80. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1936. február 1.

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.

Dicodid

a legerősebb

köhögést

is enyhíti.

A Dicodid köhögéscsillapító és sedativ hatása tekintetében

a codeint messze felülmulja.

10 tabl. 0,005 ered. cs. (P. 1.30)
20 tabl. 0,005 ered. cs. (P. 2.40)
10 tabl. 0,01 ered. cs. (P. 1.80).

2–3szor naponta 0,005–0,01 g-ot.

KNOLL

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.



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.



Uj készitmény

SANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: Orbánc, Sepsis, endocarditis, Furunculosis. Otitis

5×5 ccm . . . . P 4.—

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST

LUTEOANTIN

Terhes serumból izolált hypophysis elülső lebeny gonadotrop-hormon

Metro- és menorrhagia, dysmenorrhoea; kryptorchismus, sexualis zavarok gyógykezelésére.

Ampullák és suppositoriumok.

PARACALS

Vérzés csillapitásra és a calciumhatás fokozására.

Kombinált calcium-parathyreoidea készitmény

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.

80. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1936. február 1.

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:

Herzog Ferenc: A polycythaemia gyógyítása állati fehérjében nagyon szegény étrenddel. (91—93. oldal.)
Keller Kálmán: Néhány mozgásalak jelentősége agyvelőbetegségekben. (93—96. oldal.)
Recht István: Májfunctio és Takata-reactio jelentősége csecsemőkben és gyermekekben. (97—98. oldal.)
Bakács György: A szüzi folyások kezeléséről. (99—100. oldal.)
György Ede: Táplálási eljárások csecsemőkön műtétek után. (100—102. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal.)
Lapszemle: Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (102—104. oldal.)
Könyvismertetés: (104. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (105—107. oldal.)
Vámossy Zoltán Az Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése. (108—110. oldal.)
Vegyes hirek: (110. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A polycythaemia gyógyitása állati fehérjében nagyon szegény étrenddel.

Irta: *Herzog Ferenc dr.*, egyet. nyilv. r. tanár.

A vérképzésnek összefüggése a táplálkozással kétségtelen és ezért érdemesnek látszott a polycythaemia tüneteinek megjavítását megfelelő étrenddel megkisérelni. Bár ismereteink a táplálkozásnak, a különféle tápanyagoknak és a vitaminoknak hatásáról a vörös vérsejtek regeneratiójára, a haemoglobinképzésre még hiányosak, a következő kisérleti és klinikai megfigyelések még is alapul szolgálhattak a vérképzést csökkentő étrend összeállítására, a polycythaemia étrendi gyógyítására.

Ilyenek elsősorban *Whipple, Robscheit-Robbins* és *Hooper* megfigyelései, amelyek szerint kutyáknak kisérleti idült vérvesztéses anaemiájában a különféle táplálékok különbözőképen hatnak a vérnek regeneratiójára. Leghatásosabbnak bizonyult a marhának mája és veséje, de más állati szövetek is hatásosak voltak, sőt némely gyümölcs is fokozta a haemoglobinképzést. Ezen kisérleti anaemiák, bár azokat vérvétellel idézték elő, voltaképen táplálkozási anaemiák, mert a táplálék minőségétől függött a vérszegénység foka. A táplálék minőségének hatása a vérképzésre tehát kimutathatóvá vált akkor, amikor erősen fokozott vérregeneratio vált szükségessé.

Azonban a tápláléknak a vérképzést serkentő ezen anyagai nagyon kevéssé ismertek, annyi viszont kétségtelen, hogy nem azonosak az antiperniciosa-principiummal, mert azok a májkivonatok, amelyek az Addison—Biermer-féle betegségben kitünően beváltak, ezen kisérleti vérvesztéses anaemiákban alig vagy egyáltalában nem hatottak, és mivel ezzel szemben maga a máj azokban hatásosnak bizonyult, kétségtelenné vált, hogy a májban a perniciosára hatásos anyagon kivül még más, a vérképzést fokozó anyag is bennfoglaltatik.

Sokkal jobban ismerjük annak a vérképzésre felette hatásos anyagnak előfordulását a táplálékban, amelynek hiánya anaemia perniciosát okoz. Ezt az antiperniciosa-principiumot megtalálták különféle állatok májában, ezenkivül a vesében, az agyvelőben, a tüdőben, a nyirokcsomókban, a mellékvesekéregben és a gyomorban. De a gyomor-készítmények az antiperniciosa-principiumon kivül valószínűleg azt az ép gyomor által elválasztott intrinsic factort is tartalmazzák, amelynek hatására *Castlenak* ismert, alapvető kisérletei szerint az extrinsic factor átalakul antiperniciosa-principiummá. A vérképzés szempontjából a gyomornak rendes működése, az intrinsic factornak normalis elválasztása esetében természetesen a tápláléknak extrinsic-factor tartalma éppen olyan fontos, mint a táplálékban lévő kész antiperniciosa-principium, hiszen az előbbit a gyomornedv intrinsic factora átalakítja perniciosa ellenes anyaggá. Azonban az extrinsic factornak előfordulása a különféle tápanyagokban kevésbbé ismert, kimutatták azt különféle állati szervekben, de ezekben változó mennyiségben és nem állandóan fordult elő, ellenben a hús, a tojássárgája és a máj rendszerint tartalmazza.

Ez a néhány adat is elegendő annak igazolására, hogy kóros viszonyok között a táplálkozás igen nagy mértékben hathat a vérképzésre. Azonban aránylag kevés az erre vonatkozó megfigyelés az egészséges emberen. Bőséges hús-táplálásra megfigyelték a bélsár stercobilintartalmának nagyobbodását, a vér oxygenkötőképességének fokozódását és a reticulocyták számának növekedését[1]) és ezzel bizonyos fokig összhangban vannak *Willi*[2]) megfigyelései, melyek szerint a nyers növényi étrend folyamán csökken a vér haemoglobintartalma és a vörös vérsejtek száma, az utóbbi azonban később megint rendessé, sőt ennél nagyobbá válik. *Klewitz* és *Habs*[3]) ugyanezen étrend hatására szintén észlelték a vörös vérsejtszámnak és a haemoglobintartalomnak csökkenését, de ezt a vérnek felhigulására vezetik vissza, mivel a vérnek szárazanyagtartalma csökkent. *Rothman, Stern* és *Hoene*[4]) zsírban dús étrend hatására figyelték meg az erythrocyták számának kisebbedését egészséges emberen, kifejezetten egy polycythaemiás betegen is és ezért ezen betegség gyógyítására ezt az étrendet ajánlják. *Denecke*[5]) azt irja, hogy a táplálkozásnak nagyon csekély hatása van a vérképzésre, hogy csak a haemoglobindús ételeknek van kifejezett hatásuk a csontvelőre és hogy a chlorophyllről is felteszik, hogy a vérregeneratiónak ingere.

Az egészséges emberre vonatkozó ezen adatok tehát alig indokolhatták kísérletemet a polycythaemia étrendi gyógyítására, sokkal inkább értékesíthetők voltak e szempontból a kóros viszonyok közt emberen és állatkísérletben az étrend és a vérképzés közt megfigyelt összefüggések, de ezenkívül főképen *Hitzenberger*-nek[6]) közleménye indított arra, hogy a polycythaemia étrendi gyógyításával foglalkozzam. Bár erre vonatkozó kísérletek már régen történtek. A vízfelvétel megszorítása mellett marienbadi kúrát, illetőleg *Schroth*-kúrát ajánlottak, *Ehrlich* vasszegény étrendet ajánlott,[7]) *Senator*[8]) szerint a vegetabilis, a túlnyomóan vegetabilis vagy a lactovegetabilis étrendtől várható eredmény, mely a vasban dús vegetabiliákat se tartalmazza és *Hirschfeld*[7]) is túlnyomóan lactovegetabilis étrendet ajánl, míg mások, mint említettem, a zsírdús étrendtől láttak eredményt.

Hitzenberger[6]) a polyglobuliának okát a gyomor kóros állapotában látja, amely abban nyilvánul meg, hogy a gyomor túlságos nagy mennyiségben választja el a Castle-féle fermentet. Nézete szerint a polyglobulia oki gyógyítása a gyomorresectio és erre vonatkozólag egy *Maller*-rel együtt észlelt polyglobuliás betegére hivatkozik, akin később *Singer* szűkületet okozó ulcus duodeni miatt gyomorresectiót végeztetett és akinek vérképe ezen műtét után rendessé lett, sőt később kissé anaemiássá vált. Másfelől pedig *Hitzenberger* több polyglobuliás betegen naponta órákon keresztül duodenum-sondával kiürítette a gyomornedvet, ami félreismerhetetlen eredményre, a vérképnek javulására vezetett. Ezen utóbbi megfigyelést 2 betegen megerősítették *Baráth* és *Fülöp*,[9]) akik még azt is találták, hogy e polycythaemiás betegek gyomornedve a Singer-féle reticulocyta-reactióban hatásosabb volt, mint az egészséges emberé. Végül *Hitzenberger* a gyomornak a fermentsecretio csökkentésére végzett intensiv röntgenbesugárzásától is eredményt látott két betegen: polyglobuliájuk lényegesen csökkent.

Ezen megfigyelések szerint tehát a gyomornak resectiója, a gyomorműködés csökkentése, illetőleg termékének eltávolítása a polycythaemia javulásához vezetett. De nyilvánvaló, hogy nemcsak ettől, a gyomornedv intrinsic-factorától (esetleg e nedv többféle anyagától is) függ a vérképzés szabályozása. A kezdetben felsorolt kísérleti adatok és klinikai megfigyelések alapján egészen kétségtelen, hogy a táplálékunk azon anyagon kívül, amely az ép gyomornedv hatására vérképző anyaggá alakul át, tartalmaz még más anyagokat is, amelyek a vérképzést előmozdítják. Ezen az alapon valószínű volt, hogy a vérképzésnek szabályozása étrenddel is sikerülhet, ha talán nem is az egészséges emberen, akinek vérképzést szabályozó berendezése tökéletesen működik, hanem esetleg betegeken, akikben ez a szabályozás hiányossá vált. Igy lehetségesnek látszott, hogy polycythaemiában a csontvelő a táplálékban már készen meglévő, illetőleg az abból a gyomor fermentje hatására keletkező, vérképzést serkentő anyagokkal szemben túlságosan érzékeny és ez a valószínüleg alkati sajátság lehetne e betegség alapja. Azért gondolhatjuk alkatinak ezt a sajátságot, mert a polycythaemia pathogenesisében az öröklés szerepe kétségtelennek látszik. Erre utal az, hogy férfiakon gyakrabban látjuk ezt a betegséget és hogy familiarisan is előfordul (a *v. Mentzingen*[10] közölte családban dominansan öröklődött). A gyomor fokozott fermenttermelésén kívül, mely fokozott antiperniciosa-anyagképződéshez vezet, tehát a csontvelő nagyobb érzékenysége a táplálék ingereivel szemben is szerepelhet a polycythaemia keletkezésében, s ezért mindkét körülményre tekintettel voltam az étrend összeállításakor.

Nagy gyomorműtétnél, röntgenbesugárzásnál, állandó gyomorsondánál mindenesetre sokkal egyszerűbb, kíméletesebb és hosszú időn keresztül is könnyen alkalmazható eljárás a polycythaemiának étrendi gyógyítása. Az étrendnek olyannak kell lennie, hogy a beteg táplálékában minél kevesebb legyen azokból az anyagokból, amelyek közvetlenül vagy pedig közvetve, a gyomorban létrejövő átalakulásuk után fokozzák a vérképzést. Ilyen anyagok az antiperniciosa-principium és az extrinsic-factor, de ezenkívül így hatnak más anyagok is, melyeket közelebbről nem ismerünk. Az elsőről tudjuk, hogy a legtöbb állati szövet tartalmazza, a másodikról rendszerint kimutatható a húsban, a májban és a tojássárgában, de a kezdetben említett kísérleti anaemiák tanusága szerint még más anyagok is serkentik a vérképzést, amelyek szintén főképen állati szövetekben foglaltatnak.

Tehát mindezen anyagokat az állati fehérjében dús élelmiszereink tartalmazzák és ezért betegeimet állati fehérjében lehetőleg szegény étrenden tartottam. A főzéshez disznózsíron kívül néha vaj is használtatott és ezenkívül állati fehérjét kaptak a betegek friss vajban, továbbá néha húsrészeket nem tartalmazó szalonnában is, azonban tojásból és tejből nagyon keveset, csak annyit, amennyi némely tészta elkészítéséhez volt szükséges. *A táplálék állati fehérjetartalma naponta átlag 0.7 g volt.* Betegeim haematologiai vizsgálatát *Kleiner György* dr. végezte, aki a vérképek részleteiről és ezeknek változásáról a gyógyítás folyamán maga fog beszámolni. Eseteimet, amelyekben a betegek az étrenden kívül semmiféle más gyógyításban nem részesültek, a következőkben ismertetem, de csakis a normalistól eltéréseket fogom közölni. Megjegyzem, hogy azok a betegek, akiken csekély cardialis pangás volt észlelhető, vagy akiken ez szóba kerülhetett, előbb több napig digitalist szedtek az esetleges pangásos polyglobulia megszüntetése végett, majd újabb vérkép készült és csak ezután részesültek az étrendi gyógyításban. Megemlítem még, hogy az étrendi kezelés előtt a betegek nem végeztek olyan kúrát, amelynek lassan kifejlődő hatása még az étrendi gyógyítás idejében is érvényesülhetett volna.

1. O. E. 40 éves nő. 3 éve szédül, sokszor fáj a feje, ajkai és ujjai gyakran elzsibbadnak. Arca, keze, lába sötét vörös. A máj egy harántujjal, a lép másfél harántujjal haladja meg a bordaívet. A vérnyomás 205/125 Hg. mm. R. R. A bal szemen a papilla nasalis oldalán kis vérzés. *A vörös vérsejtek száma 10.3 millió, a haemoglobin 145%.* Étrendre az első hét végén 7.5 m, és 120%, a második hét végén 6.1 m. és 100%, a hatodik hét végén 5.88 m. 118% és ezután ezen értékek 6 millió és 120% körül ingadoztak és az étrend megkezdése után 11 héttel *a vörösvérsejtszám 5.63 millió, a haemoglobin* 104% volt. Közben, amikor a vörösvérsejtszám 6 millió körül állandósult a beteg *egy hétig naponta 30 gm. állati fehérjét kapott borjúhúsban, amire a vörösvérsejszám 6.15 m.-ről 7.36 m-ra növekedett, de az előző étrendre egy hét múlva megint 6.3 millióra csökkent.* A beteg panaszai teljesen elmúltak, bőrének színe is lényegesen javult, de a vérnyomás, a lép és a máj számottevő fokban nem változott.

2. K. L., 55 éves férfi. 6 év óta arca kékes-vörös, feje fáj és szédül. Egy év előtt Röntgenbesugárzásra a vvs.-szám állítólag 11 millióról 6-ra csökkent és panaszai 3 hónapra megszüntek, de ezután újból előállitak. Jelenleg a beteg fáradt, aluszékony, feje fáj, és szédül. Arca kékes-vörös, a máj 2 harántujjal, a lép 3 harántujjal haladja meg a bordaívet. A vizeletben 0.4% fehérje, üledékében sok vörösvérsejt. A vérnyomás 220/90. *7.67 m. vvs., 130% hb.* Étrendre az első hét végén 6.57 m. és 125%, a második hét végén 5.9 m, és 115%, ezután lassú további csökkenéssel az ötödik hét végén *5.49 m, vvs. és 112% hb.* A beteg panaszai teljesen elmúltak, bőre halványabb lett, vérnyomása 140/75-re, vizeletének fehérje tartalma pedig háromnegyed ezrelékre csökkent.

3. K. S., 48 éves férfi. Panaszai: szédülés, nyomás és lüktetés a fejben, égés arcában és rossz közérzet. Arca piros, 5 év előtt állítólag 7 millió volt a vvs-ek száma, a fél év előtt

végzett utolsó érvágás után javulást nem érzett. Egy év óta vérnyomása nagyobb. Jelenleg *10.45 m. vvs. és 133% hb*, Étrendre a második hét végén 6.04 m. vvs., 118%., az ötödik és kilencedik hét végén *5,44 m. vvs. és 98%, illetőleg 5.12 m, vvs, és 110%*. Panaszai már a második hét végén lényegesen javultak, majd egészen elmúltak. A 200/100 körül levő vérnyomás nem változott.

4. B. A., 47 éves asszony, 10 év óta bőre főleg arcán, kezén pirosabb, sokszor van fejfájása, szédülése, szívdobogása, kezében és ajkában zsibbadása, kezeiben hőségérzése. 7 év előtt másfél évig lépkivonattal kezelték eredmény nélkül, 2 év előtt a csontok besugárzására elmondása szerint ideiglenesen 5 millióra csökkentek a vvs.-ek, fél év előtt és legutóbb a klinikai felvétel előtt a gyomornedvnek leszívása nem járt eredménnyel. A lép 1 harántujjal a bordaív alatt tapintható, *9.1 m. vvs., 130% hb*. Étrendre az első hét végén 7,06 m, és 128% hb., a következő hetek végén 7.19, 8.3, 8.14 m. vvs. (ennek a szaporodásnak okát kimutatni nem tudtuk, talán az étrend meg nem tartása), az ötödik és kilencedik hét végén *6,14 m, vvs. és 132% hb. illetőleg 5,44 m, vvs. és 1,02% hb*. A vizeletben eleinte 0,2%, később 0,05% fehérje. A vérnyomás az étrendi kezelés előtt 190/120., végén 175/125 volt. A beteg panaszai egészen megszüntek, bőre is halványabb lett.

5. *K. E., 70 éves férfi*. Egy év óta munkadyspnoë, nyktúria, szédülés és rossz közérzet ¾ év előtt 7.8 m, vvs,, 103% hb, (*Dr. Biedermann* főorvos közlése). Ekkor állapota a csontok besugárzására javult, de a fél év előtt végzett újabb besugárzásra már nem érzett javulást. Szíve balra 1 cm-rel nagyobb, a vérnyomás 180/85, a tömött májszél jól tapintható, a lép 3 harántujjal haladja meg a bordaívet, a vizeletben 0.1% fehérje. 9.1 m. vvs. és 125% hb. Hat napi digitalis-szedés után a nehézlégzés megszünt. Ekkor *9,62 m, vvs, és 128% hb*. Étrendre az első hét végén 7.35 m, vvs. és 118% hb., a második és harmadik hét végén 6,5 m, és 120%, illetőleg 5,68 m, és 125%, a negyedik hét végén pedig *5,33 m, vvs, és 120% hb*. A beteg panaszai egészen megszüntek, lépe kisebb lett, de vérnyomása, albuminuriája nem változott.

6. *B. A. 53 éves férfi*. Süketnéma és panaszokat nem okozó *akromegaliája* van. Bőre, nyálkahártyái pirosabbak, *8,23 m, vvs., 145% hb*. Étrendre a hetenként végzett haematologiai vizsgálat szerint e számok a következőképen változtak: 5.99 m. és 118%. 5.56 m. és 110%. 5.12 m. és 125%. a negyedik hét végén pedig *5.08 m. vvs. és 115% hb*.

7. *K. J., 39 éves férfi. Status post enkephalitidem* (hadaró beszéd, nystagmus, az alsó végtagokon csekély rigor, insuff, converg, o. d.). Fejfájást, fáradtságot, aluszékonyságot, rossz közérzetet panaszol. Arca kékes-vörös, nyálkahártyák bövérüek. Másfél év előtt 7.1 m. vvs,et és 137% hb-t találtunk. Most *7.56 m. vs. és 148% hb*. Étrendre az első hét végén 5.66 m. és 125%, a következő hét végén 5.74 m. vvs. és 115% hb., a harmadik hét végén *5.27 m. vvs. és 108% hb*. Panaszai lényegesen javultak, közérzete sokkal jobb.

Végül megemlítem még, hogy a vérsavó fehérjetartalma egyik esetben sem változott számottevő módon az étrendi gyógyítás folyamán.*)

Polycythaemiás betegeim kórképe tehát egy esetben a Gaisböck-féle alaknak, négy esetben inkább a Vaquez-féle typusnak felelt meg, de ezekben az esetekben is az arteriás nyomás nagyobb volt, egy esetben talán akromegaliával függhetett össze a polyglobulia, egyben pedig esetleg az enkephalitis következményeként fejlődött ki. A kórképeknek és esetleg aetiologiájuknak is különböző volta ellenére az étrendi gyógyítás mind a hét esetemben hatásos volt, a vörösvérsejtek száma már egy hét mulva lényegesen csökkent és a következő hetekben még kisebb lett. A vér haemoglobintartalma többnyire csak később és kisebb fokban csökkent. *A több hétig tartó étrendi kezelés eredménye az volt, hogy a vörösvérsejtek száma 10.3, 7.67, 10.45, 9.62, 8.23, 7.56 millióról a rendes vagy ehhez közelálló számra, 5.08—5.63 millióra, a legrégebben, 10 éve beteg asszonyon is 2 hónap alatt 9.1 millióról 5.44 millióra csökkent. A betegek panaszai már az első héten javultak, majd egészen elmultak. Ellenben a lép csak egy esetben lett kisebb és a nagyobb vérnyomás is csak két esetben csökkent, három esetben nem változott. A betegek testsúlya úgyszólván változatlan maradt, néha valamivel kisebb, máskor kissé nagyobb lett, de az erőbeli állapot minden esetben javult.*

Tekintve, hogy a polycythaemia gyógyítására használatos eljárásoknak egy része kevéssé megbizható (érvágás, oxygenbelégzés, léptherapia stb.), más részük pedig határozottan kockázattal jár és mégsem mindig eredményes (röntgen-besugárzás, benzol, phenylhydrazin), melegen kell ajánlanom e betegség kezelését az állati fehérjében nagyon szegény étrenddel, mert ez minden esetemben hatásosnak bizonyult és mert hosszú időn keresztül is minden kellemetlenség nélkül alkalmazható. Ez étrendhez közelálló diétákat más gyógyító eljárások támogatására ugyan már régen ajánlottak, így a vegetabilis étrendet, de ez állati zsírt sem tartalmaz, vagy a túlnyomóan vegetabilis vagy lactovegetabilis étrendet. Azonban nem találtam adatot arra, hogy ezeket az étrendeket egymagukban is alkalmazták-e? Végül még egy, nézetem szerint fontos körülmény miatt kell előnyben részesíteni a polycythaemia gyógyítását az állati fehérjében nagyon szegény étrenddel: *ez az étrend a csontvelő kimélésével, a vérképzés ingereinek csökkentésével javítja meg a betegséget, míg a röntgensugarak, a benzol és a phenylhydrazin a csontvelő mérgezése, pusztitása által csökkenti előre ki nem számitható fokban a vörösvérsejtképzést, az ismételt vérvétel pedig a regeneratio fokozódására is vezethet.*

Irodalom: 1. *K. Singer:* Physiologie und Pathologie des Antiperniciosaprincips. Erg. d. inn. Med. u. K. 47. 1934. — 2. *H. Willi:* Vegetabile Rohkost und animalische Kost im Selbstversuch, D. A. f. kl. Med. 168. 1930. — 3. *F. Klewitz u. H. Habs:* Die Rohkost, ref. Z. f. inn. M. 67. 1932. — 4. *Rothman, Stern, Hoene:* Der Einfluss von Fett Überernährung auf das rote Blutbild. Ein Vorschlag zur Diätbehandlung von Polyzythaemie. Z. f. kf. M. 123. 1933. — 5. *Hirschfeld—Hittmair:* Handbuch der allgem. Haematologie. I. 2. 1932. — 6. *K. Hitzenberger:* Die Rolle des Magens in der Blutbildung, Klin. W. 1934. — 7. *Schittenhelm:* Hb. d. Krankh. d. Blutes, II, — 8. *H. Senator:* Über Polyzythaemie. Intern. Congr, Budapest. 1909. Polycythaemie und Plethora, 1911. — 9. *E. Baráth u. J. Fülöp:* Über den pathogenetischen Zusammenhang von perniciöser Anaemie und Polycythaemia rubra. Klin. W. 1935. — 10. *v. Verschuer:* Erbpathologie. 1934.

*) *Dr. Biedermann János* izr. kórházi főorvos úr szivessége folytán közölhetem, hogy egy osztályán fekvő *polycythaemiás 54 éves férfin*, akinek fejfájása, szédülése, nagyobb lépe, 190/110-es vérnyomása, bal lábán erythromelalgia-szerű tüneteket okozó keringészavara és *6.8 m. vvs.je. 120% hb.-ja* volt, az ajánlatomra adott állati fehérjében szegény étrendre négy hét alatt minden tünet lényegesen megjavult, a lép is kisebb lett és a vérnyomás 120/80-ra, a vvs. *5.1 m.-ra. a hb. 100%-ra csökkent.*

A m. kir. Posta Betegbiztositó Intézetének közleménye (Főorvos: Mutschenbacher Tivadar c. rk. tanár). Idegrendelés vezető: Keller Kálmán.

Néhány mozgásalak jelentősége agyvelőbetegségekben.*)

Irta: *Keller Kálmán dr.*, közkórházi főorvos.

Ép egyénen rendes viszonyok között gyakran látunk oly időszakosan jelentkező mozgásfajtákat, melyeknek eredete a phylogenesis homályos multjában van. Egyik ilyen minden nap megfigyelhető mozgáscomplexus az úgyszólván minden egyénen szabályosan mutatkozó ásítás, a másik pedig az a szintén physiologiás hyperkinesis, amely a csecsemőélet korai időszakára nyomja reá a maga sajátos

*) Előadta a Budapesti kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának az 1935. évi január hó 18-án tartott szakülésén.

bélyegét. Ha ez a két mozgásalak kóros viszonyok között a kórtünetek közé keveredik, úgy szokatlanságuknál fogva könnyen megzavarhatja a szemlélőt és téves következtetésre adhat alkalmat. Egyik ismertetendő esetünkben hemiplegiás egyénen nyilvánult meg az ásítási mozgáscomplexus különös körülmények között, a másik esetben az említett csecsemőkori hyperkinesis a maga physiologiás alakjában a korai gyermekkornak abba a későbbi időszakába tolódott át, amelyben az rendes viszonyok között már régen eltünt. Az eltolódást ez esetben agykamradaganat fejlődése idézte elő.

I Ásitási együttmozgás hemiplegiában.

Hogy az ásítás, mely élettanilag a száj- és garatgyürű izomzatának tonusos összehuzódásával indul meg, a legtöbb egyénen még a törzs és a végtagok izomzatának különös nyujtózkodásszerű tonusos összehúzódásával is jár, az ismeretes. Az itt közlendő esetben az ásitási együttmozgások oly különös körülmények között mutatkoztak, hogy észlelésükből magának a hemiplegiás kórfolyamatnak mechanismusára is némi következtetést vonhattunk. A kórtörténet a következő:

I. M. 31 éves nön 1934, IV, 28-án apoplexia után jobb oldali hemiplegia keletkezett motoros aphasiával, mely utóbbi a 3. hét végén visszafejlödött. A betegség 4. hónapjában teljes a végtagok bénulása, a jobb kar könyökben, de főleg csuklóban maximalis hajlítási contracturában van, az ökölbe szorított és a tenyérbe mélyedt kézujjak erőmüvi úton is alig nyujthatók ki. A jobb láb feszítői helyzetben rögzített (Mann Wernicke-féle praedilectios tartás). A Meier-féle „alapperctünet" jobb oldalt nem váltható ki, az in- és periostreflexek igen fokozottak, a bal oldaliak is a szokásosnál élénkebbek. A jobb oldali hasreflexek hiányoznak, a kóros reflexek *(Babinski, Mendel-Bechterew, Oppenheim* stb.) typusosan kiválthatók, a sensibilitás ép.

A liquor fehérje tartalma 0.3‰, a sejtek száma 1 mm^3-ben 2; a globulin-, haemolysin- és Wa-reactió negativ. Aranysolgörbe az ép viszonyoknak megfelelő. A vér Wa-reactiója ismételten negativ.

A szív tompulata nem nagyobb, a szivcsúcs első hangja inkább dobbanó, az üteres vérnyomás 110/70 Hg mm.

A hemiplegiát, mint látjuk, egyrészt a belső tok, másrészt ennek szomszédságában levő góc idézte elő, kiváltó okul a mitralis szájadék szükülete folytán keletkezett embolia jöhetett szóba.

Itt írjuk le azokat a sajátszerű együttmozgásokat, melyek ásítás közben a bénult oldalon jelentkeztek. A beteg maga is előadta, hogy amióta jobb testfele megbénult, naponta sokszor, gyakran akár 30—40 izben erős és ellenállhatatlan ásítozás fogja el. Az ásítások alatt voltaképpeni álmossági érzése nincsen, az ásítással egyidejűleg a jobb oldali bénult felső és alsó végtagja teljesen kinyújtózik. Az ásítás alatti mozgásjelenségeket magunk is több izben észleltük. *Feltünő volt az, hogy az ép baloldali testfélen az ásítással velejáró nyújtózkodás nem volt látható. A bénult jobboldalon az ásítási nyújtózkodás alatt a maximalis hajlítási contracturában levő kézujjak szinte a túlfeszítettség helyzetébe jutottak. Különösen meglepő volt az a játszi könnyedség, mellyel a kézfeszítő izmok összehúzódásuk közben antagonistáiknak contracturáját legyőzték.*

A jelenségek okát keresve arra kellett gondolnunk, hogy az ásítással járó nyújtózkodást extrapyramisos ingerületek hozták létre, amint erre már mások is figyelmeztettek (*Oppenheim, Insabato* stb.). Igy *Insabato*[1]) azt állítja, hogy az ásitás és nyújtózkodás oka a psychomotoros inactivitás, ez fokozza az extrapyramisos tonust, amely azután más motoros reactión kivül ásítást és nyújtózkodást is kiválthat, illetve közvetíthet. Esetünkben azonos kórélettani viszonyokról lehet szó, mint *Insabato* esetében, mi azonban még oly jelenségeket is tapasztaltunk, melyek kórélettani szempontból további következtetésekre jogosítanak fel. Említettük ugyanis, hogy a hemiplegiás oldalon állandósult hajlítási contractura, mely passive alig volt legyőzhető, az ásítás alatt az agonista feszítők hatására játszi könnyedséggel alábbhagyott. Akinek alkalma volt látni az ásítás alatti momentan ellazulását e contracturának, nem zárkózhatott el ama felfogás elől, hogy itt nem az agonisták összehúzódása győzte le az antagonisták contracturáját, hanem ez utóbbiak ellazulása tette lehetővé az agonisták összehúzódását.

Az egyszerűnek látszó ásítási együttmozgásban tehát oly határozott mozgásszerkezet megvalósulásáról van szó, mely a természetes viszonyok között létrejövő izomösszehúzódások mása, azaz az agonista és antagonista izmok egyidejű reciprok beidegzése adja meg a mozgás jellegét.

