje alatt negatív, vagy igen későn kezd positivvá válni. E szerint a Widal vizsgálati módszer értékelésekor nem szabad elfelejteni, hogy a negativ Widal nem okvetlen annak a jele, hogy az illetőnek nincsen typhusa. A positivitás erőssége a betegség előrehaladásával általában fokozódni szokott és a betegség vége felé, az 5—6-ik héten vagy a reconvalescentia első idejében éri el a legmagasabb agglutinatiós fokot (amikor az esetek 70—100%-ában positiv.).

Ebből a tapasztalatból következik, hogy a betegség kezdetén, vagy kétes esetekben kapott gyenge, 1:50 vagy 1:100-as hígitás esetén a vizsgálatot egy hét vagy több nap mulva *föltétlenül meg kell ismételni.* Ha tényleg typhusról (vagy paratyphusról) van szó, a második vizsgálatkor föltétlenül magasabb higitásig kapunk positív eredményt (1:200—1:800, vagy még magasabb.).

A Gruber—Widal vizsgálat diagnostikai értelmezésekor néhány szempontra még ezenkívül is figyelemmel kell legyünk, amelyeket ha nem veszünk figyelembe, téves diagnosis felállítására vezethetnek. Itt elsősorban a typhus védőoltást kell megemlíteni, amely a háborúban és a háború után különösen széles körben elterjedt. A typhus védőoltás úgy történik, hogy elölt typhus-paratyphus bacillusokat juttatunk a szervezetbe, ami a vérben agglutinin képződését okozza. Bár általában az így képződött agglutininek mennyisége a 3-ik hónap után már csökkenni kezd, de még 1 év, sőt ritkábban 2 év mulva is találunk a vérben agglutinineket, vagyis positív Widal-reactiót kapunk olyankor, mikor a betegnek nincsen typhusa.

Védőoltottak, valamint typhust régebben kiállottaknak újra positiv lehet a Widal-reactiója valamilyen más, lázas megbetegedéssel összefüggésben, mint például: sepsis, dysenteria, tbc, tüdőgyulladás stb. Ilyen esetekben megtörténhetik, hogy az agglutinatio olyan betegség következtében, amely typhussal semmiféle összefüggésben sincsen, hirtelen positiv lesz, néha egészen magas higításig. Ezek szerint minden esetben, ahol felmerülhet a typhusos fertőzés gyanúja is, *az előzetes megbetegedésekről vagy védőoltásokról pontosan ki kell kérdezni a beteget.* Védőoltottak typhus diagnosisát csak a kórokozónak a vérből és bélsárból történt kitenyésztésével mondhatjuk ki teljes biztonsággal. A vérből kitenyésztés el-

végeztetése semmi nehézséggel nem jár a gyakorlóorvos részére, mert a Widal-vizsgálatra beküldött, sterilen vett *legalább 1 ccm vérből* a laboratorium ezt is el tudja végezni. A savóval elvégzi a Widal-vizsgálatot és a megmaradt vérlepényt felhasználja az epetenyészetre.

Összefoglalás: 1. A typhus diagnosisának a felállításakor fontos a vizsgálat elvégzésének *időpontja*.

2. A betegség elején, a 7—10-ik napig a Widal-vizsgálat többnyire negatív vagy kétes eredményt ad.

3. A betegség kezdetén kapott negatív vagy gyengén positív eredményt 1 hét—10 nap mulva föltétlenül meg kell ismételni.

4. Előfordulnak, ritkán, olyan esetek is, ahol bár két ségtelenül typhusos megbetegedés áll fönn, a betegség egész ideje alatt negatív marad a Widal.

5. Typhus ellen oltottakban, más lázas megbetegedés még évek mulva is kiválthatja a positiv agglutinatiót. Ilyen esetben fontos a kórokozó kitenyésztése a vérből és bélsárból.

6. Vérből történő kitenyésztéshez a laboratorium felhasználja a Widal-ra küldött vér alvadékát, ezért Widal-vizsgálathoz elegendő vért kell küldeni.

Joós Ilona dr.
a Szfőv. Közegészségügyi és Bakteriologiai Intézet osztályvezetője.

Agyvelőgyulladás.

Az *agyvelőgyulladás* (enkephalitis) fogalma alá tartozik az agyvelő bármely helyén, bármilyen ok következtében keletkezett lobos folyamat.

Oka lehet: agyvelőn kivül lezajló megbetegedés okozta toxin, vagy magában az agyállományban támadt bakteriumos ártalom. (A többi, feltételezett ok ezidőszerint még elméleti értékű).

Tünetei: a lobos jellegnek és agyi elhelyezkedésnek felelnek meg. Hőemelkedés, főfájás, bágyadtság, a kedélyi élet zavarai, tudatzavarok, psychomotoros kötöttség, vagy nyugtalanság, emlékezetzavar, hallucinatiók, illusiók, ködös állapotok, delirium; esetleg egy- egy elmekórformát a csalódásig utánzó állapot. A kisérő, *reflex* elváltozások közül legtöbbször a hasi reflexeknek féloldali, vagy teljes eltünését, valamint az Oppenheim tünet keletkezését észleltük. Gyakori azonban a pupillák fényreactiójának lecsökkenése és intensitás különbség a kétoldali triceps, alkari, patella, Achilles reflexek között. A *liquor* cerebrospinalis nyomása emelkedni szokott, chemiailag pedig a heveny esetek liquorának cukortartalma, esetleg globulinjai szaporodnak meg. Idült, késői esetekben az aranysol csapódik ki a jobb oldali csövekben, míg a hevenyek normal reactiót adnk. Az agyvelőgyulladás egyszerű alakjaiban a sejtszám sem szaporodik fel a liquorban, ahol emelkedett, ott valószinű, hogy a folyamat átterjedt a meninxekre is. Szinte szabályszerű, hogy a *vizeletben* positivvé válik az urobilinogen reactio.