Élettani ismereteink szerint a reciprok beidegzés a nagy agyvelő kéregmozgató területén jön létre. Állatkisérletekben *H. E. Hering* és *Sherrington* úgy találták, hogy a mozgató központok ingerlésére nemcsak az izgatott izmok összehúzódása, hanem az antagonisták ellazulása is bekövetkezett. Az antagonisták ellazulása előbb történt, mint az ingerelt izmok összehúzódása[2]). E kísérletek értelmében a reciprok beidegzés agykéregi származású, mi pedig azt találtuk, hogy az ásitási synkinesiák typusa azonos a reciprokbeidegzés útján létrejövő izommozgásokkal. Esetünkben a kóros oldalnak megfelelő mozgató kéreg ki volt iktatva, az ásítási együttmozgás tehát nyilvánvalóan extrapyramisos eredésű volt. Az a tény azonban, hogy itt extrapyramisos mechanismus útján a reciprok beidegzésnek megfelelő mozgásalak keletkezett, arra utal, hogy a reciprok beidegzésben, melyet pedig a fent vázolt állatkisérletekben a mozgató kéreg izgatása útján hoztak létre, nagyobb szerepe van az extrapiramisos rendszernek, mint ahogy azt várnók. S ez érthető is, ha meggondoljuk, hogy a mozgató kéreg elektromos ingerlésekor a mélybeható áramszálak az extrapyramisos rendszer képződményeit is izgalomba hozhatták. Az ellentmondás tehát az állatkisérletek és a mi megfigyelésünk között csak látszólagos.

Az ásítási együttmozgások magyarázatában nem hanyagolható el az az analogia sem, mely az együttmozgások és az ú. n. tonusreflexek között mutatkozik. Tonusreflexek proprioceptiv ingerek hatására keletkeznek, igy a nyaki reflex pld. oly módon, hogy a fej oldalra fordításakor a nyakizmokban támadó tonusváltozás kellő reflexkészültség esetében a felvégtag feszítőinek összehúzódását váltja ki. Valószinűnek látszik, hogy a szájgyürűn helyet foglaló és az ásítás mozgásfolyamatát megindító izmok tonusos összehúzódásai ép úgy váltanak ki távoli reflexeket, mint a voltaképeni nyaki izmokéi.

Az egyszerű ásítást kisérő együttmozgás, a mondottak szerint a hemiplegiás contracturának az ellentétét valósítja meg, a mechanizmust — ha rövid időre is — mintegy megfordítja.

Már említettük, hogy az ásítással járó együttmozgás esetünkben az ép oldalon teljesen hiányzott. Ennek csak az lehetett az oka, hogy a végtagfeszítő, nyújtózkodó mozgások rendes viszonyok között nem obligát összetevői az ásítás mozgásfolyamatának. Kutattam tehát, hogy ásítás alatt mely izmoknak összehúzódásai reflexesek, illetve instinctusból eredők és melyek járulékosak. A reflexes és ösztönös mozgások ugyanis még az akarat befolyása alatt sem nyomhatók el és igy obligát módon kell jelentkezniök. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ásítás obligát izomösszehúzódásai közé csakis az oralis tájék izomgyürűjének, azaz a szájpad- és a nyelvizmokban, meg a garatizmokban

támadó tonusos összehúzódások tartoznak. Nincs oly ásító egyén, akin ez összehúzódások hiányozhatnának, mert hisz éppen ezek az ásítás lényeges alapmozgásai.* Sok egyénen hiányzik azonban az ásítás alatt a végtagok nyújtózkodó mozgása, a „sich strecken und recken". Ebből az következik, hogy a végtagok feszítőinek vagy akár hajlítóinak összehúzódásai csak járulékos mozgásai az ásításnak. Valószínű — véleményem szerint ,— hogy civilisatiós, illetve culturalis, a társadalmi élet külsőségeit is szabályozó befolyások idők folyamán lekoptatták a jobb társadalmi körökben a nyújtózkodási összehúzódásokat és e társadalmi körök egyénein az ásításból nem maradt meg más, mint az oralis izomgyürű tonusos időszakos összehúzódása. Még ezeket is a szájra helyezett tenyér fedő mozdulatával szokták leplezni. Esetünkben érdekesen mutatkozik, hogy az ép pyramispályával rendelkező félteke a járulékos ásítási mozgások elnyomására szükséges gátlásokat a kellő mennyiségben szolgáltatta s itt hiányzott is minden mozgásjelenség, míg a kóros oldalon gátolatlanul támadtak intenziv együttmozgások.

II. Csecsemőkori „élettani" hyperkinesis időbeli eltolódása agykamradaganat következtében.

Élettani mozgásjelenség, mint kórtünet, ellentmondásnak látszik, ismertetendő esetünkben mégis a mozgászavarnak élettani jellegén van a hangsúly. Az eset a következő:

A 21 hónapos fiúgyermek (K. K.) 1926 július hó 26-án vétetett fel a m. kir. Állami Gyermekmenhely sebészeti osztályára *(főorvos: Makai Endre dr)*. Tizenöt hónapos korában „tüdőgyulladáson" esett át, melynek lezajlása után 2—3 hét mulva fejre esett, gutaütésszerű tünetek közben jobb felső végtagja megbénult. A lezuhanás után nőni kezdett a gyermek koponyája, szellemi fejlödésében visszamaradt, később bal alsó végtagja meg is gyengült.

A közepes fejlettségü fiú csontrendszere angolkóros. A koponya térfogata hydrocephalus folytán erösen megnagyobbodott, a nagy kutacs feszesen előboltosult, 4x4 ujjnyira tapintható. A felső ajkon a fandomban, a combok belső felszinén erősebben fejlett lanugoszerü szörözet van. Nemi szervek rendesen fejlettek. Máj és lép nem tapintható. A szív és tüdők jól müködnek. A gyermek nem beszél, korához képest csökkent értelmü, de nem teljesen visszamaradott. Székelési és vizelési szükségletét nem jelzi, ezeket maga alá bocsátja. A koponya Röntgen felvételén a sella körvonalai alig láthatók, teljesen ellaposodtak.

Lumbalpunctióra (VII. 31.): 30 cm³ liquor ürül, melynek helyébe levegő nyomatott. A liquorban Pándy-, Nonne-, Appelt-reactiók positivak, Waltner-reactio negativ. Cukortartalom 0.04%.

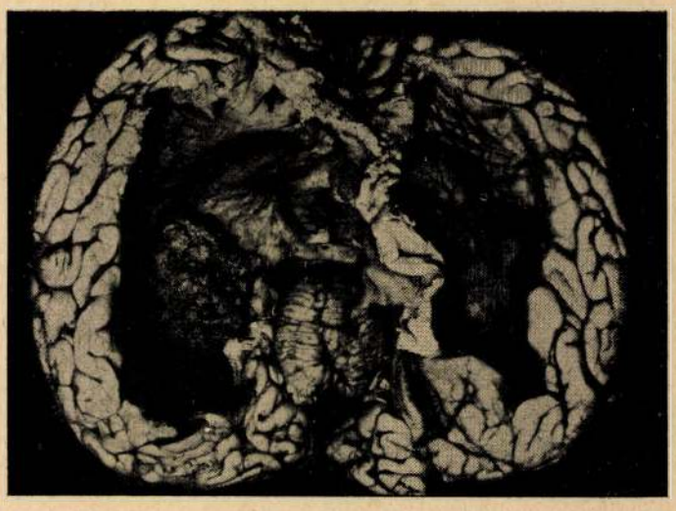
Ventriculographia (VIII. 3.): A nagy kutacson át történt punctio útján 85 cm³ liquor szivatott ki, helyébe levegöbefuvás. *A jobb oldali koponyafél levegövel van csaknem teljesen kitöltve, a bal oldali oldalgyomornak megfelelően telődés nem látható.* Hőemelkedés nincs. Különösen feltünő az állcsúcs-fejtetőtávolságnak a befuvás után történt megkisebbedése (30—26 cm.).

Idegrendszer: Agyidegek, szemmozgások rendben vannak. A jobb oldali felsővégtag könyökben kissé hajlított tartásban a törzshöz szorul, a gyermek ugyan használja, de jóval kevésbbé, mint a balt. Passiv mozgatásra a jobb oldali bicepsizomban fokozódó hypertonia támad, a bal felvégtagon ellenben hypotonia érezhető, rajta néhány choreiform mozgás látható, e mozgások azonban csekély kitérésüek, közöttük hosszabb szünet van. A gyermek járni nem tud, csak ül. A mély reflexek közül a radius csonthártyareflexe a jobb oldalon nem volt kiváltható, a térd- és Achilles inreflexek megvoltak, a Babinski tünet, valamint más kóros reflex az alsó végtagokon hiányzott. Értelmiségi vizsgálatnak a gyermek hozzá nem férhető; jó hangulatát enyhe mosollyal és a mindjárt leirandó mozgásokkal jelzi.

A bal oldali enyhe choreiform mozgászavar is megerösítette a kórjelzést. A kórkép végső okát a nagyfokú hydrocephalusban és a ventriculographiás lelet szerint a bal agygyomorban nött, vagy ez utóbbit kivülről összenyomó daganatban kellett keresnünk

Mütét: A nagyfokú hydrocephalus internus miatt VIII. 12-én aethernarcosisban *Makai Endre* főorvos a bal oldali orbita hátsó felszínét feltárva, azon kb. babnyi nyilást vés ki a csontból, melyen keresztül az oldalgyomrocsot megpungálja, belőle tiszta liquort húz ki, a nyiláson keresztül bordázott 0.005 mm. vastag aluminiumfoliával bevont tüt vezet be az oldalgyomrocsba. A folia csövecskét lerögzítve a liquor nagy nyomással ürül ki, a csövecske hossza 3—4 cm, melyet az orbita zsírszövetébe ágyaz be. A sebet csomós varratokkal zárja. Három nap mulva exitus.

A boncolás lelete: A koponya csontok elvékonyodottak, a nagy kutacs finoman besüppedt. A koponyaüreg megnyitására kb. 80 cm³ tiszta átlátszó, kissé vöröses árnyalatú savó ürül. Az agy tekervényei lelapultak Az agy vérszegény, az oldalsó gyomrok ad maximum tágultak, kevés vörhenyes savót tartalmaznak. *A bal oldali agygyomor hátulsó részében szabadon kiemelkedő, lúdtojás nagyságú boholyszerü, szemcsés, szürkés-fehér daganat van, papilloma cerebri, amely a plexus chorioideusból indul ki, igen szakadékony, vizben lebeg.* Ependymitis granulosa. Hypostatis pulmonum. (l. ábrát),



a = papillocarcinoma.

Szövettani lelet: (Makai Endre): Kifejezett papillaris burjánzás. Faszerüen elágozódó, meglehetősen vékony kötőszöveti kötegeken palizádszerü köb- v. hengerhám ül, a sejteknek magvai általában ovalisak, helyenkint csekélyebb chromatintartalmuak, szinte hólyagosak. A kötőszövet igen tágult hajszálereket visz, amelyek azonban a másodlagos elágazásokba nem igen jutnak be.

Az általában egy rétegü hámboríték egyes helyeken és pedig multicentricusan több rétegüvé válik, a két-három és sok rétegben elhelyezkedő hámelemek között többé kötőszövetes elemek már nem fedezhetők fel.

Kórisme: Papillocarcinoma plexus chorioidei ventriculi latoralis sin. cerebri, psammomatosis. Hydrocephalus internus.

Említettük, hogy a gyermeken e choreiform mozgásokon kivül még egy másik sajátságos mozgásjelenség is mutatkozott. *Megszólításra ugyanis csecsemő módjára kezdett végtagjaival kapálódzni, karjaival nagy kiterjedésü, erőteljes mozgásokat végzett gyors egymásutánban, majd motollaszerüen csapkodott velük. A mozgások a csalódásig hasonlítottak a csecsemőknek mozgásaihoz, melylyel azok az élet első hónapjaiban külső ingerekre reagálnak.* Szinte megdöbbentően hatott a szemlélőre az az ellentét, mely a gyermek szomorú állapota és mozgásainak jel-

*) Az ásítás közben összehúzódó izmok, ha a halló szervhez elég közel vannak, kellő csendben mély, alacsony rezgésszámú hangot adnak, amit kis gyakorlattal, illetve reáirányitott figyelemmel bárki is meghallhat. A hangintenzitás fokából tapasztalataim szerint még az egyes izmok távolsága a hallószervtől is megitélhető; igy pd. a rágóizmok tonusos összehúzódása — ásításkor ezek nem szerepelnek — félig nyitott száj esetében gyengébb hangot ad, mint az ásítás alatt összehúzódó más, de a fülhöz közelebbi izmoké, a hangmélység azonban mindkét esetben ugyanaz.

lege között volt, mozgásai mintegy a megszólításra támadó örömteljes hangulatot látszottak kifejezni. A mozgásjelenség rövid ideig tartott, a megszólítás okozta affectus lezajlása után megszünt, újólagos affectusbehatásra azonban többször egymás után volt előidézhető. Choreával, athetosissal vagy myocloniával összetéveszthető nem volt. Akinek már volt alkalma egészséges csecsemőkön megfigyelni az élet első hónapjaiban jelentkező élettani hyperkinesist, az a jelen esetben észlelt mozgásalakot is nehézség nélkül azonosíthatta evvel az élettani hyperkinesissel. Gyermekorvosok jól ismerik ezt, *Faludi Géza* Szent István-kórházi főorvos szóbeli közlése szerint vidor, egészséges csecsemőkön az élet első hónapjai után lassan megszűnik; beteges, legyengült csecesmőkön intensitása sokkal csekélyebb. A magyar nyelvben a rugkapálódzás szó fejezi ki pompásan a német „strampeln" szó jelentését. Maguk a mozgások primitiv motoros ingerek hatására támadnak és nem nyugtalanságnak jelei *(Lederer, Ederer, Homburger*[3]*)*. Néhány hónap után a figyelőképesség és az intelligentia fejlődésével az eddig cél nélküli mozgások átalakulnak akaratlagossá és céltudatossá.

Esetünkben a csecsemőkor korai élettani hyperkinesise abba az életkorba tolódott át (21 hónap), amelyben az rendes viszonyok között soha elő nem fordul. Kóros esetekben is nagy ritkaság, hogy ily viszonylag késő korban a kórtünetek közé ékelődjék be ez az élettani mozgásalak, az irodalomban erre adatokat nem is találunk. Ennek az oka valószinűen az, hogy a szokatlan időben, későbbi életkorban és talán csökevényesen jelentkező élettani hyperkinesis éppen szokatlanságánál fogva a gyakrabban előforduló kóros mozgásalakokkal azonosíttatik és mint choreás, athetosisos vagy myocloniás mozgásalak könyveltetik el. Keletkezésének feltétele az, hogy az agyvelő infantilis fejlődési állapotában rögzítődjék. Evvel együttjár természetesen más, az infantilismus rögzitődésére utaló tünet is, így a mi esetünkben pld. megmaradt az erősebb lanugoszerű szőrözet az ajkakon, a combok belső felszínén és a fandombon. Gondolni lehetne arra, hogy az agyvelő infantilis rögzítődését az a fokozatos nyomásnövekedés hozza létre, amelyet a hypdrocephalusos agyfolyadék összenyomhatatlanságánál fogva a környező agyszövetre, illetve az egész agyvelőre gyakorol. Egy bizonyos agynyomási fok pld. a mozgások agybeli anatomiai képviseletére fejlődést gátló hatást fejtene ki és így nem engedné meg az élettani hyperkinesis szabályos időben történő kialvását. Ha ezt mind logikai, illetve mint „als ob" követelményt el is fogadnók, nem válaszolhatnánk arra a kérdésre, hogy miért nem gyakrabban tapasztalunk ily élettani hyperkinesist a csecsemőkor késői és a kora gyermekkornak légiónyi hydrocephalus eseteiben. *Petényi* Géza véleménye szerint a csecsemőkori élettani hyperkinesis jelentkezése és az agynyomás bármely foka között párhuzamosság fel nem fedezhető. Ha e kettő között mégis volna összefüggés, akkor az agynyomás növekedésének bizonyos, e tünetre nézve optimalisnak nevezhető phasisában viszonylag gyakrabban kellene e jelenséggel találkoznunk.

Az élettani hyperkinesis az agyvelő anatomiai képződményeiben levő elváltozások localis kórjelzésére ép oly kevéssé alkalmas, mint ahogy a choreás és az athetosisos mozgászavar oka sem tehető valmely szigorúan körülírt anatomiai területre az agyvelőben. Ez utóbbiakra nézve pl. *Minkowski* M. odáig megy el, hogy a choreát és az athetosist a *sensomotoros pályák egész complexumának területén* támadó laesiókból származtatja, mintegy jelezve azt, hogy a laesiok *összhatása* idézi elő e zavarokat. Ily értelemben az élettani hyperkinesis sem használható góctünetként, jelentkezésének időbeli eltolódása azonban arra mutat, hogy a mozgásberendezés agybeli képviseletének infantilis állapota egy oly életkorban rögzítődött, melyben az már kóros tünet számba megy. Megfelelő esetekben történő felismerése a mozgásfajták kórjelzését van hivatva pontosabbá tenni.

Hogy a csecsemőkori élettani hyperkinesis időbeli eltolódása kóros folyamatok hatása alatt nemcsak izoláltan, egy-egy ritka esetben uniqumszerűen következhetik be, hanem bármikor számitanunk kell jelentkezésére, arra egy, a közkórházi orvostársulatban 1931-ben *Greyer* Gy. által demonstrált arachnodactylia eset is mutat. A hároméves gyermeken észlelt fejlődési rendellenességek halmozódása mellett feltünt a mozgászavarnak az itt leírt esettel azonos nem mindennapi formája, melyre hozzászolásomban én hivtam fel a figyelmet. A csecsemőkori hyperkinesisnek a három éves gyermeken jelentkezését a striatum gyenge fejlettségével hoztam már akkor összefüggésbe. Ha tehát figyelünk, úgy a choreás és athetosisos mozgászavarok körét itt-ott ennek a physiologiás mozgásalaknak elkülönítésével élesebbé tehetjük.

Összefoglalás:

1. A hemiplegiásokon ismert ásítási együttmozgások egy esetben következetesen oly alakban jelentkeztek, melynek pontosabb megfigyelése a mozgásoknak keletkezési mechanismusára is világosságot derített. Az együttmozgás ugyanis az állandósult contractura ellazulásával kezdődött és a teljesen bénult antagonisták erélyes összehúzódásával folytatódott. Az együttmozgás alatt tehát a hemiplegiás contractura a hajlító izomcsoportról — ha rövid időre is — a feszítőre tevődött át, a mechanismus mintegy megfordult.

Az eset észleléséből még magának az ásitásnak, mint valószinűleg phylogenetikailag indokolt mozgáscsökevénynek mechanismusára is következtethettem. Ha hemiplegiás eredésű kéregkiiktatás alatt a hemiplegiás oldalon intensiv nyújtózkodó mozgások támadnak, az ép oldalon pedig nem, arra kell gondolnunk, hogy ép egyének jól működő agykérge bizonyos érdekes civilisatorikus-aesthetikus befolyások hatása alatt idők folyamán oly gátlásokat termelt, melyek az ásitásnak kisérő nyújtózkodó mozgásait müveltebb néposztályok egyedein elnyomták. Az ásitásnak alapvető — obligát — mozgásai tehát a száj-, illetve a torokgyürű izomzatára szorítkoznak.

2. A csecsemőkori „élettani" hyperkinesis agykamradaganat egy esetében abba az életkorba tolódott el, amelyben az physiologiásan soha nem szokott előfordulni. Valószinűnek látszik, hogy a csecsemői és kora gyermekkori agyvelőmegbetegedések gyakrabban hozzák létre ennek az élettani mozgásalaknak a későbbi életkorba átolódását, de az felületes észlelés folytán choreás vagy athetosisos mozgásjelenségekkel azonosíttatik. Aki a mozgásalakok kórjelzésében nagyobb figyelemmel lesz erre a bár ritkán, de mégis előforduló élettani mozgásalakra, az kórjelzését pontosabbá fogja tenni.

Irodalom: 1. *L. Insabato,* Ref. Zentralblatt für die ges. Neurol. und Psychiatrie, 51. k., 1929. 734. o. — 2. *Landois,* Lb. der Physiologie des Menschen, 20. k., 1932. 645. o. — 3. *Lederer-Ederer.* Hypermotilitäts-neurose, Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1934. 143. 1443. k. (3. folyam) 93. k. 264. o.

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

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Májfunctio és Takata-reactio jelentősége csecsemőkben és gyermekekben. *)

Irta: *Recht István dr.*, egyet. tanársegéd.

Az emberi szervezet kolloid structurája rendes körülmények között meglehetősen állandó. Az anyagforgalom minden megbetegedése főként kolloidváltozás, amely akár kimutathatólag, akár nem, de mindenképen változást idéz elő a szervezet nedveinek, elsősorban a serumnak kolloidconstellatiójában is.

A serum kolloidchemiai változásait főként a máj dysfunctiójával hozzák kapcsolatba *(Tanneholz, Staub)*, ami valószínűnek is látszik, ha tekintetbe vesszük, hogy a máj sejtjei igen sokfajta működést fejtenek ki, igen sokféle anyagot dolgoznak fel, igen sok közbeeső és végtermék juthat onnan a vérbe és a szövetekbe. A serum sok alkatrésze ered közvetlenül, vagy közvetve a májból: ezek kellő minőségüek, ha a máj működése is rendes, de kórosak (qualitative, quantitative), ha a máj működése zavart.

A serum egyes alkatrészeinek minőségének, mennyiségének, vagy dynamizmusának vizsgálata bizonyos mértékben felvilágosítást adhat a májműködésről: így a serum fehérjefractio-hányadosa egyes működési zavarokban az albumin, másokban a globulin irányában eltolódik. *Bürger* és *Habs* vizsgálatai szerint a serum-cholesterin szintje ha májzavarok vannak jelen, alimentáris megterhelésre nem emelkedik; *Recht* és *Flesch* gyermekeken végzett vizsgálatai pedig kimutatták, hogy épen a máj működészavara esetén van alimentáris hyperlipoidaemia s ez hormonálisan is befolyásolható. Thannhauser a cholesterin és cholesterinester viszonyából, mások a vér bilirubinszintjének, szénhydráttartalmának változásaiból, ketontestek keletkezési körülményeiből és még sok más serumalkatrész hiányából, jelenlétéből, mennyiségéből, vagy speciális dynamizmusából következtetnek a májműködés zavart voltára stb.

A kicsapáson, vagy a kolloidok védőhatásán alapuló vizsgáló eljárások a serum általános kolloidstructurájára jellemzők, ezek közül újabban széleskörű vizsgálat tárgya a Takata-féle reactio (TR.). A TR. kezdetben csupán liquorra vonatkozott, *Jezler* dolgozta át serumra és vezette be a májfunctiós próbák közé.

Majdnem mindegyik szerző megegyezik abban, hogy a positiv TR. súlyos bántalomra mutat. Ezenkivül csupán olyan szervi bajokban találtak positiv TR.-t, ahol a vér kolloid-állapota magától értetődőleg súlyos változáson megy keresztül, mint pl. veseinsufficientiákban. *Pongor* szerint a gümőkór diagnostikájában és prognostikájában is felhasználható e reactio, de ezt az irodalom nem erősítette meg.

Köztudomású, hogy a csecsemő és gyermeki szervezet, különösen az előbbi, kolloidchemiai szempontból igen ingadozó. A csecsemőszervezet minden fertőző, vagy táplálkozási ártalomra súlyos kolloidalis reactióval válaszol, ami elsősorban, esetleg igen nagymértékű vízleadásban nyilvánul meg. A szövetek turgora csökken, valósággal kiszáradásos állapot következik be, majd gyógyulás után rohamosan köti ismét a vizet s visszatér a rendes kolloidális helyzet. Bizonyos alkati anomáliákra, mint pl. az exsudativ diathesisre, különösen jellemző a kolloidlabilitás: ezekben az esetekben igen gyakran szélsőséges hullámzását látjuk a vízkötésnek és leadásnak.

Hogy a csecsemőkori kolloidváltozások milyen összefüggésben vannak a máj működésével, erre nézve kevés pontos vizsgálat történt, mert sajnos partialis functiópróbákat, megterhelési vizsgálatokat éppen a várható heves reactio miatt elvégezni nem igen lehet. Bizonyos azonban, hogy súlyos zavart szenvedhet a máj méregtelenítő működése; glycogén appositio, továbbá a fehérje, zsírfeldolgozás tökéletlen lehet, részint ennek tulajdonítható, hogy a szervezet közbeeső termékekkel, organikus savanyú anyagokkal teitődik *(Csapó, Csapó* és *Kerpel)*, előttünk áll a toxicosis kórképe a maga súlyos, sokszor katastrophalis anyagcserezavarával. Az anyagforgalom kisebb bántalmazottságában, mikor még eszméletzavar egyáltalán nem forog fenn, igen gyakran találunk a vizeletben nyomokban organikus redukáló anyagokat (nagyrészt valószínűleg cukrot), melyek Nylander-kémléssel positiv reactiót adnak. A csecsemő és gyermekkor elkülönítése nem történhetik csupán kor szerint, hanem csecsemőnek kell néha felfognunk az olyan 2, sőt 3 éves gyermeket is, akikben esetleg meglévő, vagy előzetes betegség folytán mindenfajta, különösen alimentáris ártalmakra relative nagy általános reactiót, sokszor nagy súlyveszteséget váltanak ki. Ezekben az esetekben is éppen olyan fontos a tűrőképesség határaihoz igazodni, mint fiatalabb csecsemők esetében.

Vizsgálat tárgyává tettük 56 csecsemő és 26 gyermek serum kolloidstabilitását *Takata—Jeszler* methodikájához ragaszkodva: csupán az előírt mennyiségek felét használtuk.

½ ccm serumhoz ½ ccm 0.9%-os NaCl-ot adunk, jól összekeverjük. Minden további öt csőbe ½ ccm NaCl-t teszünk és az első csőből ½ ccm-t átpipettázunk a második csőbe, ezt szintén jól elkeverve, ismét ½ ccm-t tovább pipettázunk. Majd az utólsó csőből ½ ccm-t elöntünk. Ezután minden csőbe 0,125 ccm. 10%-os $NaHCO_3$-at, majd frissen előállított Takata reagensből (0.02%-os Fuchsin Grübler és 0.5%-os $HgCl_2$ Kahlbaum) 0.15 ccm-t teszünk, jól elkeverjük, szobahőmérsékleten bedugaszolva 24 óráig állni hagyjuk, aztán leolvassuk az eredményt.

Csecsemő- és gyermekkorban természetesen nem igen találkozunk olyan természetű májbetegségekkel, amilyenek kórjelzésére a TR.-t a felnőttgyógyászatban felhasználták, s ha mi a csecsemő- és gyermekkor finomabb májfunctiós változásait akarjuk érzékeltetni, nem elégedhetünk meg a próba positivitásának, vagy negativitásának megállapításával, már azért sem, mert több esetben következtetéseket vonhattunk le a betegség természetére nézve, amikor a classikus definitio szerint a próba negativnak lett volna nyilvánítható. *Ofelein* is részletesen registrálja az egyes csövekben kapott csapadékot.

Mi a legtöbb esetben, a III. csőtől kezdve (⅛ higítás) mindegyikben kaptunk bizonyos mértékű csapadékot, mit empirikusan +, ++ és +++-el jelöltünk, ahol +3, ++6, +++10 mm-en felüli csapadékot jelent. (Az irodalomban a 10 mm-en aluli csapadékot legtöbbször nem is veszik figyelembe.) A 3 mm-en aluli, de még kifejezett csapadékot ½-del, ha serumhigításban határozott csapadékot nem találunk, csak zavaros volt az, akkor z-vel jelöltük. Előfordult, hogy a csapadék nem ülepedett le a cső fenekére, hanem lebegve maradt a folyadékban, ezt + -el jelöltük.

Vizsgálataink folyamán arra az eredményre jutottunk, hogy nem annyira a csapadék mennyiségéből lehet következtetni, hanem inkább abból, hogy az hányadik csőben, milyen higításon jelentkezik. Rendellenesnek kell tartanunk ha III. (⅛) előtt, vagy után kapunk flocculatiót. Meg kell említenünk itt, hogy *Welltman*, ki a hőcoagulatiót használta fel a serum kolloidstabilitásának vizsgálatára, úgy találta, hogy a Koagulationsband megrövidülése fibrosus, meghosszabbodása izzadmányos folya-

*) Magyar Orvosi Nagyhéten (1935.) tartott előadás.

\+ = 3 mm
++ = 6 mm
+++ = 10 mm felül
½ = 3 mm alatt
Z = zavarosodás

10 tipikus eset.

			Higitás ½	¼	⅛	1/16	1/32	1/64	
1.	5 hó	Sine morbo	—	—	+	++	+	+	
2.	26 hó	Atrophia	½	½	++	+++	+++	+	súlyos.
3.	13 hó	Enteritis, Decompositio	—	Z	Z	+++	++	+	
4.	6 hét	Bronchopneumonia l. u.	—	++	+++	+++	++	+	ante mortem.
5.	3 hó	Toxicosis	+	+	+	+	+	+	acidosis.
6.	3 hó	Eccema, diathesis exsud.	—	—	—	—	—	—	
7.	9 hó	Rachitis	—	—	—	½	+	½	
8.	3 hó	Rachitis, anaemia	—	—	—	—	½	+++	
9.	14 hó	Bronchopneumoia, Rachitis	—	—	—	½	Z	Z	
10.	3 hó	Bronchopneumonia, Rachitis	—	—	—	½	+++	+++	súlyos.

matokra jellemző. *György*-gyel végzett kisérleteim csecsemőkön ezt nem tudták megerősíteni, azonban csecsemőkön az alkati tényezőknek is nagyobb jelentőségük van, melyek az eredményt megváltoztathatják. Nem lehetetlen, hogy a csapadék eltolódásának iránya bizonyos mértékig felvilágositást adhat a folyamat természetéről. (TR-ban a csapadék megjelenésének helye talán bizonyos mértékig összefüggésben van a folyamat milyenségével. Ugyanazon higítás mellett nagyobb csapadék, kisebb higítás mellett kisebb csapadék között ha párhuzam nem is vonható, bizonyos correlatio fennáll. (Természetesen, ha a kolloidok védőhatását vesszük figyelembe.)

63 csecsemő közül csupán 3 esetben találtunk az első (mind igen súlyos), 10 esetben a második csőben csapadékot, többnyire súlyos, a májműködést igen nagy valószinűséggel bántalmazó esetekben. Ugyanígy találjuk nagyobb gyermekeknél is, hol 26 közül 3 esetben (2 uraemia, 1 tbc. pulm. diessem.), 9 esetben a második csőben, súlyos esetekben találunk először flocculatiót. 26, illetve 9 esetben, tehát mintegy 50%-ban a III. cső mutat változást, jobbára egészségeseken vagy könnyebb megbetegedésekben.

10 esetben, hol exsudativ diathesis, vagy angolkór áll az észlelés homlokterében, vagy egyik csőben sem kaptunk, vagy magasabb higítási fokban kaptunk csekélyebb mennyiségű csapadékot. A vizsgált esetek száma sokkal kisebb, semhogy ebből még nagyobb következtetéseket vonhatnánk le, mégis meggondolásra késztet, hogyha az exsudativ alkat valamennyire megváltoztatja a kolloid-constellatiót, az ilyen csecsemő megbetegedése következtében előálló változása a reactiónak a betegség és a constitutio által alkotott kolloidális eredőből adódhatik. (Ilyen a 9. és 10. eset.)

Kétségtelen, hogy a csecsemő és gyermekkor betegségeiben létrejövő, a májfunctióval összefüggő kolloid-chemiai változások sok esetben registrálhatók a TR. segítségével. Az egyes reactiótypusok részletes kidolgozása további vizsgálatok tárgya lesz.

A reactio physikochemiai lényegét illetve a vélemények igen eltérnek. Eredetileg *Jezler* felfogása az volt, hogy a TR. akkor válik positivvá, ha az albumin-globulin hányados 1 alatt van. Ugyanezt a véleményt képviseli *Vida* és *Lazzare*, valamint *Ginkel* is. *Hugonot* szerint az összes fehérje csökkenése, *Schindel* szerint pedig a serum organikus savtartalmának változása idézi elő a positiv TR-et. (Ez utóbbit *Ucko* cáfolja.) *Knigge, Röhrs* és *Kohl-Egger* a H ionconcentratiónak, *Ofelein* az ammonium ion mennyiségének tulajdonít döntő fontosságot. (Az ammonium képződési helye a máj.) A mi véleményünk szerint mindezeknek, sőt valószinüleg még igen sok adatnak van jelentősége, mert, mint említettük, a serum kolloidstructurája, complex correlatiója sok dispers és dispersoid phasisnak, s az egyensúly beállításánál igen sok tényező szerepel, mint a H ionconcentratio, a sók electromos töltése, hőmérséklet stb.

A serum különböző esetben különböző kolloidstabilitással rendelkezik. *Medvei* és *Paschkis*-nak sikerült egyes esetekben a reactiót heparin hozzátételére megváltoztatni, sok esetben azonban nem. Mi magunk finom eloszlású lecithin és cholesterin hozzátételével befolyásoltuk a reactiót, azonban ez sem sikerült minden esetben. (Erre vonatkozó kísérleti adatainkat más helyen részletesen fogjuk közölni.) Tehát a serum a kolloidállapot változtatása ellen bizonyos ellenállást fejt ki, amely rendellenes vagy kóros esetben csökken, vagy növekszik, s eszerint változik a TR is.

Összefoglalás: A csecsemő és gyermekkor betegségeiben előálló kolloidchemiai változások Takata—Jezler reactióval sok esetben jól érzékeltethetők.

Az eredmény leolvasásában, ellentétben a legtöbb szerzővel a legkisebb csapadékot is és zavarodást is részletesen registráltuk, ahelyett, hogy csupán a reactio positiv, vagy negativ voltát állapítottuk volna meg.

56 csecsemő és 26 nagyobb gyermek vizsgálatakor úgy találtuk, hogy normalis esetben 1/16 higításban jelentkezik csapadék vagy zavarosodás, ennél kisebb, vagy nagyobb higításban kezdődő flocculatio legtöbbször rendellenességekre, vagy kóros állapotra vall.

Physico-chemiai szempontból a reactio egy kolloid-egyensúly következménye, mely kóros és rendellenes esetben eltolódik.

Irodalom: *Staub:* D. Med. Wschr. 51. 1931. — *Bürger* és *Habs:* Z. exper. Med. 72. 690. 1930. — *Surányi* és *Sonnauer:* Arch. f. Khk. 99. 1933. — *Weltmann:* Med. Kl. 1930. Wiener Klin, Wschr. 1930. II. 1301. — *Skowge:* Klin. Wschr. 1933. 905, — *Schindel:* Klin Wschr. 1934. 221. — *Schindel* és *Barth:* Klin. Wschr. 1934. 1329. 1355. — *Storz* és *Schlungbaum:* Klin, Wschr. 1933. 184. — *Jezler:* Klin. Wschr. 1934. 36. 1927. Schweiz. Med. Wschr. 1930. 3. 520. — *Bartscwaroff:* Jb. Univ. Sofia Med. Fac. 1931—32. 241. — Zadekstb. Klin. Wschr. 1933, 905, — *Csapó* és *Kerpel:* Mschr. f. Khk. 1933. 18 1. 147. 19. 180. — *Pongor:* O. H. 1931, — *Hugonot:* Rev. Med. chir. Mal. Frie etc. 95. — *Knigge:* Münch, Med. Wschr. 1926. 1836. — *Röhre* und *Kohle Egger:* Zschr. f. Nervenhk. 1928. 101. — *Ofelein:* Klin Wscher. 1935. II. — *Medvei* és *Paschkis:* Klin. Wschr. 1933. 1910. — *Ucko:* Klin Wschr. 1935, 13.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete III. számú nőgyógyászati rendelésének közleménye (osztályvezető: Gőczy Lajos egyet. m. tanár.)

A szüzi folyások kezeléséről.

Irta: *Bakács György dr.*

A vitaminokat — a legújabb idők kutatásainak eredményeként — mind gyakrabban alkalmazzák gyógyítás céljából. Így *Lauber* patkányokon kimutatta, hogy a szájon át adagolt A vitamin — kis adagok állandó használata mellett — a sebgyógyulást lényegesen gyorsítja; nagyobb adagok pedig gátolják a sebgyógyulást. Állatkísérleteiben a B, C és D vitamin a regeneratiót nem befolyásolták. *Löhr* — az A és D vitaminban annyira gazdag — csukamájolajos helybeli sebkezeléssel ért el jó eredményeket.

E tapasztalatok vezették *Hegedüs Károly dr.*-t a Charité poliklinika nőosztályának alorvosát arra a gondolatra, hogy a vitaminok sebgyógyító, hámregeneráló hatását a hüvelyi folyások kezelésére felhasználja. Cacaóvajas alapanyagból álló, 5 cm hosszú és 5 mm átmérőjű pálcikákat állíttatott elő, amelyek A- és D- vitamint, továbbá calcium gluconicumot és lacticumot, azonkivül csekély mennyiségű resorcint tartalmaznak. Miután e pálcikákkal (amelyeket a Richter-gyár Vagovitan név alatt hoz forgalomba) történő kisérletek kedvező eredménnyel végződtek, nagy betéganyaggal bíró rendelésünket kérte fel a további vizsgálatok elvégzésére.

Mielőtt vizsgálataink ismertetésére áttérnénk, szükségesnek tartom röviden összefoglalni a *Hopkins* által „járulékos tényezőknek" („accessory factors"), és a *Funk* által vitaminoknak nevezett anyagok lényegesebb tulajdonságait.

Tudvalévő, hogy az embernek az összes — A, B, C, D, E — vitaminra szüksége van, mivel azok: 1. az anyagcsere intensitását befolyásolják; 2. segítik az elhasznált anyagok megujulását; 3. a bomlási termékeket eltávolító folyamatokra kedvezően hatnak.

Közülük bennünket részletesebben a kisérleteinknél használt A és D vitamin tulajdonságai érdekelnek.

Az A vitamin a csukamájolajban nagy mennyiségben található, de főzelékeinkben is jelen van. Zsírban oldható, hőálló, lúgokkal és oxydatióval szemben érzékeny anyag, amelynek hiánya a fertőzésekkel szembeni ellenállást csökkenti, növekedési zavarokat, szembetegségeket (xerophtalmia, keratomalacia) okoz.

A D vitamin olajban oldható és azon tulajdonságánál fogva, hogy oxydatióval szemben nem mutat nagyfokú érzékenységet, az A vitamintól elkülönithető. Legnagyobb mennyiségben ugyancsak a csukamájolaj tartalmazza. A D vitamin egyéb tényezők mellett (pl. parathyreoidea) a szervezet ásványi anyagcseréjét szabályozza és hiánya gyermekeknél rachitist, felnőtteknél osteomalaciát okoz.

Ismerve az A vitaminnak a hámsejtek életére gyakorolt kedvező és a másodlagos fertőzést gátló hatását; valamint a D vitaminnak a szervetlen sóanyagcserét szabályozó tulajdonságát, kézenfekvő volt a gondolat, hogy ezeket a vitaminokat alkalmazzuk.

Kisérleteink folytatására a legkülönbözőbb okokból fennálló szüzi folyások (fluor virginalis) látszottak alkalmasnak, annál is inkább, mivel az eddig alkalmazott gyógyító eljárások e téren egyáltalán nem bizonyultak kielégítőknek.

Vizsgálatainkból kizártuk a szüzeknek kankós alapon fennálló folyásait és csakis az általános okokból fennálló szüzi folyásokat vettük kezelésbe. Eseteinket a kóroktan szempontjából öt csoportba osztottuk: 1. vérszegénység, 2. tüdőgümőkór, 3. általános gyengeség, 4. idegbaj, 5. csökkent petefészekműködés alapján fennálló folyásokra, ámbár jól tudjuk, hogy a gyakorlatban az egyes csoportok nem választhatók el mindig egymástól, mivel szövődött esetek is vannak. Mégis az egyes csoportoknak a továbbiakban is keresztülvitt elválasztását a könnyebb áttekinthetőség céljából szükségesnek tartottuk. Az uralkodó tünetek túlsúlya volt az a szempont, amely szerint betegeinket az egyik, vagy másik csoportba soroltuk.

Kétségtelen, hogy az említett csoportokban a folyás általános okokból áll fenn; de létrejötténél minden esetben nagy szerepet játszik a hüvelyhámnak megváltozott anyagcseréje is. Ugyanis *Scipiades* szerint „a hüvely szabványos viszonyai négy tényező viszonyán fordulnak meg. Ezek: a glykogen,

a ferment,

a bacillus vaginalis

s a kisfokban közömbösítőleg ható s a hámsejteket feloldó méhnyakváladék.

A kóros elválasztás, másszóval a folyás keletkezése is ezért a felsorolt négy tényezőnek olyan hibáján fordul meg, mely a rendes chemiai közeget és bakteriumflórát megváltoztatja."

Ugyancsak *Scipiades* állítja, hogy a hüvelytornácból, hüvelyből, méhnyakból és méhüregből származható folyások közül a kolpitis hypoplasticán alapuló hüvelyi folyás „satnya szervezetű leányoknál, esetleg genitalis hypoplasia mellett észlelhető, anélkül, hogy a hüvelyben specificus kórokozó volna található. Ilyenkor oka az, hogy a szövetek rossz vérellátása s egyben az elégtelen glykogenképződés folytán *(Schroeder)* megváltozik a hüvely chemiai milieuje, minek folytán a szokottól eltérő csirák vándorolnak a hüvelybe."

Vizsgálatainkat — a fent leírt gyógyszer alkalmazásával — a Magánalkalmazottak Biztositó Intézetének III. sz. nőgyógyászati rendelésen 40 esetben végeztük. Azonban beszámolásunk tárgyát csupán 32 eset képezi, mivel 8 betegünk az ellenőrző vizsgálatokon nem jelent meg. Betegeink közül sokan évek óta eredménytelenül kezeltettek egyéb eljárásokkal (pl. lapis és argil-oldat hüvelybe fecskendezésével); roborálással (vas, arzén); calciummal; hormon-készítményekkel.

A kezelés megkezdése előtt mindegyik betegünk hüvelyéből és húgycsövéből váladékot vettünk, egyrészt, hogy kankó jelenlétét biztosan kizárhassuk, másrészt, hogy a hüvely tisztasági fokát megállapithassuk. Csakis kankó szempontjából negativ laboratóriumi válasz után kezdettük meg betegeink kezelését, akik — kivéve az ovarialis hypofunctióban szenvedőket — más gyógyító eljárásban egyidejüleg nem részesültek. Kezelésünk a pálcikáknak az ép szűzhártya nyilásán át a hüvelybe bevezetéséből és üveg-katheter segélyével a hüvely felső részébe felnyomásából állott. A hüvely melegében a pálcika — jóformán azonnal — sűrű péppé olvad, amelynek esetleges kifolyását a szeméremrés elé helyezett és felkötővel rögzített vattacsomóval akadályoztuk meg. A pálcikák bevezetése az ép szűzhártya nyilásán át sohasem okozott nehézséget; csupán a meleg nyári időszakban volt szükség arra, hogy a hőségben könnyen puhuló pálcikákat a bevezetés előtt — megszilárditás céljából — rövid időre hidegvízbe helyezzük.

Hangsúlyozzuk, hogy eseteink nagyrészében évek óta fennálló és minden egyéb ismeretes kezelési eljárással dacoló folyásokról volt szó. A kezelést — a leírt módon — másodnaponként, hat héten át folytattuk, úgy, hogy

mindegyik betegünk 18 alkalommal kapott kezelést. A hüvely tisztasági fokának esetleges változását a kezelés alatt is — laboratóriumi vizsgálatokkal — többizben ellenőriztük.

Az eredmények meglepően jók voltak. Néha már 3-4 kezelés után észleltük a folyásnak igen jelentős kevesbedését. Ez a kevesbedés általában 8—10. kezelésre következett be. A gyulladásos jelenségek visszafejlődtek, a hüvely nyálkahártyájának vérbősége eltünt és az visszanyerte rendes színét.

Azonban eredményeink nem voltak tartósak, ámbár több-kevesebb eredményt, hosszabb-rövidebb ideig tartó tünetmentességet minden esetben sikerült elérnünk, sőt voltak a kezelés megszüntetés után több hónapon át tünetmentes — tehát gyakorlatilag gyógyultnak mondható — eseteink is, mégis átlag 3—4 hónap mulva az esetek nagyrészében kiújulás következett be. Időleges eredményeinket az alábbi táblázat mutatja.

Milyen alapon állott fenn a folyás?	Vérszegénység	Tüdő gümőkór	Általános gyengeség	Idegbaj	Csökkent petefészek működés
Esetek száma	16	7	2	1	6
Gyógyult	6	2	—	—	1
Lényegesen javult	8	4	1	—	4
Javult	2	1	1	1	1
Nem javult	—	—	—	—	—
Összesen	16	7	2	1	6

Ami pedig a hüvely tisztasági fokának eltolódását illeti, több esetben már 3—4 kezelésre a III. tisztasági foknak II.-re változását észleltük, az I. fokot átlag 12—14 kezelésre értük el.

Annak bizonyítására, hogy más kezeléssel dacoló esetekben is értünk el kielégítő eredményeket, közlöm az alábbi kórtörténet-kivonatokat:

H. R. (Jksz. 535/1935.) 25 éves tisztviselönö, 10 éve van hüvelyfolyása, amely több hónapon át folytatott argil hüvelyfecskendezésre nem javult. Közepesen fejlett és táplált nöbeteg. Látható nyálkahártyák feltünően halványak. Virgo. Erös folyása van. Kórisme: Fluor virginalis. Anaemia. — 1935. IV/15-töl VI/19-ig kezeltük, amely idö alatt 18 „Vagovitan" pálcikát helyeztünk hüvelyébe. A hatodik kezelés után folyása csökkent; a kezelést folytatjuk. Állapota javul. A tizennyolcadik kezelés után (VI/19.) folyása jóformán megszünik. Állapotával nagyon meg van elégedve. — VIII/23-án ellenörző vizsgálat. Alig van folyása. Jól érzi magát.

L. A. (Jksz. 822/1935.) 25 éves tisztviselönö, Tüdöcsúcshurutja miatt kezelték. Egy éve erös folyása van. Ezt eddig argil befecskendezésekkel kezeltük, amelyektöl állapota nem javult. Sovány, leromlott nöbeteg. Virgo. Erös folyás. Kórisme: Fluor virginalis, Cath. apic. pulm. Váladék: negativ. A hüvely tisztasági foka: III. — 1935. III 26-tól V. 20-ig 18 kezelést kap. A hatodik kezelés után a hüvely tisztasági foka II-re változik, a nyolcadik kezelés után lényeges javulás mutatkozik, amely egyre fokozódik. A tizennyolcadik kezelés után (V/20.) alig van folyása. — V/31-én ellenörző vizsgálat. Visszaesés nincs.

Ovarialis hypofunctióval kapcsolatos 6 esetünkben, hogy a helybeli tüneti kezelést oki kezeléssel is alátámasszuk, — a „Vagovitan" pálcikák alkalmazásával egyidejüleg hormonkezelést is végeztünk. Ezen esetekben is kétségtelen, hogy az elért kedvező eredmény létrehozásában nagy szerepe volt a helybelileg alkalmazott vitaminkezelésnek, mivel a multban sem hormonkezelések, illetve a lapis + hormonkezelések nem hoztak hasonló jó eredményeket. Ezen csoportba tartozó egyik betegünk kórtörténetét az alábbiakban ismertetjük:

E. L. (Jksz. 737/1935). 28 éves tisztviselönö. Két éve van folyása, amelyik eddig nem kezeltetett. Havibaja négyhetenként jelentkezik ugyan, de igen kevés. — Közepesen fejlett és táplált nöbeteg. A látható nyálkahártyák középvérteltek. Virgo. Hypoplasiás méh. Folyás. — Kórisme: Fluor virginalis. Hypomenorrhea. Hypoplasia uteri. — Váladék: negativ. Hüvely tisztasági foka: II. — Kezelésünket III/23-án kezdjük meg és V/22-ig folytatjuk, amely idö alatt 18 „Vagovitan" pálcikát kap. A pálcikák behelyezésével egyidejüleg 1 ampulla „Glanduovin forte"-t fecskendezünk a farizomzatba. A tizenharmadik kezelés után lényeges javulás következik be. A tizennyolcadik kezelés után (V/22) folyása jóformán megszünt. IX/9-én ellenörző vizsgálat. Egészen kevés folyás. Jól van. Állapotával meg van elégedve.

A közöltek alapján A és D vitaminnal a szüzi folyások gyógyítása terén tett tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze.

1. A és D vitamin helybeli alkalmazásával, aránylag rövid idő alatt jó eredményeket lehet elérni, — a kankós folyás kivételével, — a legkülönbözőbb eredetű folyásokesetében.

2. Noha az elért eredmények gyakran csak átmenetiek, kétségtelenül beszámolhatunk tartósan gyógyult esetekről is.

3. Az elért jó hatás úgylátszik helyi hatás és elsősorban az A vitamin szövettápláló, hámregeneráló és fertőzésellenes tulajdonságaival magyarázható.

4. Az eddigi helybeli, vagy általános gyógyító eljárásokkal szemben (lapis és argil befecskendezés; roborálás, calcium, hormonkezelés) a kezelésnek: egyszerűségénél, tisztaságánál és aránylag gyors eredményénél fogva feltétlenül előnye van.

Irodalom: 1. *Horn* és *Sándor:* O. H. 1934. 12. sz. — 2. *Lauber:* D. Med. Wschr. 1934. 15. — 3. *Lauber:* Bruns, Beitr. 158, 293 — 4. *Löhr:* D. Med. Wschr. 1934. 15. — 5. *Scipiades:* O. H. 1935. 35—36. sz.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Táplálási eljárások csecsemőkön műtétek után.*

Irta: *György Ede dr.*

Nem kis feladat a csecsemő táplálását műtét után helyesen úgy intézni, hogy a csecsemőt ne éheztessük, vagy esetleg a műtét eredményét ne veszélyeztessük. Szem előtt kell tartani, hogy maga a műtét is, mint trauma (különösen a hasi műtétek) a csecsemő szervezetét nagy mértékben igénybeveszi, továbbá hogy a csecsemők a vérveszteséget rosszul tűrik.

A műtétek tetemes részét helybeli érzéstelenítésben vagy egész felületes bódításban végezzük; persze nagyszámú az olyan műtét is, melyben mély és sokszor hosszabb altatásra van szükség. Második nehézség tehát a műtéten kivül az altatás, ami szintén nem közömbös a csecsemőre. *Hainiss* professor ismételten rámutatott arra,

*) Előadatott a Gyermekorvostársaság 1935. évi nagygyülésén.

hogy az altatás a csecsemőt egy toxicosishoz hasonló állapotba juttatja, amelyből csak helyes táplálással tudjuk kisegíteni. A csecsemők vérében altatás következtében létrejövő savbasis-egyensúly zavart, valószínű acidosis felé eltolódást kimutatni nem sikerült ugyan *(Csapó)*, de a gyakorlatban nemegyszer látjuk, hogy toxikus vagy praetoxikus állapotban, tehát súlyos anyagcserezavarban szenvedő csecsemők az altatást nem tűrik, belehalnak. E kellemetlen tünetek röviddel az altatás után jelentkeznek, mielőtt még a tüdőben gyulladásos gócok, vagy a parenchymás szervek elfajulási reactiói létrejönnének. Tehát az anyagcserében azonnal hoz létre súlyos elváltozást. Ezen gyakorlati tapasztalat vezette *Hainiss* professort, mikor az operált és narcotisalt csecsemők táplálási eljárását kidolgozta. Ez eljárásban két irányelvet különböztetünk meg:

1. *műtét utáni* táplálásmódot (localis anaesthesia, felületes narcosis),

2. *altatásban* végzett műtét utáni táplálásmódot.

Kisebb beavatkozások, bemetszések, kimetszések, suturák, paracentesis stb. a későbbi táplálás szempontjából nem szerepelnek.

Az első csoportba sorozhatjuk, mint nagyobb beavatkozást, az antrotomiát, melyet súlyos állapotú csecsemőn csak helyi érzéstelenitésben végzünk. Azokat a toxikus csecsemőket, kiket antrotomia végett altattunk, nagy százalékban elvesztettük.

Kisebb beavatkozás, amely azonban éppen a gyomorba jutott vér, illetve geny folytán kimélő táplálási eljárást igényel: retropharingealis, peritonsilaris tályog megnyitása és általában a szájgaratűrben végzett egyéb beavatkozások: labium leporinum, faux lupina, fogcsirgenyedés esetén végzett műtétek stb.

A második csoportban az altatásos műtétek között különösen érdekelnek minket a gyomorbélcsatornán végzett műtétek és általában a laparotomisált csecsemők. Pl. sérvműtét, gastrostomia (idegentestnyelése miatt), ileus, invaginatio miatt végzett műtét. Ezeken kivül különösen fontos csecsemőgyógyászati szempontból a stenosis pylori miatt végzett műtét utáni helyes táplálási mód. Ezek volnának a legfontosabb műtétek, melyeknél különös figyelmet kell fordítanunk az utánpótlásra.

1. Az altatás nélküli műtétek után, ha toxikus vagy enteralis fertőzés miatt külön táplálási eljárás nem kell követnünk, a következőképen járunk el: műtét előtt a csecsemőnek egyik táplálékát kihagyjuk, helyette oroszteát kap, műtét után *6 órán át* csak teázik s utána a táplálást decompositiós adagolásban kezdjük el, 3 óránként emelve az adagot úgy, hogy a harmadik táplálásra érjük el az eredeti mennyiséget. A hiányzó folyadékmennyiséget teával pótoljuk. A táplálék mennyiségén kivül fontos a qualitásbeli összeállítás is. Mesterségesen táplált csecsemőknek tejhigitást adunk 2—3 napon keresztül, még pedig 6 hónapig ½-es, 12 hónapig ⅔-os higítást. A műtétet követő második nap hatszor, vagy ötször adjuk az előző napi táplálékmennyiséget a fent említett higításban. Harmadik nap a táplálkozás azonos lehet a műtét előttivel. Láz, hányás, hasmenés esetén a kimélő táplálékot nyujtjuk, esetleg rizslés higításban.

2. Altatásban végzett műtétek esetén a csecsemőt műtét előtt már 6 órán át éheztetjük, teát is csak 3 órával a műtét előtt kap. Műtét után (kivéve invaginatio és stenosis pylori miatt végzett műtéteket) a teáztatást 4—5 óra mulva, még pedig kanalanként kezdjük el. Nagyobb folyadékveszteség esetén infusiót, intravenás dextroset, transfusiót vagy klysmákat adunk. Invaginatio és stenosis pylori miatt végzett műtétekkor a teáztatást 4—6 óra mulva, még pedig kanalanként, kezdjük el. 6 óra mulva ha a csecsemő nem hány, a tea mennyiségét emeljük. A táplálást 18—20 óra mulva kezdjük el, intoxicatiós schema szerint emelve naponta a táplálék mennyiségét, még pedig a csecsemő súlya és kora szerint;

1. nap a csecsemő súlya és kora szerint	20 x 10; 20 x 20 gr.
2. nap a csecsemő súlya és kora szerint	15 x 20; 15 x 30 gr.
3. nap a csecsemő súlya és kora szerint	10 x 40; 10 x 50 gr.
4. nap a csecsemő súlya és kora szerint	7 x 80; 6 x 100 gr.

általában lassan térve át a műtét előtti táplálékra. Szopós csecsemőt műtét után a 3. naptól mellre tehetünk, ellenőrizve a szopás mennyiségét.

Különösen fontos fiatal csecsemőknek, hogy műtét után női tejet adjunk pár napon át; ha ez nem lehetséges, a fent leírt elv szerint tejhigitást. Ha a csecsemő hány, vagy ezen kevés táplálékot is rosszul bírja, a táplálékmennyiség emelésében még nagyobb óvatosság követendő.

Külön szeretném tárgyalni az invaginatióval operált csecsemők táplálását. Ezen esetben a műtét eredménye sok tényezőtől függ, így elsősorban, hogy mennyi idő óta áll fenn az invaginatio, milyen állapotban van a bél fala, szabad-e a peritoneum, továbbá műtét alatt milyen gyorsan sikerül az invaginatio helyének megtalálása, s milyen fokú az invaginatio; a desinvaginatio után mennyi idő mulva indul meg a bélpassage, mennyire puffadtak a belek, s mennyi idő alatt sikerül a belek helyretétele és a hasfal zárása. Invaginatio esetében a műtét eredménye, illetve a csecsemő életben maradása oly sok tényező függvénye, a műtét utáni táplálásban a legnagyobb körültekintéssel kell eljárnunk. A műtét előtti éheztetés itt szóba sem jöhet, mivel a műtét itt minden esetben sürgős, legfeljebb az eset tisztázására, illetve a diagnózis felállítására szolgáló időt használhatjuk ki ilyen célból. Műtét után 3, illetve 6 óra mulva kezdjük el a tea adagolását kanalanként. Itt különben fontos szerepe van parenteralisan nyujtott folyadéknak (infusio, transfusio), fontos a kis mennyiségű beöntések alkalmazása, a csecsemő melegítése. A táplálkozást 24 óra mulva kezdjük el még pedig intoxicatiós schema szerint adott (lehetőleg) női tejjel és az adagok emelésekor az első két nap a csecsemő korát és súlyát figyelembe nem véve, első nap: 20 x 10 gramm, majd következő nap 20 x 20 gramm, később már súly és kor szerint 15 x 30, 15 x 40, 10 x 50 gramm stb. A szopós csecsemőket az első három-négy nap mellre ne tegyük, hanem lefejt női tejjel tápláljuk. Ebben az esetben különösen nagy fontossága van a női tejnek.

Stenosis pylori esetében a műtét után követendő eljárásnak azonos összefüggésben kell lennie a műtét előtt követett eljárással. A Ramstädt-műtét lényegesen kisebb beavatkozás, úgyszintén a műtét is rövidebb. Nagy veszélye azonban az utóvérzés a hypertrophysák muscularis rétegből. Itt tehát különös tekintettel kell lennünk az adható egyszeri kis mennyiségre. Stenosis pylori esetében előbb mindig belgyógyászati kezeléssel próbálkozunk, tehát a sebész a csecsemőt mindig mérsékelten hypotrophisált állapotban kapja úgy, hogy a legkisebb tolerantia áthágás súlyos következményekkel járhat. A csecsemőt műtét előtt legfeljebb 3 órán át éheztessük, célszerű a gyomor röntgenátvilágítása s kifejezett maradékréteg esetében a gyomor kiürítése. Műtét után, ha a stenosis megszüntetése sikerült, a csecsemőt ne sokáig éheztessük s

a táplálást *6 óra mulva* pár kanál tea után női tejjel kezdhetjük el, mert itt a tea mint a pyloruson átáramló folyadék hasonló mechanikus ártalmat okoz, mint a női tej, tehát azt a kevés megengedett folyadékmennyiséget, amely feltevésünk szerint bajt nem csinál, női tejben adjuk. Kezdetben adhatunk behűtött és centrifugált női tejet. A szükséges folyadékmennyiséget parenteralisan juttassuk a szervezetbe. Talán seholsem annyira fontos a táplálkozási eljárás betartása, mint ebben az esetben, tekintve, hogy ezen csecsemők kora kb. egyforma (2—3), a táplálkozási eljárást inkább tudjuk schematizálni.

Pl.: Egy hét hetes, 2800 gr-os csecsemőt a következőkép táplálunk: műtét után 6 óra mulva óránként 10 gr. Második nap 20×10, 3. nap 20×15, 4. nap 20×20, 5. nap 20×20, 6. nap 20×25, 7. nap 20×25, 8. nap 12×40, 9. nap 12×40, 10. nap 12×40, stb.

Amióta csecsemők műtéte, illetve altatása után e táplálási eljárásokat megtartjuk, összehasonlítva régebbi kórtörténetekkel, feltűnően jobb eredményeink vannak. Igy elsősorban a hányás a legkisebbre csökken, hasmenést alig látunk, a láz aalcsonyabb és hamarabb szűnik meg (a lázban mutatkozó különbséget főleg steril műtétek esetében: invaginatio, stenosis plyori esetében tudjuk értékelni). E kedvező hatás oka egyfelől az, hogy figyelembe vesszük a megszűkült tolerantiát és az altatás okozta anyagcserezavart a minimálisra csökkentett táplálékfelvétellel igyekszünk minél előbb megszüntetni, másfelől pedig parenteralisan törekszünk a szervezetet méregteleníteni (infusiók, intravenás dextrose stb.).

Összefoglalás.

Csecsemők műtéte után követendő táplálási eljárásokban két szempontot tartunk szem előtt: 1. altatásban végzett műtét után, 2. helybeli érzéstelenítéssel történt nagyobb műtétek, vagy a száj-, garatüregben végzett kisebb műtétek után, külön táplálásmód követendő ileus, illetve invaginatio kapcsán és külön stenosis pylori miatt végzett Ramstädt-féle műtét esetében.

LAPSZEMLE

Szülészet.

Az ureter-sipolyok helyi gyógyulásáról és annak elősegítéséről. *Stoeckel:* (Zbl. f. Gyn. 1935. 40).

Az uretersipolyok spontan gyógyulása különbözik aszerint, hogy complet, vagy incomplet sipolyról van szó. Az előbbiek spontan gyógyulása az ureter elzáródásával történik, s így azon oldali vesemüködés megszünésével jár. Ezért ezen esetekben az idejében végzendő hólyag-implantatio ajánlatos. Mások a viszonyok incomplet sipoly esetében. Ennek gyógyitásában nagy szerep jut az állandó ureterkatheternek, melynek az ureterbe vezetése és hosszabb időn át benthagyása jó eredménnyel szokott járni, amennyiben az ureter nyugalmi állapota a gyógyulást kedvezően befolyásolja. Az így alkalmazott állandó ureter-katheter az esetleg már fennálló vesemedence-gyulladás gyógyitásában is nagy szerepet játszik. Ha ezen „aktiv várakozás" nem vezet eredményre és erős vesemedence-fertözés áll fenn, úgy a vese röntgenmegsugárzása jöhet szóba. Ezen eljárás —, bár a vesemüködést csökkenti, — a fertözéssel szemben kedvezően hat. Röntgenmegsugárzás alkalmazható még a complet vagy incomplet sopolyok obliteratiós gyógyulásában is, hogy az esetleg fellépő fertözés és ennek folyományaként a nephrektomia elkerülhető legyen.

Hufnagl Kálmán dr.

Hasüri vérzés rendes szülés után. *H. Küstner.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 49.)

30 éves, őtödször szülő nő kereste fel intézetét, kinek két előző szülése alkalmával lepényleválasztást kellett végezni s egy curettel befejezett vetélése is volt. A szülést az asszony lázas állapota és nephropathiája miatt fogóval fejezték be. A lepényt két órával a magzat megszületése után narcosisban végzet Credé müfogással választotta le; utána a méh jól összehúzódott, vérzés nem volt. 4 órával később a betegen belső vérzés és gyorsan kifejlödő heveny anaemia tünetei jelentkeztek. Vérátömlesztés után hasmetszést végezve a hasürben mintegy két liternyi részben folyékony, részben alvadt vért talált, amelynek forrása a méhfenék hátulsó falának folytonossági hiánya volt. — E nyilást oválisan körülmetszve, a méhizomzatot csomós öltésekkel egyesitette, s a hasüreget drainezte. A beteg súlyos általános állapotát újabb vérátömlesztéssel, hypodermoklysissel, majd tartós cseppinfusióval sikerült megjavitani, úgy hogy sima lefolyású gyógyulás után a szülést követő 34. napon egészségesen távozott. A méhfal emlitett nyilásának környezetében friss sérülésnek nyoma sem volt; feltehető, hogy e helyen régebben müvi beavatkozás, (méhkaparás?) következtében a méh üregét a hasürrel összekötő sipoly keletkezett, melyet később vékony, laza kötöszövetből álló réteg töltött ki, s ennek a Credé expressio következtében bekövetkezett átszakadása okozta az életveszélyes belső vérzést.

ifj. Mauks Károly dr.