A *kórlefolyás* kétséges, de ha életben marad a beteg, hetekre, esetleg néhány hónapra elhúzódó. Az Economo féle lethargiás enkephalitissel szemben az a tapasztalatunk, hogy az utóbbi esztendők agyvelőgyulladásai, kevés kivétellel, defectus nélkül gyógyulnak.

A betegek kezdetben bizonytalan, általános kellemetlen érzésekről — főfájás, lehangoltság, munkakedv hiány — szoktak panaszkodni, temperaturájuk legfeljebb a subfebrilitást éri el. A második, harmadik héten emelkedik a hőgörbe 38—39 C°-ig, az általános állapot fokozatos romlásának kiséretében. Ilyenkor a legválságosabb a kép. A láz ezután lytikusan oldódik, de az alacsonyabb hőemelkedések lezajlásának ideje még mindig heteket vehet igénybe. A szellemi állapot nagyjában parallelismust mutat a hőgörbével, fentebb felsorolt jelenségek formájában; a teljes feltisztulás a láztalanná válás után szokott bekövetkezni. A lezajlásnak így vázolt képe, természetesen, nem vonatkozik kivétel nélkül minden esetre, vannak enyhébb és rohamosabb formában lezajló agyvelőgyulladások is. A recidiva veszélyét gyógyulófélben lévő, sőt tartósan tünetmentesnek látszó megbetegedésben is hangsúlyozni kivánom.

Therapia: Teljes testi és szellemi nyugalom, szükség esetén sedativumokkal biztosítva! (Rendszeres, magasabb adagokkal óvatosság ajánlatos.). A vegetativ működéseket ellenőrizni kell. Főfájás esetén jó szolgálatot tehet a fejhűtő. Az activ beavatkozások közül felemlítjük az intravenásan adott hexamethylentetramint, trypaflavint, saltetramint (Richter). Kezdeti esetekben támogathatjuk a kezelést polysan *(Pápay)* nagyobb adagjaival is. Ugyancsak az első hetek therapiás eszközei közé tartozik a liquor cerebrospinalis időnkénti lebocsájtása, még akkor is, ha a nyomás nem kifejezetten fokozott. Megnyugvó folyamatban viszont az óvatosság ajánlatos, nem feltétlenül indikált cisterna- vagy lumbalpunctióval szemben. Egy hosszabb idő óta stagnáló esetben igen jó eredményt értem el egyszeri tejinjectióval, más alkalommal pedig reménytelennek látszó helyzetben nagy adag polyvalens serum hozott kedvező fordulatot.

A drastikusabb beavatkozásokkal szemben mégis nagy önmérsékletre van szükség, nehogy góctünetek fellobbantásával károsodást okozzunk. A kezelés elve agyvelőgyulladásban általában az óvatosság legyen, mert jóllehet nem hálátlan gyógyítási terület, de erőszakos beavatkozásokra, kisérletezésekre nem való.

Hajós Sándor dr.
idegorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Szennygödörből vett olyan faecalia, amelybe tbc.-bakterium is került tbc.-s egyének véres hányadéka útján, szántóföldre trágyaként elhelyezve, nem veszélyes-e azon egyénekre nézve, akik azon a területen mezei munkát végezve, a földben kézzel túrkálni fognak? Ha a faecalia ősszel kerül a földbe, a téli fagy elegendö-e ahhoz, hogy a tbc.-bakterium virulentiáját és pathogenitását a minimumra csökkentse? Tanácsos-e az ilyetén trágyázást kora tavasszal végezni, közvetlenül a kerti munkák megkezdése előtt?

Felelet: A gümökór bacillusát ugyanúgy, mint a kórokozó bakteriumokat általában, a téli fagy sokkal kevésbbé károsítja, mint a napfény, a beszáradás vagy a rothadás. A felszinesen fekvő gümökórbacillusokat direct napfény néhány óra, a diffus néhány nap alatt elpusztitja; rothadó köpetben, csatornabennékben azonban egyes szerzök még hónapok (6½) multán is virulensnek találták.

Gümökóros köpettel, hányadékkal bőségesen kevert szennygödör-bennék, illetőleg az ilyennel trágyázott szántóföld tehát, akár ősszel, akár tavasszal kerül a trágya a földbe, fertözőképes gümökórbacillusokat tartalmazhat. A frissen trágyázott földben a kórokozók száma természetesen nagyobb, mint a hónapok előtt fertözöttben.

Nyersen fogyasztásra kerülő vetemények (saláta, zöldhagyma, retek stb.) előtt az ilyen trágya alkalmazása semmiképen, tehát más kórokozókra tekintettel sem ajánlható.

Az ilyen földben kézzel turkáló kerti munkások természetesen szintén fertözödhetnek és pedig elsösorban a kezükkel szennyezett táplálék révén.

Oláh Gábor dr.