Gyermekgyógyászat.

Klinikai és kórbonctani tanulmányok gyermekkori gümös agyhártyagyulladásban, különös tekintettel az első életévre. *G. Soave.* (La Pediatria. 43 k. 1935.)

Szerző a milánói gyermekklinika és kórbonctani intézet anyagát vizsgálta, összesen 72 esetet tanulmányozott, mely 10 hónap alatt gyüit össze. Ezek közül 16 volt egy évnél fiatalabb. Megerösiti az esetek tavaszi cumulálódását, májusban kétszer annyi esetet látott, mint bármely már hónapban. Nem szerint lényeges különbséget nem talált, feltünő, hogy mily nagy számban talált egy éven aluliakon meningitis tuberculosát, viszont 2 hónapnál fiatalabb egyénen nem észlelt bajt. A kórbonctani leletek alapján megállapitja, hogy csecsemökön és fiatalabb gyermekeken a gümös agyhártyagyulladást friss, massiv infectio egyéb jelenségeivel karöltve látja. Igy sokkal gyakrabban talál egyidejü miliaris tuberculosist, mint később. Távolról sincs azonban minden miliaris tbc-ben elpusztult 2 éven aluli gyermeknek meningitise. A csecsemö- és kisgyermekkor gümös agyhártyagyulladásának klinikai formája rendkivül változatos. Ismerteti az irodalomban közölt beosztásokat, klinikai megfigyelései szerint azonban ezen beosztások indokoltságához sok szó fér. Szerinte csak 2 főforma különböztethető meg, még pedig a jellegzetes meningeális tünetekkel jelentkező prodromum s az a csoport, ahol a prodromum csak általános tüneteket produkál. Minél fiatalabb a beteg, annál gyakoribbak a teljesen atypikus alakok, igy megemlit apró subfebrilitással, hányás, bénulás nélkül lefolyó eseteket, s figyelmeztet hyperacut formákra, ahol a legteljesebb jó közérzetből fordul a baj azonnal súlyosra, s ismertet egy esetet, ahol a halál az első betegségi jeltől számitott 24 órán belül következett be. A symptomák, s a diagnostikus eljárások és vizsgálatok tárgyalásában ismert adatokat sorakoztat fel.

Surányi Gyula dr.

Az allergia viselkedése diphtheria esetében. *Chiari* és *Siegl.* (Archiv. f. Kinderheilk. 105 k. 2. füz.)

A közönséges diptheria-megbetegedések túlnyomó részében a betegség első hetének végén egyénenként különböző erősségü pseudoreactióval kimutatható specificus diphtheria-allergia létesül. Ez rendszerint 2—3 hétig áll fenn, majd ismét eltünik. Azon esetekben, ahol a betegség kezelése később veszi kezdetét, a specificus allergia tovább tart.

Wollek Béla dr.

Complicatiók mumps esetén. *Bäumler.* (Mschr. f. Kk. 63. k. 5. füz.)

A szerző 50 mumpsos betegen észlelt meningeális reactiókat, melyek annál kifejezettebbek voltak, minél kisebb volt a parotis localis elváltozása. A betegeken igen heves fejfájás lépett fel, rendszerint hányással, gyakran 40° C-os, vagy azon felüli láz, a dermographismus mindig kifejezett volt. Kernig és Brudsinski tünetek, tarkómerevség, behúzódott has a legenyhébbtől a legsúlyosabb fokig fordultak elő. Gyakran heves hasfájdalmak is jelentkeztek. Az acut tünetek 2—6 napig tartottak, de kifejezett bágyadtság, továbbá étvágytalanság és fejfájás sápadsággal még könnyeb esetekben is hetekig eltarthattak. A meningeális reactiók a parotitis fellépését vagy megelözték, vagy vele egyidejüleg jelentkeztek, vagy

pedig követték. A lefolyás mindig kedvező, ezért a szerző azt ajánlja, hogy lumbalpunctiót, főleg a privát praxisban, ne csináljunk, csak a legsúlyosabb esetekben.

Gyakran előfordultak heves hasfájások is hányással, a májszél kifejezett nyomási fájdalmával, fokozott urobilinogén kiválasztással és étvágytalansággal. Ezek a tünetek csak néhány napig tartanak, azonban néha gyorsan fokozódnak és sárgaságra vezetnek. A szerző szerint tehát a mumps virus májártalmat is tud előidézni, amely hepatitis klinikai képében zajlik le.

Barabás István dr.

Szemészet.

Nyaki sympathektomia retinitis pigmentosában. *Takást* és *Gieford.* (Arch. of Opthalm. 1935. szept,).

6 degeneratio pigmentosa retinaeben szenvedő betegen végeztek sympathektómiát, még pedig négyszer cervicodorsalis és hétszer felső nyaki ganglionektómiát *(Takáts Géza).* Utóbbi látszik a legmegbízhatóbbnak és legegyszerűbb eljárásnak, főleg ha a carotis int. denervatiójával (plexus lehuzása) combinálják. A szem teljes sympathicus-megfosztásának jele a cocain pupillatágító hatásának megszünte. A betegek közül egyiknek sem javult a látásszélessége vagy látótere. Egy beteg hemeralopiája javult. A betegség egyiken sem haladt előre; a leghosszabb megfigyelési idő 1½ év. Szerzők azt gondolják, hogy az egyetlen elérhető eredmény e betegség esetében a progressio megakadályozása. Nem osztják egyéb szerzők enthusiastikus nézetét. Állást foglalnak Magitot eljárásával szemben (carotis-sinus-denervatio), mely a szervezetet fontos pressoregulatoros berendezésétől fosztja meg; bizonyos esetekben állandó hypertóniát okozhat. További vizsgálatok a sympathektómiának az adoptatióra való hatására irányulnak. Korai esetekben utóbbi javulása várható. A szemfenék erei nem tágultak a mütét után, szemben a kötőhártyai belöveltséggel a Horner syndroma oldalán. (Lásd: Referátumomat O. H. 1935. 22. szám).

Grósz István dr.

Elektrocauter szemhéji daganatok kezelésében. *Passow.* Klin. Monatsbl. f. Aug. 95. k. 412. o.)

A szaruhártya bántalmak, ulcus serpens, herpesek alkalmával jól bevált cauterisatiót szerző a szemhéj daganatos képződményeinek eltávolítására is sikerrel alkalmazta. Nemcsak kisebb, hanem nagyobb kiterjedésü neoplasmákat is sikerült elektrocauterisatió alkalmazásával jó kosmetikus eredményt elérve eltávolítani.

Bíró Imre dr.

A tuberculosis immunitás és a kisérletileg kimutatott szemtuberculosis közti vonatkozásról. *T. (Yoshida.* (Act. Soc. Opht. Jap).

Kisérleti állatnak nyulat használt, amelyeket előzetesen kis adag tbc. antigénnel kezelt, azután a bal szívkamrába Koch bacillus emulsiót fecskendezett. Vizsgálatainak az eredményei: A nyulakon a túlérzékenység kimutatható volt. Az összes kóros elváltozások (véredénytágulat, sejtes beszürödés, sbt.) már három órával a befecskendezés után kimutathatók voltak és egy bizonyos idő mulva visszafejlödtek. A jelentkezésük mindig szorosan összefüggött az ereződési viszonyokkal. A túlérzékenységi periódus aránylag gyorsan eltünik és egy szükebb értelemben vett immunitásnak ad helyet. Fajidegen fehérjék előzetes befecskendezése után az összes reactiók jóval enyhébbek voltak.

Glück Emil dr.

A B2 vitaminnak a viszonya a szem kóros elváltozásaihoz, különösképen a keratitis superficialis diffusához. *Keiu Suda.* (Act. Soc. Opht. Jap.)

Szerző patkányokat B_2 vitamin mentes táplálékon tartott és azt tapasztalta, hogy 30—40 nap mulva a corneának diffus opacitása lépett fel, amely a B_2 etetése után a 3—4. napon kezdett javulni és 30—40 nap múlva tünt el teljesen. Az állatok börén pellagraszerü tünetek is jelentkeztek. A controll állatokon a fenti szemelváltozások sohasem léptek fel. Az emberi k. s. d.-nak aetiologiáját illetőleg keveset tudunk. Okozhatja: 1, Beri-beri; 2. Menstruatio, szülés, szoptatás; 3. Hormonalis zavarok; 4. Syphilis; 5. Tbc. Ez a betegség Japánban meglehetősen gyakori, míg Európában és Amerikában ritka. Kisérletei alapján valószínünek tartja, hogy a k. s. d. kifejlödését B_2 vitaminnal meg lehet előzni.

Glück Emil dr.

Urologia.

Transuretero-ureteralis anastomosis. *Ch. C. Higgins.* (Journ. of. Urol. 1935. 34. 349.)

Fiatal emberen diverticulektomia után vizelés alkalmával nagy fájdalmak léptek fel a jobb vese tájon. A jobb vese functionalisan kóros eltérést nem mutatott az elvégzett cystographia azonban kimutatta, hogy vizeléskor refluxus jön létre. Az ureter reimplantatiója az előzetes diverticulektomia következtében nehéz feladatnak látszott, ezért arra határozta el magát, hogy a jobb uretert a bal ureterbe implantálja Transperitonealis úton tárta fel az uretereket a kereszteződések felett, majd a jobb uretert end to side anastomosissal egyesíti a bal ureterrel. Mindkét ureterbe ureterkathetert vezet fel. A hasi sebet primán varrja; a sebet egy hátsó bemetszésen keresztül drainezi. Másfél évvel a mütét után végzett vizsgálat minkétoldalt jó vese functiót mutatott és az anastomosis helyén sem volt kóros elváltozás észlelhető.

Bodon György dr.

Tabes dorsalist kisérő hólyagzavarok kisérleti előidézéséről. *J. E. Dees* és *O. R. Langworthy.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 358.)

Kiserleteit nőstény macskákon végezte úgy hogy a sacralis II., III. és IV. kötegek hátsó nyalábjait átmetszette. Átmetszés után az állatok spontán vizelni többé nem tudtak és a hólyag capacitása a normalis 40 ccm capacitásról fokozatosan 160 ccm capacitásig emelkedett. Az 5—6 nap után ischuria paradoxa lépett fel. A hólyagok könnyen fertőződtek. Csak a fentebb említett 4 idegtörzs átvágása eredményezte ezt az állapotot. A lumbalis vagy dorsalis hátsó kötegek átmetszése után hólyagzavarokat nem észlelt. 10 ilyen módon kezelt állaton hasi sympathektomiát végzett. Ezek közül 5 rövidesen elpusztult a beavatkozás után. A másik ötön automatikus vizelet ürítés mutatkozott.

Bodon György dr.

Súlyos vérzés jóindulatú prostata megnagyobbodás esetén. *Ch. H. de T. Chivers.* (Journ. of Urol 1935. 34. 417.)

Az igen súlyos vérzés oka a nagy középlebeny felszínén levő két felületes fekély, mely egy tágult eret arrodált. A vérzés csak a sürgösen elvégzett prostatektomiával volt csillapitható. Rámutat esetével kapcsolatban arra, hogy súlyos prostata vérzés esetén a prostatektómia vitalis indicatiót képezhet.

Bodon György dr.

Keresztezett renalis dystopia négy esete. *E. I. Guipelson* és *L. N. Fatianova.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 333,)

A moszkvai sebészeti klinikán 1923—1928 között 470 vesemegbetegedésből 54 esetben találtak fejlödési rendellenességet a vesében, vagy az ureterekben, ami 11.5%-nak felel meg. A dystopiás vese rendesen a normalis vese alatt helyezkedik el és csak ritkábban (13%) felette. A dystopiás vese rendszerint megtartja embryonalis lebenyezettségét, gyakran hyperplasiás és vesemedencéje többnyire előrefordult. Sok az atypusos véredény. A dystopiás vese praedisponált kóros elváltozások fellépésére. A dystopiás vesének nincs charakterisztikus klinikai tünete. A pyelographia előtt a keresztezett dystopia diagnosisa nem volt ismeretes. A tapintás gyakran felkeltheti a gyanut, melynek alapján a további vizsgálatok megindulhatnak.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

Ostitis tuberculosa multiplex cystoides (Jüngling) lupus vulgaris eseteiben. *F. Koch.* (Derm. Wschr. 1935. 30. sz.)

Jünglig beható vizsgálatainak köszönhetjük a felső és alsó végtagok phalanxain látható elváltozások ismeretét lupus pernio és Boeck sarcoid eseteiben. Az elváltozást igen sokszor spina ventosa névvel jelölik és ezekben az esetben lényege körülírt, többnyire ovalis alakú, különböző nagyságú, világos helyek képződésében nyilvánul meg a kéz és láb phalanxain. Jüngling és Gans histologiai vizsgálatai szerint epitheloid sejttuberculumokkal állunk szemben, amelyek esetről-esetre váltakozó számú óriássejtet mutatnak. Az irodalmi adatokból kitünik, hogy ilyen alakú ostitist Jünglig, Weil és Albertini észleltek lupus vulgaris, tovább Albertini lupus erythematodes egy esetében. Szerző ezt a számot egy negyedikkel egészitik ki. Betegének rövid kórtörténetét közli, amit annál is érdemesebbnek tart, mert esetében a tbc-s aetiologia

biztosan megállapítható. Betegének kézújjain az elmondott csontelváltozások, homlok- és arcbőrén pedig 1—3 márkásnyi lupus vulgaris gócok voltak észlelhetők. Tuberculin injectióra nemcsak a lupusos gócok lángoltak fel, hanem a kéz újjaiban is sajátos fájdalmak árulták el a gócreactiót. Szerző azon az álláspontón van, hogy az elváltozás tbc-s aetiologiája még evvel sem bebizonyított, hanem azt esetről-esetre tisztázni kell.

Preininger Tamás dr.

Vizsgálatok a tenyésztési eljárásnak jelentőségére vonatkozólag gonorrhoeás megbetegedésekben. *Michael Kaplan* és *Stefan Wolfram*, (Wiener. klin. Wschr, 1935. 20. sz.)

A tenyésztési eljárás jelentősége a gonorrhoeás megbetegedések diagnosisában és prognosisában ma még vitás. Szerzők beszámolnak klinikájukon szerzett tapasztalataikról. Előzőleg ismertetik a használt táptalajt, majd eredményeiket friss gonorrhoea, kezelt gonorrhoea eseteiben, gonorrhoeás vulvovaginitis, rectalis gonorrhoea, gonorrhoeás általános megbetegedések esetén, az alkalmazott provocatios eljárások után. Eredményeik alapján nem tudnak dönteni abban a tekintetben, hogy vajjon a tenyésztési eljárás vagy a gondos mikroskopos vizsgálat nyújt e többet, egyes esetekben csak tenyésztéssel tudta a gonococcusokat kimutatni. Épen ezért ajánlják mindkét eljárás egyidejü alkalmazását.

Szép Jenö dr.

Vannak-e fajlagos antitestek syphilisben szenvedő betegek vizeletében. *Preininger T.* (Derm. Zeitschr. 72. k. 1. f).

Szerző laboratóriumi kisérletek alapján a címben foglalt kérdésre azzal válaszol, hogy a syphilisben szenvedők vizeletében vagy egyáltalában ninesenek fajlagos antitestek, vagy ha vannak is, úgy azok a jelenleg ismert módszerekkel ki nem mutathatók, ami valószínüleg azzal magyarázható, hogy a syphilises antitestek serologiai kimutatása egy eddig még ismeretlen fehérjekötéstől feltételezett.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Pathologische Anatomie und Pathogenese der Tabes dorsalis. *H. Richter*. (Mit 30 Abbildung. Hdb. d. Neurol. XII. 1935. J. Springer. Berlin).

Szerző bevezetésében hangsúlyozza, hogy a tabes pathogenesisét a metalues fogalma nélkül akarja megszerkeszteni és joggal mondja, hogy a metalues a spirochaeta felfedezése idejében a tabes és paralysis progressiva tanában magát túlélte. A munka négy nagyobb fejezetből áll.

A) Az első a tabes kórbonctanával foglalkozik és ebben egyenként tárgyalja I. a gerincvelöben található; II. az agyvelöben előforduló elváltozásokat, III, a tabes esetében megállapított spirochaeta-leleteket, IV. a tabes atypusos elváltozásait. A gerincvelöi elváltozások során természetesen mindenekelött a hátsó kötelek magatartását, mint a tabes régi classicus elváltozásait írja le és itt kiemeli, hogy a tiszta tabes esetén csakis a gerincvelöi hátsó gyökereknek folytatásai, vagyis a hátsó kötelek exogen rostjai betegszenek meg és itt kerül sor az elektiv tabes és a monoradikularis tabes ismertetésére. Ezután a gerincvelöi hártyák, majd mint legfontosabb elváltozásokról, a gerincvelöi hátsó gyökereknek magatartásáról szól és itt két pontnak pathogenetikai jelentöségét tárgyalja. *a)* A Redlich—Obersteiner-féle hely (ez az a meningealis gyökérgyürü, amelyen a hátsó gyökér a hátsó kötélbe behatol) jelentöségét azzal veszíti el, hogy itt meningitises elváltozások állandóan nem találhatók, de kimutatja azt is, hogy nem állja meg helyét az a felfogás sem, (Spielmeyer), hogy ez a hely a kisebb ellentállás helye volna, melytöl kiindulva a hátsó kötél felé elfajulás elöbb és bizonyos elektivitás szinezetével köszöntene be. Ezen utóbbi jelenségnek szerző kisérletileg magyarázatát tudta adni azzal, hogy a gerincvelön kívüli gyökrészben az elfajulási folyamat sokkal gyorsabban zajlik le, mint a gerincvelön belüli gyökrészben és igy nem szabad abból a képből, mely szerint az intramedullaris gyökvégben a degeneratiós termékek tömegesebben fordulnak elö, mint az extramedullarisban, azt következtetni, hogy a tabeses gyökfolyamat megindulása a gyökér intramedullaris részében történnék. — *b)* Most következik a munka legfontosabb része, a hátsó gyökér praeganglionos részletének, a nervus radicularis elváltozásainak ismertetése, mely a tabeses gyöki megbetegedésnek állandó szinhelye azzal a Richter által elöször kimutatott ténnyel, hogy itt egy lueses sarjadzási szövet található a szerző által itt demonstrált spirochaetalelettel. Ezen helyi folyamatban a gyökéridegben a tabeses kórszövettani folyamatnak lényegi meghatározása adva van és ezzel a metalues fogalma is megdöl. Ezután szerző utal arra, hogy a csigolyaközti ducok sejtjeinek elváltozásai szinte jelentéktelenek és igy a tabeses kórfolyamat elsödleges elváltozásai gyanánt semmiképpen sem tekinthetök. Most áttér az agyvelöben található kórszövettani elváltozásokra, ismertetvén az agyidegekben látott elváltozásokat és kiemeli, hogy a tabes folyamán az összes agyi idegek kivétel nélkül megbetegedhetnek, de mindenkor az intrakranialis és extracerebralis gyökrészben, úgy, mint a gerincvelö hátulsó gyökereiben. Az agyi idegek közül a nervus opticust jelentöségénél fogva egész különösen tárgyalja és itt utal a Grósz Emil—Stargardt megállapítására, mely szerint ennek az idegnek az elfajulása mindig a szélén indul meg; szerző 3 esetében a beteg ideg hártyájában lobos infiltratiót látott a piában és a behatoló septumokban, itt perivascularis plasmasejtes infiltratio formájában és kiegészül ez a lelet Igersheimer fontos adatával, mely szerint a tabeses opticusban spirochaeta lelhető fel. Most következik a szerző által Noguchi módszerével elöször kimutatott spirochaeta leírása és joggal emeli ki, hogy az élösdi kizárólag a sarjadzásos szövetben, tehát a gerincvelön kívül volt található. Az anatómiai elváltozások sorát bezárja a tabes atypusos elváltozásaival, milyenek a spinalis meningitis, a myelitis luetica, a paralysis progressiva esetében látható gerincvelöi elváltozások, a környéki idegek és nagyagy elváltozásai, végül külön tárgyalja a tabeses psychosisokat.

B) Ezek után áttér a szerző munkájának második fejezetére, a klinikai tünetek és a kórszövettani elváltozások közötti kapcsolatra és meggyözöen domborítja ki, az inreflex hiányának, az érzö zavaroknak, a zsigeri érzészavaroknak, a lancináló fájdalmaknak gyöki természetét. Ezzel szemben a tabeses trophiás zavaroknak okát az idegrendszerben lefolyó alapfolyamattal oki kapcsolatba hozni már sokkal nehezebb; a tabeses herpes zoster létrejöttéhez nem egyedül a csigolyaközti duc megbetegedése kell, mert ebbe belejátszhatik még a hátsó gyökér bántalmazottsága is. Az osteoarthropathiák létrejöttében helyi, direkt spirochaetahatással is kell számolnunk, illetve a vasomotoros teóriával. A tabeses izomsorvadások csakis a környéki mozgató neuron megbetegedésével hozhatók összefüggésbe és végül a reflektoros pupillamerevség magyarázatában Sven Ingvar érdekes leletére utal, mely szerint a tractus opticusban és a chiasmában egészen felszinesen futó pupillomotoros rostok szenvednének meningitises infiltratumok és degeneratiók alapján.

C) A harmadik fejezet a tabes histogenesisét tárgyalja az előzőkben részletesen előírt kórszövettani elváltozások alapján; itt nagyon meggyözöen utal arra, hogy a hátsó gyökerek és a látóideg bántalmazottsága akkor jut helyes megvilágításba, hogyha szem elött tartjuk az elsödleges extracerebralis laesiónak a subarachnoidalis üregben fekvését és megkapó képét adja a folyamatnak akkor, midön arra utal, hogy a liquorüreg magában egyesiti a tabesnek összes elsödleges támadási pontjait, a nervus opticustól kezdve az utolsó sacralis gyökig, mely pontokon a kezdetleges kórbonctani elváltozások a spirochaetákhoz vannak kötve.

D) Az utolsó fejezetben megjegyzések foglaltatnak a tabes pathogenesiséhez, melyek lényege abban foglalható össze, hogy a spirochaetákon kívül még bizonyos ellentállási gyengeség is játszik szerepet a folyamat kiképződésében, olyan értelemben, hogy a liquornak biologiai áthangolása következtében ennek eredményeképen elöállana a gyengébb ellentállás állapota. Azzal az igaz tétellel rekeszti be munkáját hogy a tabes histogenesisének tisztázódása alapján a tabes-probléma lues-problémává alakult át.

Richter Hugó munkája azáltal nyer különös jelentöséget, hogy a tabes kórszövettanának és histogenesisének minden kérdésében az ö legsajátabb búvárlatainak eredményei alapján meggyözően tud állástfoglalni. Milyen munkát végzett a szerző, azt éppen e sorok írója tudja megítélni, mert a tabes kórszövettanával több, mint 30 éve foglalkozván, ennek a nagy és fontos kérdésnek minden részletébe betekintéssel bír. A Richter-féle munkának rendkívüli értéke akkor áll elöttünk tisztán, hogyha visszagondolunk a tabes histogenesisének 30—40 év előtti állására, mely a kérdöjelektől szinte hemzsegett és ezzel szemben látjuk a mai tisztázott helyzetet, melynek kidolgozásában Richternek oroszlánrésze van. Ezek után joggal mondhatjuk, hogy minden további munkának a tabes histogenesisében Richter Hugó alapvető munkájából kell kiindulnia.

Schäffer prof.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 25-i ülése.

Rejtő S.: *Gyógyult otogen meningitis esete.* 12 éves kisleányt heveny középfülgenyedésének harmadik hetében operált 40° láz, dermographismus és fejtető-fájások alapján, amely fájások az ágyban felüléskor fokozódtak. A meningitis tünetei csak a műtét után fejlődtek ki, s egy héten át tartottak. A liquorban kétízben volt kimutatható a diplococcus: (streptococcus), egyszer a kikent készítményben, egyszer pedig a táptalajon. A gyerek 5 hete gyógyult.

Kisfaludy P.: *Szájüri rákok rádiumkezelése.* Ismerteti a rádium, röntgen és a sebészi eljárások együttalkalmazásának, azaz a combinált módszernek javallatait. Hangsúlyozza, hogy bármennyire is bővülnek a sugárbiológiai fizikai ismereteink és bármilyen magas fokot is ért el a rádiumtechnika, műtétre alkalmas esetben mégsem tudjuk nélkülözni a műtétet. Majd a külföldi neves intézetekben használatos technikai eljárásokról, valamint az osztályán elért eredményeiről képekben számol be. Végül filmvetítéssel ismerteti a szájüri rádiumtartók (moulage) elkészítését, valamint a rákos daganat villamoskéssel kiirtását és rádiumtüzdelésének a menetét.

Manninger V.: A bemutatott eredmények a kételkedőket is meggyőzhették arról, hogy a sugaras kezelés a sebészetivel és egyéb, ma még kisérleti állapotban lévő eljárásokkal karöltve fogja meghozni a rákbeteg gyógyításának eredményességét.

Láng.: *Regaud* alapvető kisérletei nyomán jár mikor többször hangsúlyozta már, hogy egyedül helyes a primaer szájüregi daganatnak kis mennyiségű rádiumot tartalmazó tűkkel való elárasztása. Az eltávolítás utáni rádium alkalmazás nem javította meg eredményeit és nem óvott meg mirigymetastasisképződéstől. Ellenben hátránya volt a mindent magába olvasztó, utóvérzésekkel járó nekrosis. Az objektiv kritikát az elektromoskés csak fentiek figyelembevételével állja ki. Előnye, hogy gyorsan lehet vele dolgozni, vérzéscsillapítással nem kell bajlódni, de ez nem ér fel azzal a hátránnyal, amit súlyos utóvérzésekkel való megbirkózás okoz.

A nyaki mirigyekre, mint védekező szürőapparátusra a szervezetnek szüksége van, azokat praeventive ne irtsuk ki. Tény, hogy a mirigyek belsejében helyetfoglaló ráksejteket a röntgensugarak meg tudják ölni, tehát ez a helyes kezelés. Nem kétséges azonban, hogy a kifáradt mirigyeket ki kell irtani.

Ugy az előadóéval technikája közös, mégis eredményei a műtétiekhez képest jobbak és szinte veszélytelenek. 220 szájüregi rákos beteg közül a beavatkozás következtében 4 beteget veszített el (1,8% mortalitás, két pneumonia, sepsis, egy embolia). 62 felső légúti rákos közül 22 beteg él 1½—5 éve,

Tiltakozik az ellen, hogy hazánkban ezideig rádiumgyógyítás nem történt s csak a sugárkórházban fognak azzal foglalkozni.

Kövesligethy (Büben) I.: A szájüregrákok sugaras gyógyításában a rádiumtüzdelésnek fontos szerep jut. A rádiumtük alkalmazásával kapcsolatban a kezelési idő kérdésében a vezető iskolának — a stockholmi- és párisiak két különböző a felfogása. A stockholmi iskola a rövid kezelési időnek híve és így az idegentestnek a gyulladásra igen hajlamos szövetekben huzamos alkalmazásával járó szövődményeket nagyrészt elkerüli. — A párisi iskola *Regaud* biológiai elgondolása alapján a huzamos kezelést alkalmazza, ennek a nagyfokú oedema mellett más súlyos szövődményei is lehetnek, mint azt közel 2 évre terjedő — a rádiumgyógyítással foglalkozó — külföldi tanulmányútján volt alkalma észlelni. A rádiumtük alkalmazásában a csupán útmutatóul szolgáló fizikai dosirozásnál sokkal fontosabb a biológiai dosirozás. A rádiumenergiára fokozottan áll az a megállapítás, hogy nemcsak a könnyen elsajátítható kezelési technika, de megfelelő, sugárfizikai és biologiai alapismeret mellett az évek munkájával szerzett tapasztalat az, amely a rádiummal foglalkozókat tényleg radiologusokká avatja.

Lénárt Gy.: és Lajtha A.: *Az N. és M. vértypustulajdonságok megoszlása Magyarországon. Jelentőségük az elméleti és gyakorlati orvostudományban.* Az M. és N. faktorok (közös néven typustulajdonságok) az A és B vércsoportokkal sok tekintetben rokon agglutinogen-tulajdonságok. Ellentétben a vércsoporttulajdonságokkal az M és N faktorokkal szemben az emberi vérsavó normalagglutinineket nem tartalmaz. Kimutatások házinyulaknak M. ill. N agglutinogent tartalmazó emberi vörösvérsejtekkel immunizálása útján nyert antitestekkel történik. A budapesti népesség typus megoszlása 624 esetük alapján a következő: M 33,49%, N 18,59%, MN 47,92%, (ugyanakkor a csoportmegoszlás: AB 6.25%, A 41,83%, B: 15,87%, O: 36,05%). Mindkét faktor hiánya nem fordult elő.

M és N az egyénnek állandó, korral és betegséggel nem változó és semmi módon meg nem változtatható sajátsága. Korrelációs coefficiens számításaik értelmében a typustulajdonságok a nemtől és a csoporttulajdonságoktól is függetlenek.

M és N allel elhelyeződésü domináns tulajdonságok, öröklődésük a Mendel-féle öröklődési szabályt követi. Gyakorlati jelentőséget tulajdonítanak a vértypusoknak az ismételt vérátömlesztésekben, ha a typusreláció olyan, hogy a vértátvevő savójában a vértadó vörösvérsejtjeivel szemben hatékony immunagglutininek termelődnek. Nyomatékosan ajánlják a typusvizsgálatok bevezetését a törvényszéki orvosi gyakorlatba hazánkban is, mindazon esetekben, melyekben a személyazonosság és a családi állás megállapítása szorul tisztázásra (bünügyi, gyermektartási perek, családi állás elleni bünselekmények).

Közkórházi Orvostársulat november 27-i ülése.

Bálint S.: *Magaplasia:* Fiucsecsemőn a születése óta fennálló balodali facialis és abducens bénulást, továbbá kifejezett mikrognathiát észleltek. A szüléskor semmiféle müvi beavatkozás nem történt; a számításba vehető többi kóroktani tényezők kizárása után a betegség eredetéül a bal oldali facialis és abducens mag aplasiáját, illetve hypoplasiáját vették fel. A magaplasia kórjelzését az elvégzett vizsgálatok (elektromos ingerlékenységi, stb.) továbbá a folyamat stacionaer volta, a bénulásnak társulása mikrognathiával, 2 agyideg együttes müködési kiesése teljesen alátámasztották.

Szőllősy I.: *Fistula gastro-colica esete:* 1915-ben haslövés. 1925-től ulcus panaszok, 1930-ban stenosis pylori miatt GEA retro col. Mütét után két hónappal újból ulcusos fájdalmak léptek fel. Utolsó évben 16 kg-ot fogyott, rengeteg büzös felböfögés, naponta 4—5 hasmenéses széklet. Beöntéses röntgenvizsgálatkor gyomor a colonból közvetlenül fertőződött. Mütét: (Prof. Pólya) GEA helyén zöld-diónyi callosus ulcus, mely a colon transversum falára is ráterjed. Összenövést szétbontva colon sebét bevarrjuk. GEA-t szétbontjuk, vékonybelet end to end egyesitjük. Resectió ventriculis seo. Billroth I. Mütét óta 20 kg-t hizott, teljesen panaszmentes. — *Jejunum többszörös sarcomája miatt végzett bélresectió:* A has bal oldalán többször heves görcsök, hányás, ileusos tünetek. Hasban bal o. loccsanás. Gyomor-bél röntgen a has b. o. középen 2 nivót mutató pépfoltot állapitott meg. Mütét: (Prof Pólya), a jejunum kezdetén a bél fél ökölnyi — belül szétesett — tumorrá alakult, ettől aboralisan még 5 mogyorónyi-diónyi tumor, mesenteriumban nagy mirigyek. Resectió bőven az épben, end to end anastomósis. Normalis sebgyógyulás. Szövettani vizsgálat (Dr. Habán), reticulum sarcoma. 1935. máj. 2-án 52 é. férfit kb. ökölnyi aneurysmaszerü tágulatot mutató perforalt jejunum sarcomával operált. Szövettani vizsgálat (Prof. Zalka) sarcoma rotundocellulare.

Mező B.: *Fertőtlenitő gyógyszerkeverékekkel elért eredményekről:* Azt tapasztalta, hogy a használatos fertőtlenitő szerek hatása nem kielégitő. Prof. Belák intézetében végzett vizsgálatok (Dr, Varga) kimutatták, hogy az ezüst és higany vegyületek között még az $AgNO_3$ és $HgCl_2$ a leghatásosabb, míg az újabb csersavas és epesavas cyanos, stb. vegyületek hatása a lapis és sublimat hatása mögött elmardt. Az $1^0/_{00}$-es lapis pl. 10' alatt öli el a bakteriumokat, az 1% Arg. prot, és kiválónk gondolt Hg. cyan, 1/3000 oldata még két óra alatt sem ölik el a baktériumokat. Mező az egymással chemiai rokonságban lévő, de más módon ható szerek keverésével igyekezett hatásfokozódást elérni. Eddig a Hg. oxycyanatumot, a bórsavat és kénsavat keverte Ka. hypermanganattal. Ha az 1/5000 Hg. cyanatumba, vagy a 3%-os bórvízbe, vagy a $\frac{1}{2}^0/_{00}$-es kénsavba annyi Ka. hypermanganatot ad, hogy az emlitett oldatokban a Ka. hypermanganat töménysége 1/5000 legyen, akkor ezek a keverék oldatok az összes baktériumokat 25" alatt elölik. (Dr. Varga). Érdekes, hogy a teljesen hatástalan 3% bórvíz gyengén desinficiens. Ka.

hypermanganat hatását tizenötszörösére emeli. A keverék oldatok közül a legjobbnak Mező a 3%-os bórsav hypermangan keveréket tartja, amellyel a hugyutak gyulladásos megbetegedésének gyógykezelésében kitünő eredményeket ért el. Ugy gondolja, hogy a keverékeket a szemészet, a fül-, orr-torokgyógyászat is sikerrel alkalmazhatja. A 3%-os bórvíz-hypermangan keverék kézdesinficiensnek is kiválóan alkalmas. Biztosra veszi, hogy a kénsav hypermangan keverék pedig a nyers élvezeti cikkek (gyümölcs, saláta), fertőtlenítésére is alkalmas lesz, amiáltal a typhus és dysenteria esetek számát járványok esetén csökkenteni lehet.

Győry Gy.: *Érett magzatok szülés alatti elhalásának okai:* Előadásában ismerteti a Szt. Rókus kórház utolsó 5000 szüléséből halvaszületett érett magzatok elhalásának okait: szük medence, placenta praevia, eklampsia, túlhordás, idös primiparaság, vitium, tuberculosis, stb alapján. A mütéti frequentia és eredmények felsorolása után rámutat a terhes-rendelés, pontos észlelés és kellő időben történő mütéti beavatkozás fontosságára. Hangsúlyozza az orvosok és bábák szülészeti továbbképzésének szükségességét és az intézeti szülés előnyeit.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének november 27-i ülése.

Györgyi G.: *Az egész ágyéki gerincoszlop féloldali sacralisatiója.* 67 éves férfi 4 év óta fájdalmakat érez háta jobb felében. Az a. p. irányú felvételen az I—IV. ágyéki csigolyák jobb oldali harántnyujtványait összekötő léc látható. Ugyancsak megszélesbbedett és sacralisált az V. ágyéki csigolya jobb o. haránthnyujtványa is, amelyet a többi ágyéki csigolyák összecsontosodott haránthnyujtványaitól keskeny izületi rés választ el. Az elváltozás fejlödési rendellenesség lehet. Az irodalomban mindössze két hasonló eset ismeretes.

Herman J., Kovács A., Horváth B.: a bemutatott esetet traumás eredetü meszesedésnek tartják az izmokban.

Sereghy M.: *Periostitis ossificans traumatica.* 23 éves gazdasági cselédlányt 4 év előtt a ló megrugott a jobb comb feszítő oldalán. A rúgás helye gyermekfejnyire megduzzadt és fájdalmas lett. 5 heti otthoni ápolás után egy vidéki kórház sebészeti osztályára vették fel, az itt készült első röntgenfelvételen nem látszott kóros elváltozás. 3 hónap múlva a röntgenfelvételen a femur két oldalán 1 mm. széles, kirágódott szélü csontfelrakódást találnak, melynek alapján a nagy duzzanatot a periosteumból kiinduló sarcomának tartják. A beteg combját amputálni akarják, majd miután a beteg ebbe nem egyezik bele, therápiás röntgenbesugárzásnak vetik alá, egy év alatt hat ízben kapott 600—600 r-et két irányból. Egy év mulva a beteg változatlan duzzanattal, kékes-piros, teleangiektásiás bőrrel, a közepén 5 pengönyi meredekszélő fekéllyel újra felvételi magát a kórházba, ahol a sarcoma diagnosis mellett kitartanak és a beteg combját újra amputálni akarják. A beteg most sem egyezik bele, hanem kártérítésért az OTI-hoz, majd később a bírósághoz fordul. Baleseti szakértőhöz kerül a beteg, onnan pedig hozzá. A kétirányú combfelvételen 20—25 cm. hosszú, 2—3 cm, széles, éleshatárú, durva csontrajzolatot találunk, a comb csont corticalisa a normalisnál vastagobb, sehol áttörve nincs. Sarcomára jellemző kisugárzás, áttörés sehol sem látható. Ez a lelet, továbbá a baleset óta eltelt 2½ év kizárják a sarcomát, hanem azt mutatják, hogy a betegnek jóindulatú periostitis ossificansa van, a lágyrészelváltozások pedig a fölöslegesen elvégzett röntgenkezelés következménye, a fekély pedig röntgenégés.

Mittelmann D.: *Epeköveket utánzó kontrasztanyagot tartalmazó bélkacsokról* szóló esetét ismerteti.

Kisfaludy P.: *Tonsilla rosszindulatú daganatainak sugaras kezelése.* Részletesen ismerteti az egyesített sebészeti, rádium és röntgen gyógymódok technikáját és az ezekkel elérhető eredményeket. Az előadó — negyedik éve — a tonsilla daganatos részeit villanyos késsel felületesen eltávolítja, majd utána rádium tüzdelést alkalmaz. A környéki nyirokmirigyrégiót röntgennel besugározza, akár prophylacticusan, akár a nyirokmirigyek sebészi kiirtása után. A tüzdelés után 6 hétre a betegek rendszerint tünetmentesek. Helyi kiújulás inkább az előrehaladott esetekben fordul elő. 10—15%-ban. Ellenben a tapintható nyirokmirigy leletek esetében már kevesebb sikert mutat fel ez az eljárás, amennyiben az elhalálozások legtöbbnyire evvel hozhatók összefüggésbe. 33 inoperabilis tonsilla-rákot kezelt ilymódon. Ebből ma is él és tünetmentes 16 (1—37 hónapja.) Az elhaltak közül a kezelés után egy 20 napra újult ki. Míg a másikon a 23. hónapban tüdőáttétel volt kimutatható. — Eredményeivel igazolja azt, hogy ez az ú. n. egyesített és veszélytelen kezelési eljárás sokkal jobb eredményeket ad, mint a 20—50%-os sebészeti beavatkozás. Tünetmentesített eseteit vetített képekben mutatja be.

Kövesligety (Büben) I.: A szájüregi rákok gyógyítása a sugártherapia nehéz. de hálás területe. A tonsilla carcinoma helyi rádiumkezelését a tüzdelés nehézségei miatt többen, így Berven is, különböző rádium tartók segélyével oldották meg. A sugárkezeléssel újabban elért szép gyógyulási eredmények mellett, a palliativ hatás is figyelmet érdemel.

Györgyi G.: A tonsilla tumoraira 3—4000 r. röntgen dosist ad fractionálva, az infiltrált nyaki mirigyekre pedig 2500 r. sugár adagot.

Szepesi Z.: A tonsilla és a tumor tájanatomiai helyzete határozza meg a beavatkozás minőségét.

A budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya és a Magyar Röntgen Társaság november 28-i együttes ülése.

Előadások:

Zinner N.: *Csípőizület bántalmainak klinikai diagnostikája.* Hngsúlyozza a diagnosis pontos felállításának szükségességét, még a röntgenkép elkészítése előtt. Felsorolja mindazon diagnostikai eljárásokat, melyekkel már klinikailag megállapítható valamely csípőizületi elváltozás, vagy olyan betegség, mely csipőizületre localisálódó fájdalmak és mozgásbeli korlátozottságot okozhat. Három részre osztva felsorolja a különböző betegségeket: 1. amelyekben a röntgenkép negativ; 2. amelyekben a röntgenképen látható elváltozások nem a csipőizületben, hanem annak környékén extra articularisan, vagy a gerincen látható; 3. mindazon betegségeket, melyekben a csipőizületben látható az elváltozás a röntgenképen és kiemeli azokat a különbségeket, melyek az egyes kórformákat megkülönböztetik egymástól és különösen a coxitis tuberculósától. Nagyon fontosnak tartja a pontos, elkülönítő kórismét, mivel csakis ennek alaján állapítható meg minden esetben a szükséges kezelés. Elismeri, hogy a a csípőizület elkülönítő diagnostikájában a röntgen primus inter pares.

Holitsch R.: *A csipőizület bántalmainak röntgendiagnostikája.* A csipőizület röntgenvizsgálatakor célszerü a felvételt úgy készíteni, hogy az egész medence a képen legyen. Felvételkor a két alsó végtag kinyújtva és a két öreg újj szorosan egymás melett legyen. Igy szimmetrális beállításban, az ép oldallal összehasonlítás alapán, már kis elváltozás is felismerhető, pl. kezdődő gümőkóros gyulladás, hol még csak a mészsók csökkenése miatt, csupán a csontok árnyékának mélysége csökkent. Coxa vera és valga kisebb fokát a combnyak és a diaphysis közti szöglet nagyságának kimérésével lehet megismerni. Ez rendesen 125—130°. De a mérés csak akkor megbízható, ha a felvételkor az említett lábtartásra ügyeltünk. Az egész medencének egyszerre ábrázolása azért is célszerü, mert csipőizületi panaszok esetében nem ritka az, hogy nem maga a csípőizület, hanem a szomszédsága a beteg. Erre pl. bemutat gümös caries-t, amely a sacroilicalis izületből ered, osteo myelitis az ülőcsontban, csigolyameg csuszamlást, a 4-ik és 5-ik ágyéki csigolya között, csontsarcomát a csípőcsontban. Bizonyos esetekben még más irányú röntgenfelvétel is szükséges, pl. a combnyak oldalirányú megtekintése a Lauenstein-féle, amelyet erősen behajlított kifelé forgatott csipőizülettel végezünk. Az ízvápa mellső és hátsó peremének fedetlen feltüntetésére a beteget felvételkor 30°-kal a kóros oldalra fordítjuk. Bemutatja világrahozott csípőficamnak legkezdetibb fokait, feltüntetve, a linea cervico- opturatoria diagnostikai jelentőségét. Coxa valga luxans képeket különböző korukban, szemléltetve a rendellenes megterhelés miatt idővel támadó másodlagos elváltozásokat, coxa vara rachitica alakjait és a coxa vara adolescentiumot. Ostheochondritis coxae juvenilis (Perthes) sorozatos képeivel szemlélteti a combfej jellegzetes elváltozásait. Hasonló sorozatos képeken mutatja a gümös csípőizületi gyulladás kezdeti tüneteit, a kiterjedtebb csontpusztulást, majd a gyulladás aktivitása elmulásának jeleit és végül lezajlása után a kimeneti formáit. A nem gümőkóros coxiti-

sek után bemutatja az idősült izületi gyulladás képeit. A csípőizületnek a kis medencébe nyomulása (protrusio acetabuli) különböző természetű betegségnek következménye. Osteoarthrosis (Arthritis deformans) különböző eredettel hasonló eláltozások felé vezetnek, amelyet porckopással, porchiánnyal, alatta a csontréteg másodlagos tömörülésével, széli felrakódásokkal és cysta képződésekkel jelentkeznek.

Bemutatások:

Niedecker G.: *Néhány érdekesebb eset a csípőizületi megbetegedések köréből.* Hat esetet mutat be, melyekben egy korai Perthes kór, nehezen diagnostizálható medencetörés, gyógyult cambnyaktörés utáni arthrosis deformans, exostosis cartilaginea multiplex, ischias és gonorrhoeás coxitis tették a kórismézést nehézzé és változatossá.

Kiss P.: Két esetet észlelt, melyekben távolról a csipőtájra vezetett panaszok zavarták a kórismét. Elsőízben féregnyúlvántályog mutatott coxitises tüneteket, másodízben egy rheumás coxitis utánozta féregnyúlványlob kórképét. A tbc. reactiók vizsgálatát az utóbbi években kissé elhanyagolták, mert kijelentették, hogy minden városi gyermek négy éves korán túl fertőzött. Tapasztalata az, hogy két évnél fiatalabb gyermekeken positív tuberkulin reactio activ gócra mutat. Legjobbnak a Moró próbát tartja, melynél sok folliculitis friss folyamatra, enyhe reactió pedig allergiás készségre mutat. A Pirquet-reactiot mindig tizszeres higitásban végzi, mert az ezerszeres higitás túl erős. Csecsemőkori coxitisek főveszélye a leromlott gyermekek gyors decompositiója. Ilyenkor a sorozatos vérátömlesztések a leghatásosabbak.

Csillag V.: A protrusio acetabuli eseteit mutatja be és a pathomechanizmusát ismerteti.

Horváth B.: Felhívja a figyelmet a csípőizületi gyulladás elkülönítő kórismézésénél az izomzatnak myogelotious és ossificáló elváltozásaira.

Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának nov. 25-i ülése.

Kún L.: *Az influenza kórképe állatkisérletben.* Az előadónak sikerült influenza bacillus intravenás befecskendezésével házi nyulon az influenza klinikai kórképéhez és kórbonctani elváltozásaihoz hasonló jelenségeket előidézni. Kellő adag után az állatok egy-két nap mulva elpusztulnak és a boncoláskor súlyos haemorrhagiás bronchopneumonia található. A vérzések, amelyek más szervekben is találhatók, az ereknek toxikus ártalmára vallanak. Előadó az elmondottakat vetített képekkel kiséri.

Kún L.: *Az influenza fertőzés hatása a kisérletes tüdő-tuberculosis lefolyására.* Az influenza hatása a gümőkóros folyamatokra sokat vitatott kérdése a pathologiának. Előadó ezt a kérdést állatkisérletekkel tanulmányozta úgy, hogy házi nyulakat human typusu tbc. bacillusokkal oltott be intravenásan és azután az állatokat a betegség különböző időszakában influenza bacillus kicsi, önmagában biztosan nem halálos adagjával fertőzte. Az eredmény az volt, hogy az állatok 50%-a ezen kis influenza adagokra elpusztult és a tüdőben a tuberculosis mellett az influenzára jellemző elváltozások voltak találhatók. Miután a mondott kisérleti körülmények között sem a tuberculosis inflectio, sem az influenza inflectio egyedül nem lett volna elegendő az állatok halálának előidézésére, a felvetett kérdésre azt a választ kell adni, hogy a tuberculotikus inflectio súlyosbítja az egyébként enyhe influenza-fertőzés lefolyását.

Angyán J.: A bemutatott vizsgálatok az elsők, amelyek határozottsággal demonsrálják az influenzabacillus kisérletes kórokozó voltát. Különösen érdekesnek tartja a tuberculosis focusok körül fejlődő infiltratumokat amelyek felhívják a figyelmet arra a lehetőségre, hogy a perifocalis gyulladást ne minden esetben tekintsük specifikus tuberculotoxikus elváltozásnak.

Fenyvessy B.: Az előadó által ismertetett kisérletek újabb bizonyítékot szolgáltatnak amellett, hogy az influenza kórokozója a Pfeifer-féle influenza bacillus. Jóllehet a hozzászóló ily módon régi álláspontját újból beigazoltnak látja, az újabb amerikai és angol vizsgálatokra tekintettel, nem zárkózik el a szürhető virus kérdésének revisiójától és intézetében ezirányú kisérletek is folyamatban vannak.

Jendrassik L.: Az ismertetett, exact módon előidézhető kisérletes influenza alkalmas lehet, az Ambrus-féle kisérlettel kombinálva, a fertőzés, valamint a hülés és fáradásbeli tényezők közt tapasztalható kölcsönhatás megállapítására.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 27-i ülése.

Dobszay L.: *Az újszlöttkori előduzzanat és a tejelválasztás problémája.* Bizonyos mennyiségü tüsző hormon bevitele után idősebb csecsemőkön kifejezett emlőduzzanat keletkezik, amely nagyon hasonlít az újszülöttek physiologiás mastitisséhez, azzal a különbséggel, hogy itt sohasem lehet secretiót észlelni. A jelenség tehát az *emlőfejlődés proliferativ fázisának* felel meg. *A secretiós fázis mesterséges* létrehozása céljából a hypophysis lactatiós hormonját adagolta tüszőhormonnal előkezelt csecsemőknek, mire kifejezett colostrum-secretió indult meg.

Petrányi Gy.: *A biologiai aktivitás fogalma a tüdőgümőkór kórtanában.* Azokat a vizsgálatait foglalja össze, amelyeket gümőkóros betegek és occult tuberculotikus iskolás gyermekek Groer-allergometriájával Motika és Szegeczkyvel végzett. A vizsgálatok Groer eredményeit megerősítették. Feltünő azonban, hogy a nemrég fertőződött gyermekek, akiknek gümőkóros betegedésre utaló tünete nem volt, éppen úgy reagáltak, mint a beteg, klinikailag is aktiv tuberculotikus gyermekek. Ezek alapján az aktivitás fogalmának bövitését tartja szükségesnek. Nem szabad csak akkor aktiv gümőkórról beszélni, ha annak klinikai tünetei is vannak, hanem aktivnak kell tartani azt a gócot is, melynek klinikai tünetei nincsenek ugyan, mégis később súlyos tbc-s megbetegedésre, mint pl. meningitis basilaris vezethet. A specifikus reactiók, vérsejtsüllyedés sebesség, colloid lab. reactiók, stb. csak akkor jelzik az aktiv tuberculosist, ha az már nagyobb szöveti elváltozást is előidézett, az immun biologiai reactió —, amilyen a Groeger-reactió is — a szöveti elváltozás nagyságától függetlenül is ki tudja mutatni a szervezetben az aktiv gócot. Szükségesnek tartja a gümőkór kórtanában a nem specifikus reactiókkal kimutatható klinikai aktivitás mellett a Groer-reactióval megállapitható biologiai aktivitás fogalmának bevezetését. Biologiailag aktiv minden egyén, akinek aktiv tbc-s góca van, klinikailag aktiv pedig minden olyan biologiailag aktiv egyén, akinek a góca már klinikai tüneteket is okoz. A továbbiakban a biologiai aktivitás klinikai-pathologiai jelentőségéről beszél.

Kramár I.: Az eddigi tapasztalatok alapján úgy látja, hogy az allergometria jól felhasználható diagnostikai segédeszköz: míg a tuberkulinpróba bizonyos életkoron felül csak negativ esetben döntő, s a positiv reactio nem bizonyít a fennforgó baj gümőkóros eredete mellett, az allegrometria révén szükül a kör, mert segitségével még tuberculin-positiv betegeink egy részén is eligazodhatunk: az inaktiv (pleoergiás) reactió kizárja a baj gümőkóros természetét. Az activ (pleoaesthesias) reactio, amint azt éppen előadó megfigyeléseiből látjuk, persze nem bizonyít ellenkező értelemben feltétlenül. Nagy előnye az allergometriának, hogy megkönnyíti a dispositiós prophylaxisban részesitendő gyermekek kiválasztását, s igy várható, hogy a gyermek-tuberculosis elleni küzdelemnek fontos segítő eszközévé lesz. Különösen érdekes azonban pathologiai szempontból, mert betekintést enged abba az erőviszonyba, amely a szervezet és a tuberculosis bacillus között fennáll, s amiről eddig semmiféle vizsgáló módszer, vagy reactio felvilágositást nem adott. A nyilt kérdések egész sorával állunk szemben: mennyi ideig tart a frissen fertőzött szervezet activ (pleoanthesiás) reactiója, mennyi idő kell tehát ahhoz, hogy a szervezet biztos egyensúlyba jusson, milyen a befolyásuk a physikalis, gyógyszeres, diaetás tényezőknek, stb? Mindez elég ok arra, hogy az allergometria elméleti és gyakorlati kipróbálása minél szélesebb mederben meginduljon.

Varga T.: *A szintképződés tünetének jelentősége a hasi szervek röntgendiagnostikájában.* Gyermekkorban a szintképződés a bélpassage zavarának fontos tünete, de helyes értékeléséhez a következőket kell szem előtt tartani: 1. nem ad felvilágositást az ileus kimeneteléről, mert a tünet nemcsak anatomiai szükület okozta ileusban positiv, hanem toxicus bélparesisben is. — 2. nem nyujt támpontot az elzáródás helyéről, 3. incomplet ileusban a tünet hiányozhat. 4. a létrejöttéhez bizonyos feltételek szükségesek, s igy megtörténhet, hogy teljes bélelzáródásban sem mutatható ki.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése.

(Közli: *Johan Béla* prof., intézeti igazgató.)

Ismerteti: *Vámossy Zoltán dr.*

„Mintegy 300 emebrnek munkájáról számolnak be e lapok. Ebből a munkából az intézeten kivüli világ csak az eredményeket regisztrálja; megszokta, hogy mind ez így van és nem úgy, ahogy az intézet felállítása előtt volt. De sokan vannak, akiket érdekel a munka menete is. Nem elégesznek meg azzal, hogy az eredményt látják, hogy az óra mutatója mozog; azt is meg akarják tudni, hogy mi mozgatja a mutatót?" — Evvel indokolja és vezeti be *Johan Béla,* az intézet igazgatója és élő rugója ezt a beszámolót, ami nemcsak minden orvosnak, hanem ma már minden magyar politikusnak és közéleti munkásnak lebilincselő olvasmánya. Mert csakis ebből a meggyőződéssé szilárduló érdeklődésből vezethető le az az örvendetes eredmény, hogy a magyar kormány áldozatkészsége nem csökken, hogy a parlamentben e költségek ellen soha egy hang sem emeltetik, sőt az ellenzék körében is pártolásra találnak, s az intézet és sugárzása alatt az intézmények fejlődhetnek és egyre nagyobb körben és többeket vonhatnak be bűvkörükbe, melynek vegykonyhájában az állam és nemzet legértékesebb tőkéje és leghódítóbb fegyvere készül: *az egészséges magyar nép.*

Már a mult évi jelentés kapcsán örömmel regisztráltuk, hogy községek és járások látva a mintajárásokban és egészségvédelmi körzetekben elért eredményeket, amelyek a lakosság egészségének és munkaképességének megőrzésén felül a községi háztartásokat jelentékeny ápolási díjterhek alól mentesítik, — szerte az országban kérelmezték beszervezésüket a költségek vállalásával. Bölcs kormányzatunk erre tervezetet dolgoztatott ki az intézettel az egész ország egészségvédelmi körzetekbe szervezésére, s e nagy munkából az 1934. évben 26 körzet felállítása végeztetett el, ami circa 200,000 falusi lakos egészségvédelmét jelenti. Működő körzeteink száma így ez évben a már meglevő 48-al 74-re szaporodott és 285 községben 645.510 lakost ölel fel (1933-ban 138 közs. 405.190 l.).

Elismeréssel kell megemlékeznünk ennek az „Intézeten kivüli munkának" vezetőjéről, *Gaál András* e. m. tanár, közeg. felügyelőről, s a mellette működő *Vass Elemér* egészségügyi mérnökről, ki a kutak, árnyékszékek, házak assanálását végzi. Jelentéséből érdekes adatként említjük, hogy államsegéllyel 55 kutat készítettek átlagosan 310—540 P. költséggel, rengeteg felvilágosítást, útbaigazítást adtak és behatóan foglalkoznak a vályogház egészségesebbé tételével, mert az összes lakóházaink 75%-a még mindig vályogból készül. *Hamar Pál dr.* az iskolafogorvosok impozáns munkájáról referál 6 oldalon öt táblázatban. Vizsgáltak 23.635 tanulót, kik között 17,363 volt beteg fogazatú (74%). Ezek közül kezelésben részesült 12.334 (71%), kiknek csak 30%-a tudta, vagy volt hajlandó az 50 f. kezelési dijat megfizetni.

Megható annak a 33 orvosnak rövid jelentése a járásában, körzetében végzett munkáról, melyre önérzetes büszkesége minden szaváből kicsendül. A vezetőkön kivül még 85, összesen tehát 118 orvos és 20 szakorvos végzi ezt a lelkes munkát 74 körzeti védőnő hathatós támogatása mellett. Hogy ezek milyen értékes és felbecsülhetetlen munkát végeznek, azt csak az ő fölötteseik, a körzeti orvosok tudják megmondani legszebb cáfolatul arra a baljóslatra, hogy a zöldkeresztes védőnők orvosellenes, kuruzsló munkát fognak végezni. De az intézet vezetősége is ismeri értéküket és szigoruan ragaszkodik amaz elvéhez, hogy újabb körzeteket csak akkor állít fel, ha kiképzett védőnőkkel tudja ellátni. Ez talán lassítja az ütemet, de hasznára van az ügynek. Ennek az ápolónői és védőnői munkának szervezője és ellenőrzője *Steller Mária* főnök asszony, kit e harmonikus és nemcsak positiv eredményeket elérő, hanem nagyszerű propagandistikus munka megszervezéséért a legnagyobb elismerés illet meg.

Talán érdekelni fogja olvasóinkat, hogy ez a szervezett egészségvédelmi munka évenként és lakosonként 50 fillérből létesíthető, ami valóban csekély összeg azon értékekkel szemben melyek kitermelésére lehetőséget nyújt. És mivel mi is azt tartjuk, hogy az orvos és védőnő tanácsadásai az aggódó emberhez sokkal közvetlenebbek, mint a nyomtatványok és plakátok, ezt a „szájról-szájra" terjedő, példákkal bizonyító egészségügyi propagandát tartjuk a leghatásosabbnak.

Most vesszük észre, hogy a jelentés végének ismertetésével kezdtük mondani valónkat. Önkénytelen kifejezése ez annak, hogy milyen jelentőségűnek tartjuk és milyen nagyra értékeljük az intézet e *„külső munkáját",* amely mélkül a legkitünőbben vezetett és a legjobban felszerelt intézet is csak theoretikus laboratorium maradna. *Johan Bélának* és vezérkarának az a szerencséje, hogy kezdettől fogva abból indultak ki, hogy rendeletekkel közegészségügyet csinálni, kormányozni nem lehet; — csak tanítással és végrehajtással, ami nevelő, hódító példákat teremt. Ha bölcs kormányunk 10 éves programmját végre hajtják, ennyi buzdító eredményre talán gyorsabb tempóban is, — hasonlíthatatlanul boldogabb, mert egészségesebb nemzet leszünk.

Evvel a jobb jövendőt ültető *tanító munkával* kezdődik a jelentés. Megtudjuk, hogy az ez évi 9 hónapos tiszti orvosi tanfolyamra 90 (!) jelentkező közül —sajnos — csak 25 vétetett fel, míg a 6 hetes körorvosi tanfolyamot 33-an végezték el. Elég kicsiny számok, de többre nem telik sem a lakást, élelmet nyújtó „orvosok házától", sem az állami támogatásból.

A *Wacker Alexandra* főnökasszony kitünő vezetése alatt álló ápolónői és védőnői tanfolyamot 17-en végezték be sikeresen, s ezek közül 13 azonnal falun kapott védőnői állást, míg 4-en ápolónők lettek. A 4 éves tanfolyam alatt álló növendékek száma az intézetben 77.

Az *„orvosok házá"*-ban 190 orvos igényelt szobát, kik összesen 8163 napot töltöttek ott. Ezek között 11 volt külföldi látogató 250 nappal.

Az intézet *laboratoriumai,* melyek az indulást követő évben 1928-ban csak 24,772 vizsgálatot végeztek, 1934-ben 425,884 vizsgálattal küzdöttek meg; ebből 197.994-et a központ, 182.702-őt a vidéki állomások, 45.188-at az ú. n. engedélyes laboratoriumok végeztek el. Horribilis számok! — melyek szükségessé is tették az intézetre egy emelet reáépítését. E laboratoriumok munkaeredményei és röviden közölt tapasztalataik oly élesen világítanak be közegészségügyünk egy-egy rejtekébe, hogy legszivesebben külön mindegyiket közölni szeretnénk, mint mindenki érdeklődését lebilincselő cikkeket. Megkisértjük legalább rövid kivonatban ismertetésüket.

1. *A pathohistologiai osztály* vezetője, *Lőrincz Ferenc* e. m. tanár jelenti, hogy 6918 vizsgálati anyag érkezett az osztályra, ezek között 531 volt kórszövettani természetű. Mindjárt itt egy panasszal találkozunk, mit közérdekből szeretnénk minél hangosabbá tenni. „Egyik-másik vizsgáltató még azt a fáradságot sem veszi magának, hogy például a diphtheriás torokváladék vételére és beküldésére szolgáló kémcsőből legalább a vattát és a vattát tartó drótpálcikát kiemelje vagy kivegye a szöklet beküldésére szolgáló üvegtartály dugójából a kanálkát, — mikor azokba egyáltalában nem való szövettani anyagot beküld. — Mi mindig a beteg érdekét nézzük, s az egyszer már akár-

milyen állapotban beérkezett anyagot feldolgozzuk mindig abban a reményben, hogy a lelet mellé csatolt levelünket utoljára kellett megirnunk, s teljesíteni fogják az abban foglalt kérésünket. Sajnos, jó igyekezetünket gyakran nem honorálják. — Kaptunk levélbor'tékban, papirba csomagolva vagy két üveglemez közé préselten kórszövettani anyagokat. Máskor vékonyfalu üvegcsét egy-két réteg papirral burkoltan tettek postára és szétt'rt üveg szilánkjaival teletűzdelve érkezett hozzánk a méhkaparék vagy szövetrészlet. Pedig a legeldugottabb kis községben is adva vannak azon egyszerű módok, melyek kórszövettani anyagok beküldésére felhasználhatók, s amelyeket mult évi és régebbi jelentéseinkben 'eírtunk volt." — Bár olvasnák mindazok, akiket illet és óvná meg hasonló lelkiismeretlen hibáktól azokat, akiket a jövendőben hoz sorsuk az intézettel összeköttetésbe.

Parasitologiai anyag 6387 drb. érkezett, ebből 928 malariára gyanus vérkészítmény, miből 526 volt positiv. Megállapítja az osztály, hogy a *malaria* esetek száma évről évre nő: 1934-ben már 1933 esetet jelentettek: 549-et Szabolcs-Unból, 319-et Szatmár-Ugocsa-Beregből, 99-et Zemplénből, 291-et Somogyból, 190-et Baranyából, 101-et Zalából. Tropica esetek is voltak (6) Szatmár-Ugocsa-Bereg endemiás területéről, egy eset Borsodból. Nem kell azonban elfelejteni, hogy az esetek szaporodásában a két endemiás helyen, az észak-keleti és a dunántúli vármegyékben megindult kutatásoknak, gyakori kiszállásoknak és a kötelező bejelentésnek is része lehet.

Igen érdekesek az osztály megállapításai a *házi légy szerepére vonatkozólag a typhus terjesztésében.* A légy biologiájának és irtási módjainak tanulmányozása után (O. H. 1934. 50—51. sz. Lőrincz—Makara) az ország typhus gyakoriság szempontjából különböző vármegyéiben 1934. máj. 1.-től fogva légysűrűségmegállapításokat folytattak, mit egy évig szándékoznak folytatni. De már az 1935 jan. 1-ig nyert adatokból világos, hogy a hőmérséklet emelkedése és a légysűrűség között egyenes arány van. Ami egybevetve *Petrillának* azon megállapításával, hogy az átlaghőmérsékletnek 18—20 C° fölé emelkedését 4 héttel követi a typhus járványgörbéjének emelkedése, (O. H. 1934. é. 512. l.) mindenkiben azt a gondolatot keltheti, hogy a mai felfogás szerint a typhus terjesztésében főszerepet játszó házi légy szaporodására kedvező ez a hőmérséklet, s így a nagyobb légysűrűség járulna hozzá a typhus elterjedéséhez.

Bár a végzett kisérletek is mutatták, hogy a házi légy szaporodása csakugyan 18—20 C°-nál kezd jelentős lenni, az osztály nem elégedett meg evvel a fél bizonysággal, hanem kezdte kutatni, hogy mily mértékben lepik meg a házi legyek az emberi ürüléket? És kiderült 170 alkalommal végzett légyfogó kisérletből hogy míg az angol klozettek légyfaunájában 66% volt a házi légy (ami megfelel a lakószobák leletének), addig falusi zárt árnyékszékekben fogott legyeknek csak 14.7%-a, a nyilt latrinákban pedig csak 11.9% volt a házi légy. A szabadban elhelyezett hálós légyfogókba pedig, melyekbe emberi ürülék volt kitéve, 22 esetben csak 3 házilegyet fogtak (0.25%) 1190 másfajta légy mellett (99.7%).

„E kisérletekből az a meglepő tény derült ki, — mondja a jelentés —, hogy a házi légy sokkal kisebb mértékben frequentálja az emberi ürüléket, mint ahogy arra számítottunk." E principalis kisérleteket 1935-ben megismételték — mint halljuk hasonló eredménnyel.

Még azt az érdekes megfigyelést is közlik, hogy az emberi ürülékre szálló és a gyümölcsöket látogató legyek azonos fajúak, aminek jelentőségét hangsúlyozni felesleges.

Kiegészíti gondolkozni valónkat e tények fölött a bakteriologiai osztály jelentése, mely szerint typhusbetegek házában és házatáján, typhusos betegek kórtermében összefogott több ezer házi légy közül egy esetben sem sikerült typhus bacillust kitenyészteni! Typhus kulturával vagy széklettel etetett legyekből azonban napokon keresztül (18 nap is előfordult) kimutatható volt a typhus bacillus. Ezzel szemben megnyugtató, hogy acut betegekből származó székletekben a typhus bacillusok már 24—36 óra alatt elpusztulnak. A vizsgálatra küldött székpróbákat tehát u. n. typhus bacillust dúsító táptalajjal keverik, miből szélesztett lemezeken csaknem szintenyészetben nő a bacillus, ami a vizsgálati technikát lényegesen feljavítja.

Ezek a vizsgálatok pedig emlékezetünkbe idézik a járványtani irodalomban folyó vitát a légy-theoria és víztheoria hivei között (*Pach H.* O. H. 1934. é. 560 l. és 887 l. és *Petrilla A.* O. H. 1934. é. 674 l.) és a legnagyobb elismeréssel kell feljegyeznünk azt az objectiv kutatószellemet, amivel az intézet a maga által is elfoglalt álláspontot igen szigorú vizsgálat alá vette és nagy valószínűséggel meg is döntötte, — bár még mindig megmaradtak a typhus terjesztésben gyanusaknak a nem házi, többnyire „zöld legyek", mint egyaránt látógatói ürülékeknek és a piaci gyümölcsöknek. Ez az új vizsgálati lelet, mi a házi légy felmentésével jár, azonban még nem dönti el a vitát a víztheoria hivei javára; csak egy biztató negativum, mihez még hiányzik a győzelmes positivum, amit most már nekik kellene hozniok.

Visszatérve a parasitologiai osztály jelentésére, a következőkben a hazánkban előforduló *anchylostomiasisról* kapunk tiszteletreméltó tömegmunka alapján teljesen tiszta képet. Összesen 33 nagyobb bánya 3440 munkását vizsgálták át a helyszinén 5564 vizsgálattal. Míg Pécset, Pilisvörösváron és Tatabányán csak 4 fertőzött egyént találtak, s azok sem ott szerezték bajukat, addig Brennbergben 571 mélyszini munkás közül 429-et (75%), Tokodon 382 közül 30-at (7.9%), Dorogon 846 közül 45-öt (5.3%) találtak fertőzötteknek. Míg Brennbergben a csilléseknek csak 45%-a volt beteg, addig a bánya mélyében dolgozó vájároknak 94%-a szenvedett bányászaszályban. Ezt a nevet egyébiránt nem érdemli meg az anchylostomiasis, mert egyéb ártalmas behatások nélkül (rossz vagy egyoldalú táplálkozás, kevés szénhydrat) magában a bányaféreg súlyos klinikai tüneteket nem okoz; a vérsejt pusztulás és képzés a fennálló fertőzöttség mellett is egyensúlyba jut. Ennek ellenére is természetesen törekedni kell az assanálásra, ami azon épül fel, hogy a munkások ne dolgozzanak emberi ürülékkel saturált talajban, mert a lárvák ott fejlődnek és táplálékuk az ürülék bakteriumai. Alkalmas kivitelű bányaklozettekre van tehát szükség, s a talaj fertőtlenítésére jó eredménnyel használták a mészport. A fertőzöttek gyó-


SEVENAL-CHINOIN
hypnoticum – antiepilepticum – sedativum
Csak körjelzéssel eredeti!

gyítására pedig legjobban vált be a tetrachloraethylen ($CCl_2 = CCl_2$), mit capsulában, ostyában vagy vizzel nyelettek le.

Szerényen jegyzik meg, hogy a 20 ezer bányamunkásunknak csak kis hányadán végeztek vizsgálatokat, de azok eredményei értékes útmutatásul szolgálnak a bányahygiéne mindenütt megteremtésére.

Végül az 1933-ban megkezdett *biologiai ivóvízvizsgálatairól* számol be az osztály, melyek 86%-ban adtak a chemiai és bakteriologiai vizsgálatokkal egybevágó eredményt. Előnyük, hogy csekély vízmennyiséggel, igen könnyen és hamar elvégezhetők, s egyes esetekben pl. elvezetett artézi kutak vizére ez adhat leginkább döntő véleményt.

VEGYES HIREK

Személyi hirek: A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére dr. *Milkó* Vilmos közkórházi főorvos, budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetemi magántanárnak és dr. *Horay* Gusztáv budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetemi magántanár, adjunctusnak a szakirodalom müvelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter dr. *Kockás* Gyula egyetemi tanársegédnek és dr. *Barla-Szabó* Jenő egyetemi tanársegédnek a pécsi m. kir. Erzsébet tudományegytem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését, továbbá dr *Környey* István egyetemi tanársegédnek, valamint dr. vitéz *Rosztóczy* Ernő

Kimutatás 1936. január 19—25-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	5	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	2	—	11	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	10	1	1	—	5	1	5	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
4. Békés	335.874	11	1	2	1	5	—	11	—	—	—	4	—	58	1	—	—	—
5. Bihar	180.415	5	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	27	—	1	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	8	2	—	—	4	1	3	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	3	1	1	—	5	—	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	5	2	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	—	1	2	—	2	—	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	8	—	3	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	2	—	1	—	3	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	322.207	6	1	—	—	4	—	4	—	—	—	1	—	48	3	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	7	2	—	—	6	—	19	—	—	—	—	—	44	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	—	—	—	1	—	9	1	—	—	—	—	27	1	1	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	24	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	20	—	3	1	19	1	50	2	—	—	—	—	111	3	—	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	2	—	11	—	—	—	—	—	55	—	2	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	4	—	—	1	9	—	27	—	—	—	—	—	75	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	13	—	3	—	—
21. Tolna	267.133	1	—	—	—	4	1	23	2	—	—	—	—	30	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	1	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	2	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	47	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	2	—	—	—	11	—	11	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
I. Baja	29.791	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	10	1	10	—	35	—	53	—	—	—	1	—	33	6	—	—	—
III. Debrecen	122.825	3	1	—	—	3	1	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	2	1	—	5	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	3	—	—	—	13	1	1	—	1	1	—	—	1	4	—	—	—
IX. Sopron	36.023	1	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	1	—	—	4	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	122	19	21	9	178	7	329	5	1	1	7	—	845	21	7	—	—
Előző évben:		96	20	12	1	252	17	209	—	—	1	2	—	906	22	4	1	—



SEVENAL-CHINOIN

hypnoticum – antiepilepticum – sedativum

Csak körjelzéssel eredeti!

honvédezredorvosnak a m. kir. Ferenc József tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerősítette. — A kormányzó a belügyminiszter előterjesztésére dr. *Mészáros* Gábor egyetemi magántanár, klinikai tanársegédet a gyulai m. kir. állami kórház igazgató-főorvosává nevezte ki.

Batáviai professor előadása Budapesten. P. M. van *Wulfften-Palthe*, a batáviai egyetemen az elme- és idegkórtan tanára, az orvosi továbbképzés központi bizottságának rendezésében január 24-én az I. számú szemklinika termében előadást tartott a trópusoknak az európai emberre gyakorolt hatásáról. Az előadást *Grósz* Emil egyetemi tanár, a bizottság elnöke köszönte meg és hangsúlyozta a tudományos kapcsolatot Hollandia és Magyarország között, amelynek eredte Mária Terézia orvosa és tanácsadója, *Van Swieten* közreműködése óta fennállanak. Az előadást nagyszámú érdeklődő hallgatta meg, akik a tantermet teljesen megtöltötték.

Pályázat egyetemi klinikai tanszékre. A kultuszminiszter a budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karán üresedésben lévő II. számú szülészeti- és nőnőgyógyászati tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A pályázatokat az egyetem orvostudományi karának dékáni hivatalához február 29-ig kell benyujtani.

A medikus bál január 25-én zajlott le a Szt. Gellért szálló termeiben, melyet az eddigieknél is fényesebb keretek között rendezett a 75. éves fennállását ünneplő Orvostanhallgatók Segítő Egyesülete. A bál védnökei, a háziasszonyok és a bált megnyitó párok ¾11 órakor vonultak be *Kornis Gyula* Rector Magnificussal és a bál fővédnökével *Darányi Gyula* Dékánnal az élükön a táncterembe, hol az egybegyültek üdvözlése után kezdetét vette a reggeli órákig tartó vigalom. A budapesti egyetem tanári karából ott láttuk *Bakay*, *Balogh*, *Belák*, *Beznák*, *Blaskovics*, *Frigyessi*, *Grósz*, *Huzella*, *Lenhossék*, *Szabó*, *Verebély*, *Vámossy*, *Boros*, *Mutschenbacher*, *Somogyi*, *Rejtő* professzorokat, a vidéki egyetemek tanárai közül *Neuber Ede*, *Benedek*, *Jeney*, *Wendt* professzorokat, *P. M. v*, *Wulfften* holland professzort Batáviából, valamint számosakat a magántanári karból. A bál fényes sikeréért s a mai nehéz napokban nem remélt anyagi eredményért a fáradhatatlan rendezőséget, élükön *Kovacsovics Tibor*, *Lukást Antal* és *Mayer Györggyel* illeti a dicséret. A bál bevételének elszámolását annak idején közöljük.

Semmelweis-emlékvacsora. A Budapesti Orvosi Kaszinó hagyományos Semmelweis emlékvacsoráját f. hó 28-án tartotta a Royal szálló dísztermében melyen *Johan* Béla államtitkárral az élén megjelent a magyar orvostársadalom sok kiválósága. *Kövesi* Géza elnök megnyitó beszéde után az est ünnepi szónoka, *Kiss* Ferenc egyet. ny. r. tanár mondta el serlegbeszédét, amelyben többek között rámutatott arra, hogy Semmelweis főhajtóereje jószívüségéből fakadó emberszeretete, fő tudományos módszere pedig az éles megfigyelés volt. Azzal fejezte be rendkívül nagy tetszéssel fogadott beszédét: Hogy a kis nemzetek kutatói mindig nehézségbe ütköznek, amikor eredményeikkel túlszárnyalják a nyugati tudósokat. Semmelweis nehézségeinek is nagy része ebből fakadt. Hogy ha igazán gyümölcsözően akarjuk müvelni az orvostudományt, akkor sem egyes régi vagy új irányzatokkal szemben nem lehetünk exkluzivok, sem pedig felekezeti vagy faji címeken nem eshetünk szét darabokra, hanem mindannyiunknak együtt kell működnie. A jelenlevők percegik melegen ünnepelték beszéde elhangzása után *Kiss* professzort, majd a Kaszinó főtitkára, *Domány* Imre *Tóth* István professzorról szóló emlékbeszédét olvasta fel.

Orvosi Hetilap bekötési táblák erős vászon borítással kaphatók Mentsik Ferenc könyvkötészete Bp. IV., Váci-u. 51, Tel.: 84—0—02.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota.

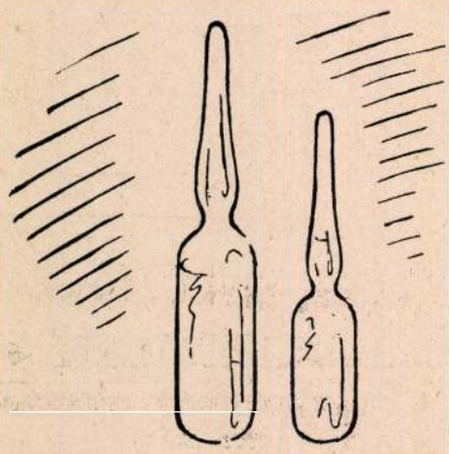
1935. december második felében.

Hasi hagymáz	21	(4)	Gyermekágyi láz	1	(—)
Kanyaró	51	(—)	Bárányhimlő	190	(—)
Vörheny	211	(2)	Vérhas	27	(1)
Szamárköhögés	33	(2)	Trachoma	24	(—)
Roncsoló torok- és gégelob	90	(6)	Gyermekbénulás	2	(—)
Influenza (szövődm.)	7	(1)	Meningitis	1	(—)
			Lépfene	—	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Eulysinol

intragluteális injectio



PNEUMONIÁK, BRONCHITISEK

PRAEVENTIV ÉS THERAPIÁS GYÓGYKEZELÉSÉNÉL

sokszor életmentő fontosságu

A légutak váladékát oldja, kiürítését tetemesen megkönnyiti.

Chronikus bronchitis, tüdőabscessus, emphysema, asthma bronchiale, tüdőgangraena, croupos pneumonia, bronchiektasia

SOUVERAIN GYÓGYSZERE.

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 1-én, szombaton 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Weiner Pál:* A tüdőgenyedések gyógyítása alkoholbefecskendezésekkel. — Előadások: *Heténvi István:* Ujabb pulsus térfogat-meghatározásokról. — *Razgha András* és *Váll László:* Értágítók hatékonysága az erek spastikus állapotainál.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának febr. 3-i előadását este 7 órakor *Rhorer László* dr. egyet ny. r. tanár tartja „A fizikai kutatások újabb eredményei, különös tekintettel a diagnosztikus és therápiás módszerekre" címmel.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület előadássorozatának febr. 4-i előadását a Közegészségtani Intézet tantermében d. u. 6 órakor *Sattler Jenő* dr. tartja „A sebészet története" címmel.

A Közkórházi Orvostársulat február 5-én tartandó ülésének tárgysorozata: *Nánásy László:* Metreurynter okozta incomplet méhruptura szokatlanabb módon gyógyult esete. — *Zágon András: a)* Hólyag-sygma-hüvelysipoly, *b)* Lymphogranuloma inguinale esetek. — *Csatáry-Szücs István:* Cholecystitis typhosa. Előadás: *Milkó Vilmos:* A sárgaság sebészetének néhány kérdéséről.

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 2.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 P helyett 5,70 P; *Orsós Ferenc:* Kórbonctan vezérfonala 86 agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A tatai járás főszolgabírájától.
210—1936. szám,

Pályázati hirdetmény.

Komárom vármegye tatai járásához tartozó *Tarján* községben nyugdijazás folytán megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körorvosi székhelyez tartoznak még: Tardos, Vértestolna és Héreg községek. Felhivom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t-c. 7 §-ában előirt képesitésüket, eddigi müködésüket, megbizhatóságukat, erkölcsi és politikai magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. év február hó 5-ig adják be. Elkésetten beadott, vagy kellően fel nem szerelt kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalmazása a törvényes illetmény, természetbeni lakás és a vármegyei szabályrendeletben előirt rendelési és látogatási dijak.

Az állás helyettessel ideiglenesen be van töltve.

A választás határidejének kitüzése iránt később fogok intézkedni.

Tata, 1936. évi január hó 23-án.

Főszolgabíró megbizásából:
Bálmi Rudolf
tb. főszolgabíró.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Ekzema, furunculus gyulladásos sebek, lábszárfekélyek, szőrtüszőgyulladások stb. kezelésére.

„DERMASEPT" kenőcs

Főlerakat „Humanitás" gyógyszertár, VI., Erzsébet királyné út 30.

Sebek, fekélyek gyors behámositása és sarjadzása. Különböző bőrbajoknál a viszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.

● ▶ * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * ◀ ●

Az anyarozsból isolált

uj genuin alkaloida:

SENSIBAMIN-CHINOIN

Állandó és egyenletes hatékonyságu,

erélyes hatásu,

pontosan adagolható, mellékhatásmentes!

Injectio: 0.35 mg SENSIBAMIN
Tabletta: 0.7 mg SENSIBAMIN

Irodalom: *Gyurik*, Gyógyászat, 1936. 4. sz. — *Kaute*, Zentralbl. f. Gynäk. 1935. 1. sz. — *Issekutz-Leinzinger*, Warsz. Czasopismo Lek. 1935. 21. sz. — *Rössler-Unna*, Arch f. exp. Path. u. Pharm. 1935. 1. sz.

● ▶ * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * ◀ ●

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

80. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1936. február 8.

ORVOSI HETILAP

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

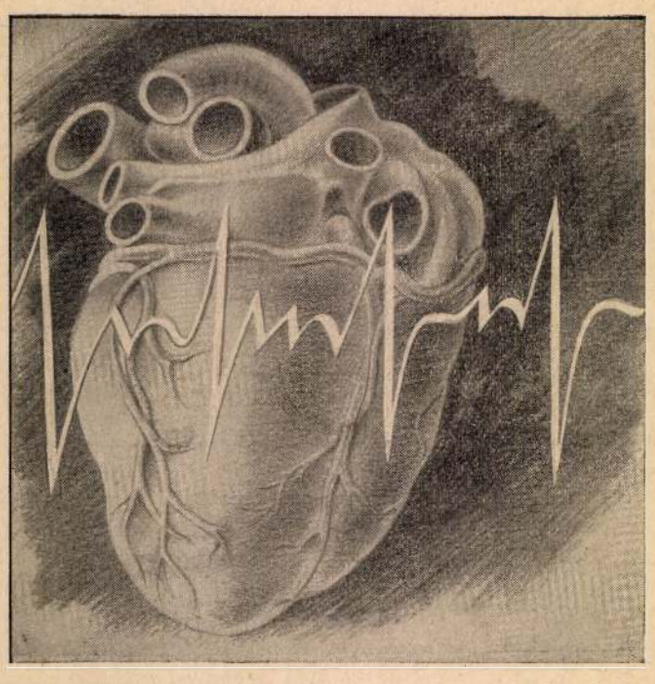
MEGJELENIK SZOMBATON

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, 4 0 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.



Angina pectoris és rokon érbetegségek kezelésére

LACARNOL

(Szervkivonatok nucleosidfrakciója)

A koszorus ereket elektiven tágitja és igy az angina pectoris oki gyógykezelését lehetővé teszi.

Öreg korban fokozza a sziv teljesitőképességét. Perorálisan és parenterálisan alkalmazható.

A Lacarnolt neuralgiák, myalgiák, rheumás panaszok, lumbago és ischias kezelésére intramuszkulárisan jó eredménnyel alkalmazzák.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:
Csepegtető üveg 20 cmm tartalommal.
Doboz 5 ampullával à 1 cmm.

BAYER

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

Magyarországi Vezérképviselet: Magyar Pharma Gyógyáru R.-T. Budapest, V., Akadémia ucca 3. sz.

Meghüléses betegségeknél:

CHINOCAL

Intramuscularisan fecskendezhető **chinin-calcium** kombináció.

Lázcsillapító, szíverőt fokozó, gyulladástgátló, baktericid hatásu.

2 és 5 cm^3-es ampullák.

ACITOPHOSAN

A hüléses megbetegedések kezdeti szakában nagyobb adag (6—8) tabletta a betegség kifejlődését kupirozni képes.

KALMOPYRIN

Acetylsalicylsavas calcium porban és tablettában.

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



Az urogenitális traktus festékes desinficiense és spasmolyticum

Javallatok: *Urethritis, cystitis, pyelitis, gonorrhoeás szövődmények*

20 tabletta ára P. 2.—

Uroperin

DR. EGGER LEO és EGGER I. BUDAPEST VI.

80. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1936. február 8.

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 KÁMILLÓ, ORSÓS FERENC

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Aschoff Lajos: Gastritis. (111—114. oldal.)
Zoltán László: Az emlő gümőkórjáról (114—117. oldal.)
Mester-Kaufman Endre: A műtét utáni epesipolyok röntgen-vizsgálatának sebészeti jelentősége. (117—120. oldal.)
Csillag Sándor: A hallójáratkörüli sipolyok vizsgálatának újabb módja. (120—122. oldal.)
Haintz Ödön: A gyomor és nyombélfekélyek kezelése histidinnel. (122—123. oldal.)
Wein Zoltán: Paracenthesis-phantom. (123—124. oldal.)
Mellékelet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (124—126. oldal.)
Könyvismertetés: (126—127. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (127—131. oldal.)
Vámossy Zoltán: Az Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése. Folytatás. (131—133. oldal.)
Vegyes hírek: (133—134. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gastritis.*

Irta: *Aschoff Lajos*, egyetemünk díszdoktora, a kórbonctan ny. r. tanára a Freiburgi (i. B) egyetemen.

Amikor most az a feladat vár rám, hogy a gastritisről tartsak előadást, úgy gondolom, hogy nyugodtan figyelmen kívül hagyhatom a fertőzésnek különleges alakjait, mint a tuberculosist, lymphogranulomatosist, syphilist, stb., az öngyilkossági kísérletek vagy vigyázatlanság következtében létrejött kiterjedt felmaródásokat, valamint azokat a fibrines jellegű nyálkahártyagyulladásokat, melyeket diphtheriával kapcsolatban szoktunk látni, végül a nyálkahártyának különleges gombák okozta fekélyeit és az ezekkel együtt fellépő gyulladásos jelenségeket. Ha jól értettem, úgy elsősorban az ú. n. banalis gastritisről kell szólanom, amint ezt a kórformát *Konjetzny* elnevezte.

A banalis gastritisek *(gastritis simplex)* lehetnek *hevenyek* és *idültek*. Ezeket egymástól a gyakori recidivákra való tekintettel sem lehet minden esetben elkülöníteni. Az idült gastritisek csoportjából, mint különleges alakot, az ú. n. *átalakulásos gastritist* (Umbaugastritis) emelhetjük ki. A gastritisek ezen három csoportjával kell tehát most foglalkoznom. Tulajdonképpen csak a nyálkahártyagyulladásokra fogok szorítkozni. Valójában endogastritisről kellene szólnunk, mint ahogy endometritisről beszélünk, ha nem tudnánk, hogy heveny nyálkahártya bántalmakkal milyen gyakran járnak együtt a submucosának, sőt a muscularisnak és serosának ártalmai is. Minden endogastritis tehát pangastritishez vezet, de a reactio lényeges jelei és következményei a nyálkahártyában játszódnak le. A submucosára szorítkozó gyulladást hypendogastritisnek, a muscularis propria megbetegedését myogastritisnek és a serosára localisált folyamatokat perigastritisnek kellene elneveznünk. A következőkben az „endogastritis" helyett a „gastritis" elnevezést fogom használni, minthogy a „gastritis" kifejezés ma már mindenhol elfogadott.

A gastritisek *heveny alakjai* közül az orvost legjobban a gastritis simplex érdekli, minthogy ez a leggyakoribb és gyógykezelése a legnehezebb. Ennek a kórformának ismeretét elsősorban *Konjetznynek* és *Puhlnak* köszönhetjük. Az ő érdemük, hogy az ú. n. antrumgastritis képe mindenütt ismertté lett, de nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy ennek a tannak is *Nauwerck*től *Moskowitzig* meg voltak a maga előfutárai. De mint ahogy az appendicitisek, cholecystitisek, thyreoiditisek stb. területén, úgy itt is csak a sebészet fellendülésével vált lehetővé e betegségeknek korai alakjait nagyobb anyagon megfigyelnünk, minthogy sokáig csak a gyógyulási képek vagy csak a következmények voltak ismeretesek. Így az ulcus ventriculi különböző alakjait hullagyomrokon és nem ritkán resectiós készítményeken tanulmányozhattuk, anélkül hogy tudtuk volna, hogy a látható nyálkahártya fekély (erosio) és az ebből fejlődő ulcus callosum rendesen acut gastritisből, azaz a gyomornyálkahártyának heveny gyulladásából keletkezik. Régebben úgy gondoltuk és magam is ezt a nézetet vallottam, hogy az erosiók környékén a gyomornyálkahártyán található heveny izgalmi jelenségek kis nyálkahártya vérzéseknek vagy érelzáródás okozta vértelen nyálkahártya-infarctusoknak következményei, amíg *Konjetzny* be nem bizonyította, hogy ezen heveny izgalmi jelenségek a műtétileg eltávolított gyomrokban, főleg a pyloruscsatornában már kezdettől fogva kimutathatók, ha a műtéti beavatkozás az erosiós gastritis tünetei miatt elég korán történt meg. Erre vonatkozólag neki és munkatársainak *Puhl*nak, *Kalimán*nak és *Oratorn*ak classikus bizonyítékaik is voltak. Az elsődleges gastritisben tehát nem lehetett kételkedni. Azokkal a *szöveti elváltozásokkal*, amelyek heveny gastritisekkel kapcsolatban a nyálkahártyán láthatók, tulajdonképen itt nem kell foglalkoznom, minthogy azok hallgatóim előtt jól ismeretesek. Kiemelem azonban azt, hogy a heveny gastritist a nyálkahártyában lejátszódó exsudativ és emigrativ folyamatok jellemzik. Azokon a képeken, amelyeket *Konjetzny* és *Puhl* munkáikhoz mellékeltek és amelyeket meggyőző készítményeken demonstráltak, ezek az exsudativ-emigrativ folyamatok elsősorban a redők élén a subepithelialis kötőszövetben láthatók classikus oedema, s a szö-

*) A Pázmány Péter Tud. Egyetem 300 é. jubileuma alkalmával *Balogh* Ernő prof. felkérésére tartott előadás.

vetek megvastagodásának és egyneműévéválásának képében, amelyhez az erekből a kötőszövet felé történő bőséges leukocytakivándorlás járul, részben a neutrophil, részben az eosinophil fehérvérsejtek túlsúlyrajutásával. Az ereknek és kötőszövetnek ez az izgalmi jelensége a felületes hám mindenféle elváltozásával jár, mint amilyenek a megnagyobbodás, fokozott nyálkaképződés, a hámleválás és elhalás. A foveolák hámjában is megtalálhatók ezek a hámelváltozások, amelyek a mirigyhám elváltozásához vezetnek. Minél súlyosabb a felületi hámnak, illetőleg a foveolák hámjának pusztulása, annál könnyebben juthatnak a fehérvérsejtek a felületre, s minthogy nyálkás fibrines anyag tartja őket össze, a felületen lepedéket képeznek. Nem lehet mindenütt kimutatni, hogy a hámleválásban mekkora a szerepe az exsudatiós és mekkora az emigratiós áramlásnak. Mindenesetre az élénk hámleválás, a plasmaexsudatio és leukocytaemigratio szöveti képeivel *Konjetzny* és *Puhl* helyesen mutattak rá a heveny gastritises elváltozások jellegére.

A vélemények csak abban térnek el, hogy ezen gastritis simplex mire vezethető vissza. A felelet erre a kérdésre a következmények szempontjából fontos, mert kétségtelen, hogy a nyálkahártyaerosiók heveny gastritisből keletkeznek vagy legalább is azzal szoros összefüggésben állnak. Erre mutatott már a resecált gyomrok makroskopos vizsgálata is. *Konjetzny* és *Paul* úgy gondolták, hogy az acut gastritis magától fekélyes nyálkahártya-pusztuláshoz és szabad szemmel látható nyálkahártyaerosiókhoz vezet. Amikor Würzburgban a készítményeket először láttam, úgy gondoltam, hogy a heveny gastritis csak következménye a majdnem mindegyik készítményben feltalálható fekélyképződésnek. Akkoriban nem tartottam helyesnek azt a magyarázatot, hogy az ulcus pepticumok a nyálkahártya egyszerű fekélyeiből vagy ulcerosus gastritisekből keletkeznek, mert már akkor is azon a véleményen voltam, hogy a gyomornedvnek nagy szerepe lehet az ulcusok keletkezésében. Azt azonban megmagyarázni, hogy a fekélyes gyomrokban hogyan jön létre ez az acut gastritis, nem tudtam. *Konjetzny* és munkatársai azon a véleményen voltak, hogy az acut gastritis az elsődeges és ebből fejlődnek ki a fekélyek. Nem hittek azonban abban, hogy a gyomornedvnek szerepe lehet a spontán gastritisek és az ezekből fejlődő erosiós gastritisek, illetőleg gyomorfekélyek keletkezésében. Abban kétségtelenül igazuk volt, mint azt már fentebb említettem, hogy a gastritis az egész folyamatnak kezdeti stadiuma. Ezt a gastritist *Konjetzny* különböző természetű exogen ártalomra vezette vissza. Ezekben a kérdésekben az utóbbi évek folyamán különösen *Büchner* és munkatársainak munkái nyomán nagy fordulat következett be. Különösen érdekes volt, hogy felhívta a figyelmet a nem is olyan ritka Meckel diverticulum fekélyekre és átfúródásokra. A fekély ugyanis rendesen a diverticulumban megtalálható gyomornyálkahártya mellett fejlődik ki. *Büchner*nek sikerült továbbá kimutatnia, hogy a heveny gastritis állatokban kísérletileg is előidézhető, ha a gyomornedv hatását valamely vegyi anyaggal erősítjük vagy helyettesítjük, illetőleg ha az állatok éheztetésével az üres gyomor nyálkahártyáját az emésztőhatásnak jobban kitesszük. Ilyenkor ugyanaz a szöveti kép fejlődik ki, mint amilyent *Büchner* és tanítványai az emberi marásos gastritisben írtak le, tehát a felületes fedőhám elhalása és a kötőszövetnek fibrinoid duzzadása. *Büchner* úgy gondolta, hogy *Konjetzny* és *Puhl* emberi eseteik közül a friss marásos gastritisekben csak azért nem látták ezt a szöveti képet, mivel ők csak a regeneratiónak egy későbbi stadiumát vizsgálhatták. *Puhl* kísérleteiben a kezdeti stadiumot is vizsgálta és elismerte a gyomornedv maróhatását. Kis marásos erosiók 24 óra alatt meggyógyulhatnak, tehát míg az előkészületek megtörténnek az anthrumresectióhoz. De az is lehetséges, hogy bizonyos körülmények között a hatékony gyomornedv az epithelen keresztül fejti ki hatását, anélkül, hogy kifejezett maródás létrejönne. *Büchner*nek ezen kísérleteit mások hasonló eredményekkel ismételték meg. Még egy olyan szigorú kritikus is, mint amilyen *Christian Overgaard* elismerte, hogy hasonlóképen beállított kutyakísérleteinek eredményei amellett szólnak, hogy a sósavtartalmú gyomornedvnek gyulladástkeltő hatása van. Legyen szabad még többek között *Exalto* és *Mann* kísérleteire rámutatnom, akik a duodenumot az ileumba vagy a colonba elvezetve azt találták, hogy a gyomorral összefüggő jejunumkacsban szabályszerűen erosiók és fekélyek keletkeznek. *Büchner* figyelmét az üres gyomorban történő gyomornedv elválasztásra *Silbermann* kísérletei hívták fel. *Silbermann* e kísérleteit *Puhl* hamisan táplált kutyákkal ismételte meg és ugyanolyan gastritist talált többszörös erosiókkal, mint *Silbermann*. Különösen jól sikerült ezeket kísérletileg létrehozni, ha histamin injectiókkal vagy faradozással igyekezett igen hatékony gyomornedvet elválasztatni. Az a körülmény, hogy erosiós gastritis fő előfordulási helye a pylorus csatorna, *Büchner* elképzelésében nagy jelentőséggel bír. Ha valóban a corpus nyálkahártya termeli a gyomornedvet, úgy az ártalomnak a pylorus csatorna határán, az ú. n. vestibulumban, a pylorus csatornában, a duodenumban és esetleges regurgitatiót feltételezve az oesophagus alsó részében kell létrejönnie. Legyen szabad itt a tankönyvemben közölt és a különböző gyomornyálkahártya területeket ábrázoló sematikus rajzra utalnom, hogy ezek a viszonyok érthetőbbé váljanak. Az egészet gastralis rendszernek neveztem el. A pyloruscsatorna nagy szerepét, amely az anthrumgastritis elnevezéshez is vezetett, különösen emberi esetekben már *Konjetzny* és *Puhl* is hangsúlyozták. Ezen gastritis localisatióját a Büchner-féle tanok jól megmagyarázzák. Könnyen megérthető, hogy a gyomornak azok a részei, amelyeket a corpusban képződött gyomornedv először és leggyakrabban ér, a leggyakrabban mutatják a marásos gastritis képét. *Neubürger* közli, hogy az oesophagus alsó részében sokkal gyakrabban jön létre agonalis vagy intravitalis marásos gastritis, mint azt azelőtt gondoltuk. Az oesophagus feketés elszíneződését azelőtt lényegében postmortalis elváltozásnak tartották. *Puhl* kimutatta, hogy a gastroenterostomiák után jelentkező ú. n. jejuralis fekélyek is erosiós gastritis és jejunitis alapján keletkeznek. A gastroenterostomiák után jelentkező kiujult fájdalom rohamokat *Puhl* azokkal a heveny izgalmakkal magyarázza, amelyeket a különösen hatékony gyomornedv okozta gastritis vált ki. Hogy a gyomornedvnek melyik alkotórésze felelős a maróhatásért, az különbözőképen ítélhető meg. De mivel a pepsinhatás már alacsony aciditás mellett eléri az optimumot, amelynél még gastritis nem fejlődik és a trypsinhatás alig jöhet szóba, csak a sósavat okolhatjuk.

Habár a kérdés, hogy a spontán erosiós gastritisek hogyan jönnek létre *Büchner* tanításaival megoldottnak látszik, mégis az a problema, hogy *milyen feltételek mellett képződik olyan hatásos gyomornedv*, amelyik a nyálkahártyát felmarhatja, megoldásra vár. Itt egy egyensúlyi állapot zavaráról van szó, egyrészt a szövettanilag ép nyálkahártya, másrészt a gyomornedv között. Ilyen zavar a legkönnyebben *éhező* állatokban adódik, amikor a táplálék teljes megvonása mellett képződő gyomornedv hatását vehetjük figyelembe. *Silbermann* kimutatta, hogy Pawlow-kutyák hamis etetésével hatékony gyomornedvet lehet kapni. Az ilyen gyomornedvnek az üres gyomorra gyakorolt maróhatását később *Puhl* bizonyította be. A

kisérleti gyomorerosiókról szóló közlések legnagyobb része ezen az éhséghatáson alapszik. A kisérleti állatokat vagy mesterségesen éheztették vagy a kisérleti beavatkozás miatt meguktól éheztek.

Fennmarad a másik lehetőség t. i. az elválasztásnak *gyógyszerekkel* történő serkentése. Ilyen módon nem teljesen éhező állatokban is előidézhetjük az erosiós gastritist, éhező állatokban viszont a gastritis súlyosabb lesz. Gyomornedvelválasztást serkentő szereket, mint pl. histamint, már *Büchner* is alkalmazott. A dosisa olyan kicsi volt, hogy az ereken mondhatni semmi elváltozást sem hozott létre. Hogy vajjon a bőrbesugárzások vagy más bőrbehatások után *F. Kauffmann* által észlelt gyomornyálkahártyaerosiók nem vezethetők-e vissza a felszabadult és vérbe került histaminszerű lebontási termékekre, ma még eldöntetlen ugyan, de valószinünek látszik. Időközben *Hanke* egy sereg olyan gyógyszert (morphin, pilocarpin, coffein) ismertetett, amelyek a véráram felől a mirigyhámot ingerelve a gyomornedvelválasztást fokozzák. Ma még megoldatlan kérdés, hogy ez az izgató hatás a capillarisok utján közvetlenül a hámsejteket éri-e vagy ami valószínűbbnek látszik, a mirigysejteket körülhálózó idegfonatok utján következik be. Ugyanez áll azokra az élvezeti szerekre is — mint pl. a nicotin — amelyek a gyomor belseje felől is bőséges és fokozott gyomornedvelválasztást idéznek elő. Az emberek érzékenysége ezen elválasztást serkentő szerekkel szemben nagyon különböző. Ez a vegetativ idegrendszer szerepére utal, mégpedig úgy a vagusra (pilocarpin), mint a symphaticusra (adrenalin). Ebből a szempontból fenntartható *Bergmannak* az a tana, hogy *idegileg terhelt egyének* hajlamosak gyomorerosiók és fekélyek jelentkezésére. Könnyen beláthatjuk, hogy sok idegileg stigmatizált egyén marásos gastritis keletkezésére különös módon szintén hajlamosnak látszik. De ez a dispositio hatásosabb gyomornedv elválasztásában nyilvánul meg, amelyik azután a nyálkahártyát felmarja és nem abban, hogy direkt vagy indirekt uton a gyomorfalat és nyálkahártyát ellátó ereket valamilyen különleges befolyás éri, aminek következtében a Bergmann-féle tanok szerint — a nyálkahártyának körülírt vérszegénysége és elhalása jönne létre és ez csak másodlagosan emésztődnék meg a gyomornedvtől. *Haeller* joggal cáfolja meg *Bergmann* spasmogen elméletét *Hayashival* ellentétben, aki kisérleteivel azokat ismét fel akarja támasztani. A hatékony gyomornedv okozta erosióknak *Haeller* által feltételezett elmélete ma már bebizonyítottnak tekinthető. A heveny gastritisnek ezt az alakját „gastritis superacidosá"-nak nevezhetjük. „Spontán gastritis"-ről is szólhatunk. A gyomornedvnek maró hatását tudvalevőleg régebben nem ismerték el. Különösen a régebbi pathologusok fektettek nagy súlyt a nyálkahártyaerek spasmusára. Itt felhívnám a figyelmüket *Beneke* tanitására a gyomornyálkahártya stigmákról. Más pathologusok a nyálkahártyának elsődleges, foltos vérzéseit is hangsúlyozták. Vérzéses erosiókról beszéltek, kiemelve a vérzések elsődleges voltát. Csak a vérzésesen elváltozott nyálkahártyát tudná a gyomornedv megemészteni. Az élettani kisérletek az ép nyálkahártya felmaródását lehetetlennek mutatták. Természetesen kutatni kellet a nyálkahártyavérzések keletkezésének feltételei után. Mindig ismert volt a különbség egyrészt a corpus rész finom pontszerű vérzései, másrészt a pylorus csatorna és az ú. n. „gyomorpálya" (Magenstrasse) durvább erosiói között. Régebben magam is azt gondoltam, hogy ezt a különbséget az arteriás és venás vérzés közti különbségekre kell visszavezetni. Az utóbbiak elsősorban a funduson és a nagy görbületen jönnének létre. Kiváltképpen a pyloruscsatornának hányáskor történő görcsös elzáródása kell, hogy venás pangáshoz vezessen és ezen az alapon keletkeznének a szétszórt vérzéses erosiók a corpus nyálkahártyájában. *Hagemann* kisérletei alapján megpróbáltam ezt a különbséget kisérletileg is bebizonyítani. Ma már belátom, hogy ezekkel a kisérletekkel ezt a nehéz problemát nem lehetett megoldani. Az érrendszer szerepét mások is természetesen más alakban hangsúlyozták. A régebbi és szövettanilag tévedésnek bizonyult azon felfogással, hogy cseplesz műtétekkel kapcsolatban retrograd emboliák is szóba jöhetnek, nem kell bővebben foglalkoznom. A különböző gyógyszertani kisérletek, amelyek a szabaddá tett gyomorban az ilyen spastikusan létrejött nyálkahártyaelhalások és következményes erosiók keletkezésének kimutatását célozták, sok kritikának lettek alávetve. Elsősorban azt kifogásolták, hogy a gyomor szabaddá tételéhez súlyos hasfali műtétre van szüség. *Hanké-é* az érdem, hogy ezeket a gyógyszertani kisérleteket macskákon megismételve, szövettani vizsgálatokkal egészen Büchner szellemében kimutatta a gyomornedv hatását a nyálkahártya felületes rétegeire. Annyi azonban bizonyos, hogy vannak olyan esetek, amelyekben az érmegbetegedés következtében a gyomornyálkahártya elsődlegesen betegszik meg és az emésztőhatás csak másodlagos. Minden ilyen esetben természetesen kell, hogy valamilyen különleges érelváltozást mutassunk ki. Ekkor azonban már nem szólhatunk spontan, endogen gastritisről, hanem valamely exogen tényező okozta gyomor elváltozásról. Ilyen vascularisan feltételezett erosiókat irt le *Schridde* miliaris capillaris zsíremboliák után, *v. Recklinghausen* miliaris coccusemboliák után. Szabálytalan jellegű nyálkahártyavérzések és fekélyképződések arteriosklerosis kapcsán is kifejlődhetnek. A vérzéses erosióknak ilyen valóban vasogen pathogenesise csak kivételesen bizonyítható.

Ha már most valóban spontan marásos gastritisről van szó, úgy fennmarad a kérdés, hogy a vérzéses erosiók különböző localisatióját hogyan magyarázzuk meg. Az ú. n. stigmák rendesen a corpus nyálkahártyáján találhatók meg és a kis görbületet többé-kevésbbé szabadon hagyják; mások viszont éppen a pyloruscsatornában és a kis görbületen a leggyakoribbak, tehát ott amit „gyomorpályának" és folytatásának nevezünk. Ritka az az eset, hogy miként néha kisérletekben, mindkét szakaszon egyforma mennyiségben legyenek. Minden esetre a kisérleti eredmények is nagyon különbözők. Igy *Puhl* éheztetési kisérleteiben egyszer a corpusban, máskor a pylorus csatornában ültek. Ha valóban a maró gyomornedv okozza az erosiókat, úgy azoknak — mint azt már fentebb kifejtettem — a corpuson kivül, tehát elsősorban és rendszerint lefelé, tehát a pylorus csatornában, ritkábban feljebb, tehát az oesopagus alsórészében, vagy akár az egész nyelőcsőben és larynxban kell lenniök. Hogy emellett a kis görbület, amelyik különösen üres gyomorban a corpusban képződött gyomornedvet átveszi, szintén megbetegedhetik ,ezen nem csodálkozunk.

Ezzel szemben a stigmák fellépése a corpus területén mint azt különösen csecsemőkben észlelték, már nehezebben magyarázható. *Hagemann* a hányási művelet fontosságát hangsúlyozza. Régebben a hányások után pl. meningitisekkel kapcsolatban, fellépő stigmákat és izgalmi jelenségeket idegbefolyással magyarázták. Ez az ideg behatás *Beneke* szerint a legkisebb erek spasmusában nyilvánul meg. Ez természetesen lehetséges. A corpusban mutatkozó stigmákra más törvények érvényesek, mint a pylorus csatornában. *Westphal* újabb kisérletei is ezt látszanak igazolni, de itt is meg kell kisérelnünk a gyomormirigyek közvetlen ingerlésének lehetőségét felvenni. Minthogy a hányás alatt a pyloruscsatorna zárva van, a fölös mennyiségben termelt gyomornedv csak a corpusban

vagy afelett fejtheti ki hatását. Igy a corpusban levő stigmák keletkezése részben megmagyarázható. De meg kell jegyeznem, hogy ezen feltevés ma még bebizonyítva nincsen. Sőt néhány kisérletes vizsgálat, mint pl. *Puhlé* is ez ellen szól. *Puhl* elektromos uton előidézett gyomor- bél contractiós vizsgálataiban különösen gyakran a pylorusban és duodenumban talált vérzéses erosiókat. *Puhl* mechanikus tényezőkben látja a fő okát az erosiók különböző elhelyezkedésének, de hogy mik azok a tényezők, azokat természetesen pontosan nem tudja meghatározni. Ezt a kérdést a magam részéről egyelőre nyitva tartanám. Magam is Puhl meggyőződését vallom, abban a tekintetben, hogy a különböző localisatio kérdése a gyomormozgások mechanismusával van összefüggésben, de a direkt mechanikus tényezőknek jelentőségét nem tudom figyelmen kivül hagyni, mint azt *Puhl* tette. A jövő fog erre a kérdésre további világosságot deriteni.

Miért jönnek létre az erosiók körülírt kis területeken? Ha a gyomor belfelülete egészen sima volna, akkor a gyomornedv maró hatásának mindenütt vagy legalább is nagy területen kellene érvényesülni. Mint ismeretes ez nem következik be, eltekintve természetesen az öngyilkosok savmérgezésétől, mikor nagy mennyiségben és nagy concentratióban kerül a sav a gyomorba. A kis erosiók rendszerint félig telt vagy akár teljesen üres gyomorban jönnek létre, tehát olyan gyomorban, melynek belfelülete a redők és bemélyedések tömegétől egyenetlen. Csak a corpus területében a kis görbületen lehet látni szabályos redőzetet az üres gyomorban leggyakrabban 4 hosszanti redő alakjában. Csupán lupe nagyitással lehet itt kiemelkedéseket és bemélyedéseket kimutatni. Természetesen még kifejezettebbek ezek a gyomornyálkahártya más területein. Minthogy pedig a maró gyomornedv, vagy a kisérletekben alkalmazott ugyanilyen erősségű sósav, hol a kiemelkedéseken, hol a köztük levő bemélyedésekben érintkezik huzamosabban a nyálkahártyával, érthető, hogy az erosiók elhelyezkedése körülírt és szabálytalan. Csak a kis görbület symmetricus hosszanti redői között lehet symmetricusan elhelyezkedő és nagyobb területre kiterjedő erosiókat látni. A gyomor más területein ilyenek nem, vagy csak ritkán jöhetnek létre.

Amit itt most összefoglalva elmondtam az természetesen csak a *heveny nyálkahártyaerosiók keletkezésére* vonatkozik. De mivel a chronikus gyomor és duodenum fekélyek, mint azt látni fogjuk, heveny nyálkahártyaerosiokból keletkeznek, igy a mondottak a prophylaxis szempontjából nagyon fontosak. Minthogy pedig az erosiók marásos gastritisnek a következményei, tehát szükséges, hogy orvosi tevékenykedésünk elsősorban a marásos gastritisek ellen irányuljon. Mint kórboncnoknak nincs jogom itt tanácsokat adni. Ezt a klinikus collegáknak engedem át. Kétségtelen, hogy a rendetlen időben evésnek, szabálytalan éhezéseknek a fekélyek és erosiók keletkezésében nagy szerepük van. *Puhl* a rendelkezésére álló irodalom alapján bőven tárgyalja a gyomornedvnek fokozott hatását az üres gyomorra és a felületes nyák ellenállásának különböző fázisait a nyálkahártyának a gyomornedvvel huzamosabb érintkezésekor. Figyelembe kell venni a gyomornedv mennyiségét (hypersecretio) és bizonyos gyomorrészleteken tartózkodási idejét. Minél inkább ki van téve egy nép az általános éhinségnek, annál gyakoribb a marásos gastritis a maga következményeivel, acut erosiókkal és fekélyekkel. Ezt *Hamperl* az orosz viszonyokra mutatta ki. Hogy nálunk a háború alatt a gyomorpanaszok nem állottak annyira előtérben, ezt az események hatása alatt álló igen erősen igénybevett psychével magyarázhatjuk. Annál nagyobb mértékben szaporodtak fel ezek a panaszok a háború utáni időszakban, amikor az éhinség, mint Oroszországban is, a legnagyobb mérveket öltött. A tapasztalat azt mutatja, hogy egyik ember sokkal könnyebben kap erosiókat és igy azok következményeit is, mint a másik. Az idegrendszernek és a gyomormirigyek reactiós készségének nagy szerepe van a gastritisek keletkezésében és ismeretes, hogy ebben az átöröklésnek is jelentősége lehet. Az idegrendszer érzékenysége a stigmatizáltak utódaiban igen különbözőképen nyilvánulhat meg. Nem mondjuk, hogy a stigmatizált utódjának *kell,* hogy ú. n. gyenge gyomra legyen, de *lehet* hogy az lesz. Hogy pedig a kevert és a civilisatio következtében átalakult táplálkozásnak van-e szerepe a gastritisek keletkezésében, ez a diaetetika és a gyógyító orvostudományok kérdése. Mindenesetre a valódi fekélyek localisatiójának különbözősége — férfiak inkább a duodenumban, nők inkább a gyomorban kapnak fekélyt — a nemek különböző táplálkozásában lelheti magyarázatát. A hatékony gyomornedv hatáscsökkenése a gyakori kis táplálékbevétel következtében elméletileg bizonyítottnak látszik. Az újszülötteknek a szülés után túlhosszú ideig tartó koplaltatása maelena neonatorumhoz vezethet, ami szintén nem más mint marásos gastritis vagy duodenitis következménye. Nem tudjuk, hogy mi a jelentősége e mellett a pyloruscsatorna és duodenum felületes nyálkaképződésében mutatkozó különbségnek, ami a *Kokubó* által említett pylorus és *Brunner* mirigyek különbözősége mellett szintén szóba jöhet. Hogy a felületi nyálka a gyomornedvnek a hámra és a mélyebb rétegekre maró hatását nem akadályozza meg, azt *Büchner* kisérletei és számos kontroll vizsgálat bizonyítja.

(Folytatjuk.)

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

Az emlő gümőkórjáról.

Irta: *Zoltán László dr.* műtőorvos.

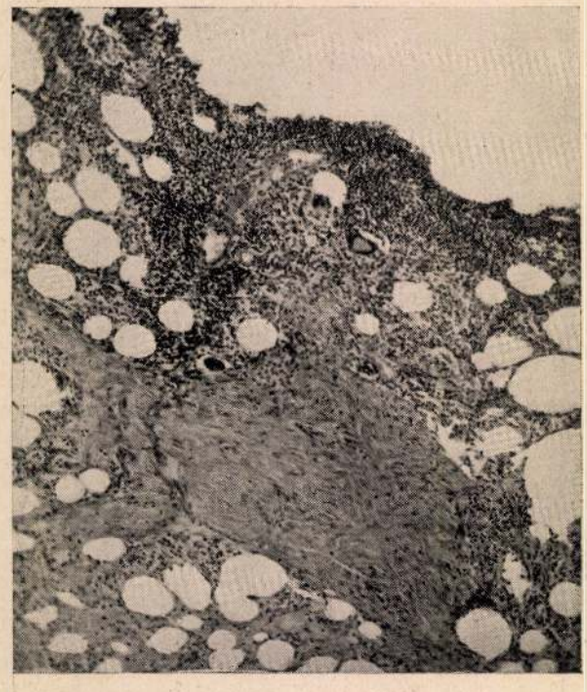
Az emlő betegségei között ritkán szerepelnek a fajlagos gyulladások. A különleges bonctani szerkezet, az elsőrendű vér- és nyirok-ellátás, az elsődleges behatolás nehezítettsége az emlőnek bizonyos fokozott védelmet nyujtanak. A védettség azáltal is fokozódik, hogy a gümőkór nem tud jól kifejlődni a mirigyes szervekben. *Lino* 10.000 gümőkóros beteg közül csak 7 esetben (0.07%) talált emlőgümőkórt, míg *Resnitzky* 10 év alatt végzett 1388 gümőkóros beteg boncolása közül egyet sem.

A II. számú sebészeti klinikán 1922-től 1935-ig, 13 év alatt összesen 12 emlőgümőkórt észleltünk. Ezen esetek az előfordult összes emlőmegbetegedésnek (688) 1.74%-át, az összes emlődaganatnak (492) 2.44%-át és a nem fajlagos mastitiseknek (568) 2.11%-át teszik ki. Ezek a számok a többi statistikai adatokhoz viszonyítva kissé magasabbak. Ennek oka bizonyára a pontos és részletes klinikai, kórszövettani és bakteriologiai kórismében található meg. Betegeink kivétel nélkül nők voltak. A megbetegedés kor szerinti előfordulása elég változatos. Kiemelhető, hogy mindegyik megbetegedés a *pubertas után* jelentkezett és klimaxon túl lévő nőkön csak 3 esetben észleltük. Az első terhességek és szoptatások úgylátszik hajlamossá teszik az emlőt a folyamat kifejlődésére (1. tábla) 12 esetünk közül ugyanis csak 2 esetben betegedtek meg teherben még nem volt nők. 1 esetben egyszer szült, 2 esetben egyszer-egyszer vetélt nőkön találtuk, míg többször szült nőkön 7 esetben (2—8). Az asszonyok minden esetben szoptattak és semminemű emlőre localisált gyulladásos folyamatra nem emlékeztek. Átvizsgáltuk az egyéni és családi kórelőzményt is az általános gümőkór szem-

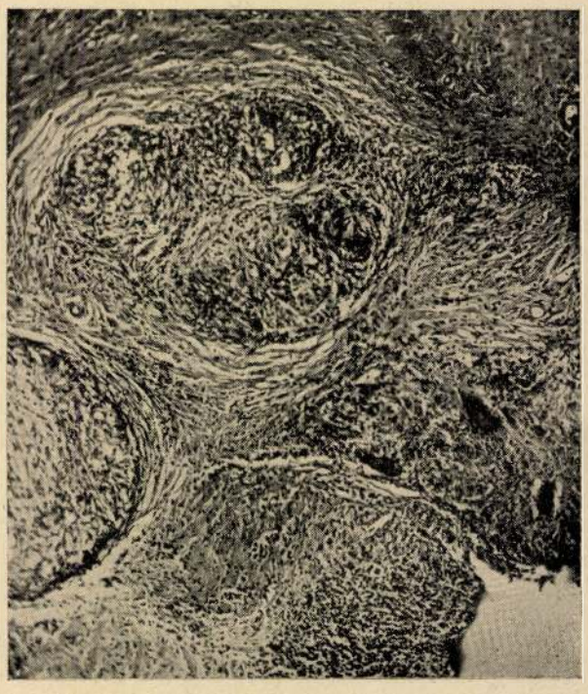
I. táblázat.

kor	szülés	abortus	gümőkór az egyéni kórelőzményben	gümőkór az családi kórelőzményben
15	ϕ	ϕ	—	—
19	ϕ	ϕ	—	—
20	1	ϕ	—	—
22	ϕ	1	+	—
26	2	ϕ	—	—
32	ϕ	1	+	+
35	ϕ	1	—	—
35	5	5	+	+
42	8	2	—	—
43	2	1	—	—
55	4	1	—	—
63	6	2	—	—

pontjából. 3 esetben tudott a beteg előző gümőkóros megbetegedésről: két ízben tüdőcsúcshurut, egy ízben mellhártyagyulladás szerepelt a kórelőzményben. Ezek nyomai az általános vizsgálat alkalmával is észlelhetők voltak. Családi gümőkóros fertőzés két esetben volt megállapítható. Egy esetben a beteg bajának kezdetét sérülésre vezette vissza: egy évvel betegsége kezdete előtt mellét állítólag megütötte. Természetesen az oki kapcsolatot megállapítani ily hosszú lappangási idő után nehéz. A többi 8 beteg semminemű észlelt okra betegségét visszavezetni nem tudta. Általános állapotukban sem volt észlelhető fennálló vagy előzetes gümőkór és így ezeket elsődleges emlőgümőkórnak kell tekintenünk. A klinikai tünetek legfőbb jellemzője a fájdalmatlan kifejlődés. A folyamat észrevétlenül halad előre és csak mint meglehetős nagyságú, különösebb panaszokat nem okozó daganat vagy tályog, illetőleg sipoly vonja magára a beteg figyelmét. 10 esetünkben a folyamat valóban fájdalmatlan, daganatszerű képlet alakjában jelentkezett. Nagyságuk mogyorótól egész galambtojásnyi nagyságig terjedt, összehúzódott izom-tapintatúak és a bőr alatt szabadon mozgathatók voltak. Egy esetben össze volt kapaszkodva és egy betegen a folyamat az emlőbimbót befelé húzta. Az egyik beteg már sipolyokkal jelentkezett, melyek — állítása szerint — szinte észrevétlenül keletkeztek. Az utolsó esetben a beteg figyelmét a jobb emlő lassú, egyoldali növekedése hívta fel. Az emlő egészében másfélszeresére megnagyobbodott és vizsgálatkor az emlőben férfiökölnyi tályogot találtunk; próbacsapoláskor jellegzetes gümőkóros geny ürült. Az elvégzett belgyógyászi és röntgenvizsgálat sem a bordákban, sem a szervezetben másutt gümőkóros folyamatot kimutatni nem tudott. Subfebrilitas sem volt észlelhető.



1. ábra. A heges kötőszövet és zsirszövet határán gömbsejtes beszürődés óriás sejtekkel.

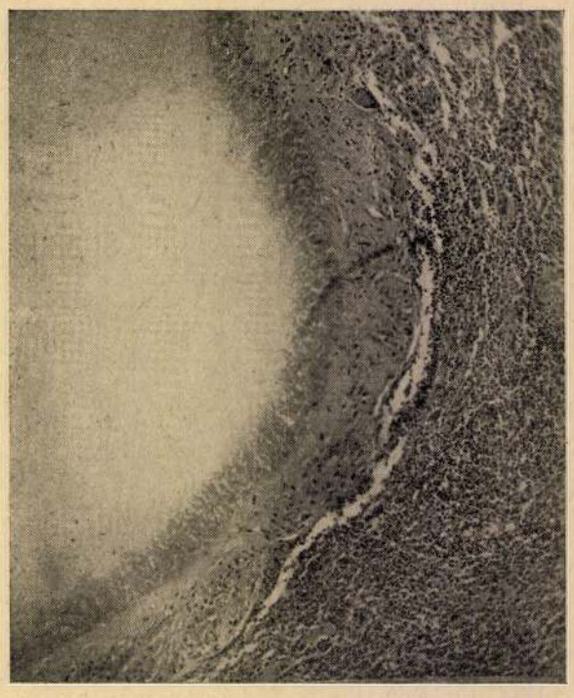


2. ábra. Sejtdús sarjszövetben lévő tuberculumok és óriás sejtek.



3. ábra. Sclerotisált kötőszövet a széleken sarjszövettel és óriássejttel. A kivezető csövek körül gömbsejtes beszürődés.

A gümőkóros folyamatok általában és előszeretettel a jobb emlőben foglaltak helyet (10). A nodosus alak rendszerint az emlő külső-felső negyedében (4) vagy az oldalsó szélen (2) vagy a bimbó alatt (2) volt megtalálható. A baloldaliak (2) a külső-felső negyedben, illetőleg a bimbó alatt jelentkeztek. Az emlőgümőkór kóroktanában a sok vitára alkalmat adó környéki nyirokcsomókat csak 3 esetben észleltük. A betegek egyik esetben sem tudtak felvilágosítást adni arra nézve, vajjon a nyirokcsomó megnagyobbodások voltak-e előbb vagy csak az emlőfolyamat fejlődése közben keletkeztek.



4. ábra. Sajtos elhalás gömbsejtes gyürüvel és óriás sejtekkel.

Az elkülönítő kórismében főleg a nodosus, illetőleg az infiltráló alak okozott nehézséget. Két esetben a pontos kórisméhez próba kimetszés elvégzése vált szükségessé. Egy esetünkben „cc, mammae" kórisme után radicalis műtétet végeztünk és csak a különböző helyekről vett szövettani készítmények pontos átvizsgálása után derült ki, hogy itt a rák mellett gümőkóros fertőzés is szerepel.*

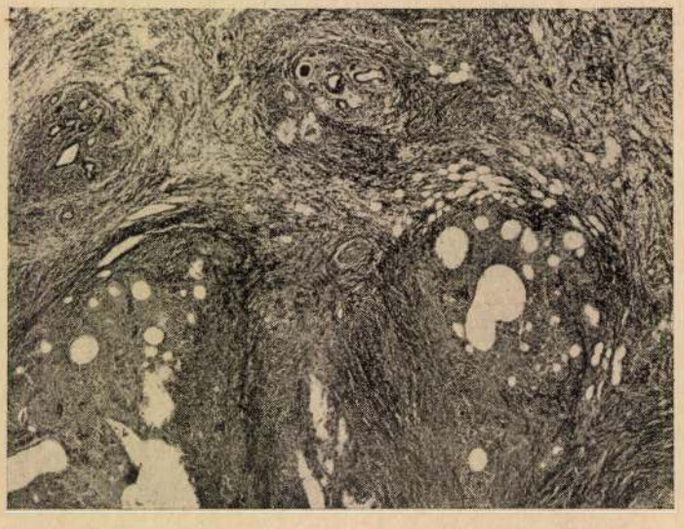
Kórbonctanilag 3 főtypust ismerünk, melyek több alakra oszthatók: 1. nodosus vagy tumorszerű typus (solitaer nodosus, disseminált nodosus és miliaris mastitis tuberculosa); 2. abscedáló typus (nodosus confluens, nodosus caseosus — cum fistula — és abscessus frigidus mammae); 3. infiltrativ typus (indurativ, obliteráló, sclerotisáló mastitis tuberculosa). Eseteinkben 1 abscessus, 1 caseosus (fistulával), 1 infiltratiós és 9 nodosus alak szerepel.

A szövettani képben a gümőkórra jellemző szöveti elváltozások teljes egészükben megtalálhatók. A kép legjellegzetesebb része a gömbsejtes beszűrődés, mely nemcsak a kötőszövetben, hanem a kivezető csövek körül is megtalálható. A beszűrődés néha nagy sávokban halad és gyakran a zsírszövetet is infiltrálja. Ezek mellett gyakran észlelhető sejtdús sarjszövet is, mely epitheloid sejtekből, lymphocytákból és sok plasmasejtből áll. Közöttük néha idegentest typusú óriás-sejtek is észlelhetők. Rendszerint ezen sarjszövettel kapcsolatban, ritkán különállólag szabályos tuberculumok találhatók Langhans-typusú óriás sejtekkel. Gyakran a sarjszövetekben miliaris tályogszerű szövetrészletek is észlelhetők. Ezek a tályogok a genykeltők által okozottaktól abban különböznek, hogy epitheloid sejtek és meglehetős számmal lymphocyták is találhatók bennük. A folyamat előrehaladása esetén a kötőszövet fellazul, oedemás lesz, gyakran sklerotisál, a kivezetőcsövek pedig széles gömbsejtes beszűrődéstől vannak körülvéve. A fellazult kötőszövet később elhal és helyét sajtos tömeg foglalja el, melyet rendszerint lymphoid-gyűrű övez sok Langhans-féle óriás sejttel.

Általában elsődleges és másodlagos emlőgümőkórról beszélhetünk. Az elsődleges fertőzés történhetik valamiféle seben vagy a kivezetőcsöveken keresztül. A másodlagos fertőzés létrejöhet szomszédos folyamatok átterjedése, a vér és a nyirokrendszer útján. Ezen két utóbbi módot a súlyos gümőkóros betegeken alig észlelt emlőgümőkór kétségessé teszi *(Nagashima, Chen)*. Gyakoribbnak az emlő elsődleges gümőkóros megbetegedése látszik. *Mallory* 0.6%-ban, *Dotti* 1.1%-ban talált gümőkóros emlőt a gümőkór szempontjából különben ép szervezetben. A daganatokkal 1.05% *(Garofalo)*, a septikus emlőgyulladásokkal 1.6% *(Schmechel)* arányban állanak.

A tuberculosis mammae majdnem kizárólag nőkön fordul elő. *Dotti* szerint a férfi—nő-emlőgümőkór 1:15 arányban áll, bár a valóságban az arány jóval nagyobb. Az utolsó 10 évben egyedül *Pertile* közölt 1 megbetegedést férfin. A pubertas, terhesség, szoptatás bizonyos hajlamot kölcsönöz az emlőnek a gümőkór kifejlődése szempontjából.

A sokat vitatott trauma oki szerepét egyes szerzők kizárják *(Lee, Flloyd, Resnitzky)*, mások megengedik *(Garofalo, Dotti)*. Lehetséges, hogy a sérülés helyén ellenállásukat vesztett szövetekben a jelenlévő bacillusok



5. ábra. Tályog, A kivezető csövek körül gömbsejtes beszürődés.

pathogenné válhatnak *(Prati)*. Ezen feltevés ellen szól, hogy Koch-bacillust a beteg emlőben kimutatni nem tudtak *(Garofalo, Resnitzky, Nagashima)*.

Az emlőgümőkór főleg a kifejlődött egyén betegsége. Leggyakoribb a 20—30 életév között *(Braendle)*, általában pubertas előtt ritka. A folyamat leggyakrabban jobb oldali és az emlő felső-külső negyedében jelenik meg. Kifejlődése fájdalmatlan és lassú. Az incubatio minimuma 2 hét *(Dotti)*. A beteg figyelmét rendszerint csomószerű képződmény, daganat hivja fel. Máskor a folyamat inkább

*) Részletes feldolgozása másutt történik.

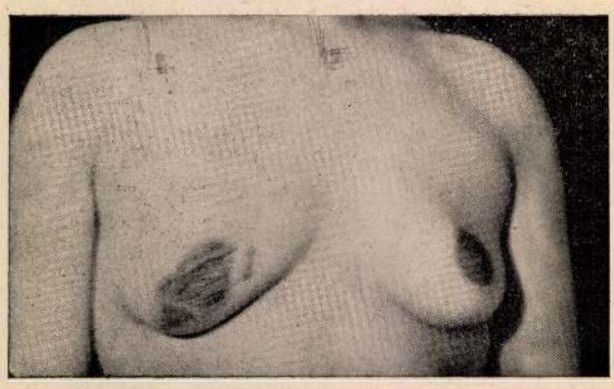
infiltrativ, a bőrrel is összekapaszkodhatik, a bimbót is behúzhatja. Ritkán felpuhul, kifakad és a beteg nem gyógyuló sipolyai miatt fordul orvoshoz. Az általános testi állapotban ritkán lelhetők fel más szervben lévő gümőkór nyomai; mégis igen korán megtalálhatók a környéki nyirokcsomók (axillaris, supraclavicularis, néha submammalis) megnagyobbodása. A beteg nyirokcsomók gyakorisága miatt alakult ki az a nézet is, hogy az úgynevezett elsődleges emlőgümőkór esetében tulajdonképen a környéki nyirokcsomók a betegek és a fertőzés ezen az úton másodlagos. A vizsgálatok azonban kiderítették, hogy az emlő körüli nyirokcsomók megbetegedése rendszerint az áttételes.



6. ábra. Sipolyos alak. 23 éves,

Kisérő tünetei a betegségnek nincsenek. Néha észlelhetők toxikus jelenségek *(Finocchiaro)*, azonban ezek nem jellemzők.

Az elkülönítő kórisme szempontjából a fentebb említett 3 főtypus alapján kell elindulnunk. Az első csoportban (typus nodosus) szóba jöhetnek a jóindulatú tumorok (fibroma, adenoma) és a traumás eredetű infiltratiók (haematoma stb.). A harmadik csoportban (typus infil-



7. ábra. Nodosus alak a bimbó behuzásával. 32 éves,

trans) szóbajöhetnek a rosszindulatú daganatok (carcinoma, sarcoma), a praecarcinomás állapotok (mastitis chronica cystica stb.) és a lues. Mindkét csoportban gyakran szorulunk pontos szöveti vizsgálatra. Talán legkönnyebben kórismézhetők a második csoport (typus abscedens) alakjai. A láztalan, illetőleg subfebrilis állapotban kifejlődő tályogok a meleg tályogok kisérő tünetei nélkül már eleve gümőkórra utalnak; a kórismét a próbacsapolás is megerősítheti. A későbbi szakban a jellemző alakú és jellemző váladékot termelő sipolyok már eleve eldöntik a kórismét. Nehézségeket itt néha az actinomycosis okozhat.

Az emlőgümőkór gyógyítása szigorúan sebészi úton történik. Az általánosan kialakult vélemény az, hogy a folyamat localisáltsága miatt a legnagyobb radicalitás a helyénvaló. Ezért a szerzők vagy ablatiót vagy totalis exstirpatiót végeznek. Az eredmények általában kitünőek és a széles műtéti beavatkozás sem az általános állapotra, sem az esetlegesen nyugvó — másutt lévő — gümőkóros folyamatokra rossz hatással nincsen. Helybelileg is általában recidiva mentességről beszélhetünk. Igy a kozmetikai szempontoktól eltekintve az emlőgümőkór prognosisát jónak mondhatjuk.

Betegeink gyógyításában mi is két módszert követtünk. A súlyosságtól és a kozmetikai szempontoktól függően radicalis, illetőleg conservativ eljárásokat alkalmaztunk. Egy esetünkben radicalis exstirpatiót, két esetben ablatiót, nyolc esetben excisio + excochleatiot végeztünk, míg a hidegtályogos betegünkön jodoform-glycerin befecskendezésekkel csapolásokat. 12 betegünk közül csak hatnak tudunk későbbi sorsáról beszámolni. A rák + gümőkóros betegünk meghalt, a többi öt jól van és panaszmentes. Egyen ablatio, hárman excisio + excochleatio és egyen (absc. frig.) csapolások + jodoform-glycerin által értük el a gyógyulást. A conservative kezeléseken az általános gümőkórellenes kezelés is szerepelt (roborálás, napfény, quarz stb.). Mindkét fajta gyógymód úgylátszik jó eredményű. Bár a radicalis eljárás gyorsabb és valószinüleg tökéletesebb, fiatalabb nőkön azonban a folyamat jóindulatúsága miatt megkísérelhető a conservativ kezelés is, mely szintén eredményes.

Összefoglalás: Meglehetősen nagy anyagunk vizsgálata alapján megerősithetjük, hogy az emlőgümőkór eléggé ritka megbetegedés, mely majdnem kizárólag a pubertason túl lévő nők betegsége.

Eseteink 66%-ában másutt a szervezetben gümőkóros gócot kimutatni nem tudtunk.

Valószínű, hogy a terhesség, szoptatás a gümőkór keletkezésére hajlamosító befolyással van.

Nodosus, infiltrativ és abscedáló alakban jelentkezhetik.

A betegség jóindulatú.

Gyógyítása a folyamat súlyosságától és a kozmetikai szempontoktól függően lehet radicalis (ablatio, exstirpatio) és lehet conservativ. Mindkét, de főleg a radicalis eljárás igen jó gyógyeredményeket ad.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Adám Lajos ny. r. tanár.)

A műtét utáni epesipolyok röntgenvizsgálatának sebészeti jelentősége.*

Irta: *Mester (Kaufman) Endre dr.*, egyet. tanársegéd.

Az epeutak műtétei után még gondos dolgozás és jó technika mellett is előfordul, hogy epesipoly keletkezik. A beteg így még rosszabb helyzetbe kerül, mint volt a műtét előtt, mert az esetek túlnyomó többségében ujabb és az előbbinél rendszerint nehezebb műtét vár reá. Amíg pedig az ujabb műtétre rászánja magát, addig egyrészt a folytonos epeürítés emésztési zavarokat okoz, másrészt, — ha még ezenkivül pangás is van — maga a máj is szenved. Néha fokozott vérzékenység *(Haller)* és csonttörékenység is keletkezhet a nyomán. De meg kell említeni az ilyen állapot súlyos lelki hatását is. A sebészre nézve az ilyen eset az előbbi műtétnél nehezebb diagnosti-

*) Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1935 okt. 12-iki ülésén.

kai és technikai feladat, aminek megoldásában segítségére szolgál a sipoly sugárfogó anyaggal töltése és az így készített röntgenfelvétel. Mielőtt ezen eljárásnak részletezésébe bocsájtkoznék, néhány idevágó érdekesebb esetünket ismertetem:



1. ábra.



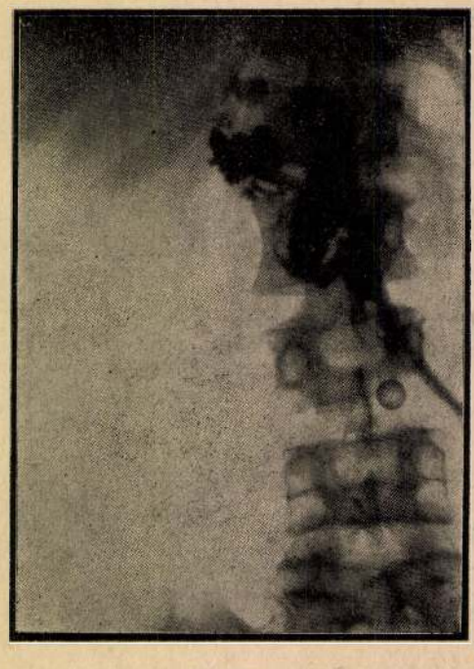
2. ábra.

I. *L. I.* 42 éves kövér nőbetegnek másfél év óta vannak epehólyaggyulladásra utaló panaszai. Hasában 4 újjnyira a jobb bordaív alá terjedő, kemény, fájdalmas, légzési mozgást követő resistentia volt tapintható. Hosszabb belgyógyászati kezelés után subfebrilis állapotban 1933 V. 25-én került műtétre. A lobos epehólyagból 150 ccm genyet lebocsátottunk. A súlyos, lobos összenövésekre tekintettel draineztük az epehólyagot. 4 heti kezelés után hasi sipollyal javult állapotban távozott. 1934 októberében került újra a klinikára, sipolya közben rövidebb időre többször begyógyult, de mindig kiújult. A röntgen szerint, (1. ábra), a befecskendezett lipiodol az epehólyagnak megfelelő képet mutatott, ahonnan a közös vezeték felé nem volt lefolyás. A beteget újra operáltuk és az epehólyagot eltávolítottuk, amelyben borsónyi zárókövet találtunk. Sima gyógyulás,

Ez aránylag egyszerű eset, mind a kórisme, mind a műtét szempontjából. Az első műtét alkalmával nem le-



3. ábra.



4. ábra.

hetett az epehólyagot eltávolítani, ezért palliativ műtéttel gondoskodtunk a geny lebocsájtásáról és második alkalommal — a gyulladás lezajlása után — távolítottuk el a beteg szervet.

II. *K. A.* 44 é, férfinek 1930 december 16-án három követ tartalmazó epehólyagját eltávolították és minthogy sárgasága nem volt, a közös epevezetéket nem nyitották meg. A gaze csíkok eltávolítása után epefolyás indult meg, a széklet epefestenyt nem tartalmazott és epesipoly fejlődött ki, amelyen naponta 400—500 ccm epe ürült. Ilyen állapotban

került hozzánk, két hónappal a műtét után. A közti időben sipolya időnként nem vezetett, de ugyanakkor mindig görcsök és sárgaság leptek meg. A röntgen szerint (2. ábra). a tág közös vezetékből semmi ürülés nincs a bél felé. Az összes májutak jól láthatók és igen tágultak. A kiterjedt összenövések után felkeressük a tág közös epevezetéket, amelyet megnyitva, bőven ürül epe, lefelé kutaszolva a papilla táján akadályra találunk, vizsgálat közben azonban a kutasz egyszerre bejut a bélbe. Miután így az akadály megszünt, gumi-drain-nek a közös epevezetékbe helyezése után zárjuk a hasat. Három hét alatt a beteg simán meggyógyult.

Ezen esetben már az első műtét előtt jutott egy kis kő a közös epevezetékbe. Műtét után a papilláig jutott, ahol beékelődött és teljes elzáródást okozott és így az epe — a képződött epes polyon — át ürült. A röntgenkép igen jó szolgálatot tett, nemannyira a teljes elzáródásnak megfelelő nagyfokú pangás kimutatása révén — mert hiszen azt az acholiás székletből úgyis tudtuk — hanem inkább az elzáródás helyének pontos jelzésével. Az epesipolyt tehát nyugodtan kivághattuk, tudtuk, hogy az ép epevezeték mellett pótlásra nem lesz szükség, másrészt az elzáródás helyéből annak köves jellegére is következtethettünk.

III. *D. I.-né*. 38 é. 1934 VII. 2-án egyik vidéki osztályon epekő miatt operálták. Akkor nem volt sárgasága. Műtét után a hegben sipoly fejlődött ki, melyből naponta 300—400 ccm epe ürül. Három hónap multán négy hétig nem ürült epe, de a sipoly nem gyógyult be. Étvágya rossz, széklete agyagszerű, sokat fogyott; székrekedése van. Jelen állapot: rendkivül lefogyott beteg, jobb oldalt bordaív-menti metszés hege. Ennek felső végéhez közel sipolynyilás, amelyen keresztül bőven folyik tiszta, áttetsző epés folyadék. Röntgen: (3. ábra), a sipolyon keresztül 20 ccm. lipiodol befecskendezése után láthatóvá válik a májvezeték rövid, kb. 2 cm, darabja, amelyik itt két ágra oszlik. A jobboldali májvezeték elágazásának megfelelően jól láthatók a tágult májutak. Előkészités után 1935. III. 11-én középvonali metszést végeztünk a köldökig. Az összenövések szétválasztása után kiderült, hogy nincs kő az epevezetékben. A jobb bordaív felől a májvezetékbe vezető sipolyjáratot kipraeparáltuk a hasfalról levágtuk, és minthogy a közös epevezetéket nem találtuk, a járatot a nyombél lehágó ágába szájaztattuk. Szádlás után zártuk a hasat. A beteg 3 nap mulva tüdőgyulladás és szívgyengeség tünetei között meghalt. A boncolás a röntgennek megfelelő elváltozást talált: a májvezeték egy cm-re az epehólyagvezeték beszájadzása felett azon a helyen, ahol az epehólyagvezeték csonkja le van kötve, folytonosságában megszakad és itt kis diónyi epésen beivódott falu üreg van, amelybe bele vezet a májvezeték központi részlete és amelyből ered a műtét alkalmával leválasztott és a nyombél felső részletébe beszájaztatott mintegy 2 cm. hossz, ceruza vastagságú sipoly. Egyébként súlyos brochopneumonia és szívizom elfajulás volt.

Jelen esetünkben az első műtét alkalmával az epehólyagvezeték kidolgozása bizonyára nem volt tökéletes és így a májvezetéknek hozzánőtt része is belekerült a fogóba. Mindkét vezeték átvágása után visszamaradt a lekötött hólyagvezetékcsonk és a nyitva maradt központi májvezetékcsonk, amiből az epe szabadon ürült, a szabadon ürülő epe előbb egy kis üregbe és onnan a sipolyon át a szabadba jutott, a hosszú időn át fennálló epesipoly a beteg nagyfokú leromlására, hepatargiás állapotára vezetett. A sipoly röntgenvizsgálata itt is igen értékes adatokat szolgáltatott: megtudtuk belőle azt, hogy teljes kiürülési akadály van, még pedig magasan a közös vezeték kezdeténél. A tágult májutak szintén hosszabb idő óta tartó pangásra mutattak. A magas elzáródás oka rendszerint nem kő, hanem szűkület vagy epeutsérülés és így a műtéti tervünk a műtét előtt megvolt. Ezért kerestük fel külön metszésből a májvezeték-csonkot, illetve patkóbelet és őriztük meg gondosan a sipolyt, amit ilyen módon a műtét megoldására fel is használtunk és amire pl. kőelzádódáskor semmi szükségünk sem lett volna.

IV. *S. D.* 55 é. férfi, Két éves epeköves kórelőzmény, három hete a görcsökhöz sárgaság is társult, széklete agyagszerű volt és minthogy, belkezelés dacára, sárgasága fokozódott, 1934. VI. 11-én műtétet végeztünk rajta. A műtétkor igen kiterjedt összenövések között találtuk az epehólyagot. Annak vezetékében beékelt epekő volt tapintható. Az epehólyag eltávolítása után megnyitottuk a közös vezetéket, abban azonban követ nem találtunk és ezért feltételezve, hogy a sárgaságot az epehólyag követ tartalmazó kiöblösödésének és a lobos mirigyeknek nyomása okozza, a közös epevezeték szádlása után zártuk a hasat. A gumicsövön át bőven ürült epe és a cső eltávolítása után epesipoly alakult ki, a széklet talán egy árnyalattal sötétebb lett, de még mindig agyagszerű volt. Doudenalis sondázás kevés epét eredményezett. A sipoly feszes kitömése erős görcsöket, hidegrázást, lázat és sárgaságot okozott, az epe megindulása után e tünetek elmultak. Mikor ez az állapot már öt hete tartott, újabb műtétre gondoltunk. Ezt megelőzően azonban elvégeztük a sipolytöltést és röntgenvizsgálatot: (4. ábra), a sugárfogóanyag először két újjnyi széles tágulatba megy, majd bal felé hasonló széles, de háromszor olyan hosszú, reá merőleges árnyékban folytatódik. A kettő között vékony és egyenetlen az összeköttetés. A lefelé haladó vastagabb árnyék mellett egy vele hegyesszöget bezáró ½ cm. széles és kb. 3 cm. hosszú képlet van. Másnap a sipolyon epe nem ürült, a széklet festenyzett volt, egy hét mulva a sipoly teljesen begyógyult és a beteg gyógyultan hagyta el a klinikát, azóta sincs panasza.

Ez az eset több szempontból figyelemreméltó. Lehetséges, hogy a kísérő hasnyálmirigygyulladás nyomta össze az epevezetéket és a gyulladás lezajlásával ez megszünt; ennek ellene szól a tünetek hirtelen megszünése. A másik lehetőség az, hogy a műtét alkalmával valami kis kő elkerülhette a figyelmünket, ami később a papillába került és ott elzáródást okozott. Ennek a feltevésnek a röntgenkép is jobban megfelel: A közös epevezeték hirtelen megszakadása, lefelé kissé homorú, egyenetlen végződése és a mellette lévő árnyék, amit a hasnyálmirigy kivezető csövének tartunk és aminek retrograd telődése a papillába nyíló közös vezeték elzáródása által érthető. Különösen érdekes az epesipoly begyógyulása egyik napról a másikra, közvetlenül lipiodol töltés után, amit nem lehet véletlennek tekintenünk, annál is inkább, mert hasonló észleletről már *Aloi* és *Neuwirth* is tesz említést. Nekünk ugyan nem sikerült a székletben megtalálni a kiürített követ, mint *Neuwirth*-nek, de a hosszú ideig fennálló, röntgennel is igazolt majdnem teljes elzáródásnak hirtelen megszünése és az azóta panaszmentesen eltelt hosszú idő bizonyítja az oki összefüggést. Ez a hatás különben jól megmagyarázható, mert az olajos anyag egyrészt csuszamlóssá teszi a követ — mint ahogy ureterkő esetén is látjuk, — másrészt pedig súlyánál fogva elég erős nyomást gyakorol arra és hacsak nem nagy, vagy erősen beékelt a kő, átcsúszhatik a vékonybélbe. Ami az eljárás technikáját illeti, az meglehetősen egyszerű. Mi rendszerint vékony katheter vezetünk a sipolynyilásba és azon át fecskendezünk be — az epe kiszívása után — annyi oldatot, amennyit mérsékelt nyomással lehet. *Walzel* azon ajánlatát, hogy előzőleg morphiuminjectiót adjunk az esetleges görcsök megelőzésére, meggondolandónak tartjuk, mert a görcsök rendszerint túltelődéskor jelentkeznek és inkább intő jelül szolgálnak. Különben sem célunk, hogy túl feszesen öltsük meg az epeutakat, mert a finomabb részletek így elveszhetnek. Viszont a másik végletet sem követjük, hogy t. i. a folyadékot csak saját súlyánál fogva engedjük befolyni. Legjobbnak bizonyult a fecskendővel alkalmazott mérsékelt nyomás, az átvilágítás ellenőrzése mellett. Szabad epevezeték esetén ilyenkor mindjárt látjuk a bélbe való ürülést, ellenkező esetben felvételt csinálunk, amelyet szükség szerint fél, egy, esetleg két óra mulva megismételünk. Míg kezdetben jodkali oldattal *(Walzel)* és barium-oldattal kísérleteztek, addig ma már általában a jódnak szerves olajos kötései használatosak a jodipin és lipiodol. Amerikai szerzők ujabban

Frazier után kampiodolt alkalmazunk. Vigyázni kell arra, hogy ne hagyjunk a bőrön sugárrogó anyagot, mert az zavaró árnyekot adhat, ugyanezen oknál fogva a felvétel idejére gondosan zárni kell a sipolynyilást, hogy abból ne folyhasson ki semmi. A képek leolvasása nem nehéz, mert az epeutak rajzolódása pontosan jelzi az elzáródás helyét. Epehólyag sipolykor rendszerint az epehólyagvezeték is rajzolódik ki a kép, mint első esetünkben. Ha mélyebben van az elzáródás és főleg, ha régi, akkor a visszafolyás miatt jól láthatók a tágult máj-utak. Ha teljes az elzáródás, akkor a bélben nem látható a lipiodol, ilyenkor a széklet achoulás volta is figyelmeztet erre, az eljárásnak az előnye többek között épen az, hogy a nem teljes szükületet és megfelelő esetben a nem beékelt követ is láthatóvá teszi. Az elzáródás helyéből többször következtetni lehet az elzáródás okára, mint eseteinkben is láttuk. Az alsó papillatáji elzáródás oka sokszor beékelt kő, néha kezdődő papilla-, illetőleg hasnyálmirigyrák. A magasabb szakaszon, különösen az epehólyag- és májvezeték találkozó helyén lévő elzáródást többnyire szűkület hozza létre, ilyen esetben gyakori a traumás, illetve művi eredet. Ezek a körülmények gyakran döntő fontosságúak a műtéti terv előzetes megállapításában és így könnyebbséget jelentenek. Veszélye ezen vizsgálatnak úgyszólván nincsen. *Walzel* kutya-kísérletben kimutatta, hogy az átvágott és lekötött közös epevezetékbe juttatott jodipin bizonyos idő mulva eltünik, felszívódás vagy elbomlás útján és semmi kellemetlenséget nem okoz. A lipiodol-befecskendezést követő szövődményre egyik irodalmi adat *Mallet—Guy*-től származik, akinek esetében hasi fájdalom, hányás és láz jelentkezett tágult, de el nem zárult közös epevezetéknél — *Ginzburg* és *Benjamin* szerint — a Wirsung-vezetékbe való visszafolyás miatt, mindenesetre a befecskendezést nem röntgencontrollal végezte. A másik esetet *Overholt* írta le: a befecskendezés után 18 órával hányinger és hányás, de ő tévedésből közös epevezetékelzáródáskor lezárta a gummicsövet, aminek megszüntetése után a panaszok is elmultak. A mi eseteinkben, kis hasi nyomásérzést nem tekintve, sem kellemetlenséget, sem kóros utóhatást nem észleltünk.

Épen a veszélytelenség és az egyszerű kivitel következtében egyes, főleg francia és amerikai szerzők (*Cotte, Ginzburg* és *Benjamin, Overholt, Gabriel* stb.) minden olyan esetben alkalmazzák, ahol a közös vezetékben T-cső van, annak a megállapítására, hogy az eltávolítható-e vagy sem, illetőleg, hogy szabad-e a lefolyás a bélbe. Mondván, hogy jobb, ha előre veszik tudomásul, hogy az eset nincs megoldva, mert így a második műtétig a csövet visszahagyják, hogy annak a vezetésével könnyebben lehessen megtalálni az epevezetéket. Mi nem alkalmazzuk a T-csövet, mert klinikánk elég bőséges tapasztalatai szerint ugyanazt a célt szolgálja az egyszerű katheter is, aminek a végén két ellentétes oldalon nyílás van. Ez éppen úgy vezeti az epét, illetőleg ha lefolyási akadály nincs, átengedi a patkóbél felé, mint a T-cső s nincs az a veszély, hogy kihúzáskor a T vízszintes szára bennmarad a vezetékben, vagy ami még rosszabb, szakadást csinál rajta. Másrészt olyan szövődmények, amelyek második beavatkozást tesznek szükségessé, szerencsére meglehetősen ritkák és ha elő is fordulnak, a gummicsőnek a sipolyban való bennhagyása nem közömbös és az epeutak megkeresésében nem jelent megfelelő könnyebbséget. A mondottak szerint mi ezen vizsgálatot csak kialakult epesipoly esetén végezzük. A beteg lázas állapota, heveny gyulladás jelenléte t lalmazza.

Összefoglalásul tehát azt mondhatjuk, hogy az epesipoly lipiodol-töltéses röntgenvizsgálata értékes kórjelző segédeszköz, ami az elzáródás tényén kivül annak pontos helyét is meghatározza és gyakran az okára is következtetni enged. Ezzel elősegíti a korabbi, tehát eredményesebb és veszélytelenebb műtétet, másrészt lehetővé teszi a műtéti terv előzetes kidolgozását. Teljesen veszélytelen és arra való esetben, mint utolsó esetünkben láttuk, gyógyító hatást is várhatunk tőle.

A Szt. Rókus Központi-közkórház fül-osztályának közleménye (főorvos: Götze Árpád.)

A hallójáratkörüli sipolyok vizsgálatának ujabb módja.*

Irta: *Csillag Sándor dr.* műtőorvos, közkórházi segédorvos.

A hallójáratkörüli sípolyok közül a fülorvost elsősorban azok érdeklik, melyek bizonyos kapcsolatban vannak a hallószervvel, tehát vagy magába a hallójáratba szájadzanak vagy a füllel egyéb vonatkozásuk van. Az előbbiek az otoscopiai vizsgálat útján kórismézhetők s keletkezésüket a hallójárat anatomiai szerkezete és topographiai viszonyai magyarázzák. A porcos-csontos hallójáratfalon, — mint választalon keresztül, — mind belülről ki a környezet, mind kivülről be a lumen felé, a legkülönbözőbb helyeken törhet át lobos folyamat (phlegmone, tályog), vagy daganat (cc.). A sipolyképződésnek *4 praedilectiós* helye van: 1. a porcos hallójárat kötőszövetes hasadékai (incisurae Santorini), mint a parotis tályogok kedvenc áttörési helyei; 2. a porcos-csontos fal határa, mely általában kötőszövetes; 3. az állkapocsizülettel szemben lévő vékony, elülső csontlemez s 4. az os tympanicum csonthézagai.

Belülről kifelé leginkább genyes külső és középfüllobok kapcsán következhet be áttörés (süllyedéses tályogok) s ilyenkor a tovaterjedésnek megvannak a jellemző útjai. A hallójáratba szájadzó sipolyok kiinduló helyei a lument körülvevő szomszédos, vagy távolabbi képletek, szövetek. Ezek közül az elülső falat tekintve, az articulatio mandibulae alig kerül szóba, inkább a fossa retromandibularis beolvadt nyirokcsomói lehetnek itt a fistulák forrásai (tbc.). Felülről a középső koponyagödör, vagy középfül, hátulról pedig a processus felől keletkezhet genyedő járat. Gyakoriságra nézve első helyen állnak az alsófal, a hallójárat fenekének parotisból eredő sipolyai, mint a fültőmirigy heveny (*Roldan, Bader, Talpis*), vagy idült (tbc., *Viela*) genyedésének következményei.

A parotis közvetlenül nekifekszik a hallójárat fenekének, anélkül, hogy attól tok határolná el a mirigyállományt; ebből következik a parotis sipolyok gyakorisága, valamint annak a szükségessége, hogy a hallójárat alsó falának genyedő sipolya esetén elsősorban a fültőmirigy megbetegedésére, illetve kóros elváltozására kell gondolni.

Távolabbról kiinduló genyes gyulladások is vezethetnek hallójáratsipoly képződéséhez. Az irodalomban számos adat található a legkülönbfélébb helyről eredő s végül is a külső hallójáratba törő lobos folyamatokra vonatkozólag. Így *Roch, Frey, Hofmann, Pope, Heller, Smith* és *Sue* eseteiben *peritonsillaris tályog, Campbell*ében *nyirokcsomó* genyedés, *Vield* esetében pedig a *járomív gümős* gyulladása szerepelt, mint a hallójáratsipoly forrása. *Abercrombie* a parotisnak a hallójárat elülső falán keletkező

*) A Magyar Fül- és Gégeorvosok 1935. V. 29-i nagygyülésén tartott előadás.

kezett *nyál* sipolyát, *Nakamura* a *mandibula osteomyelitisét* közli. *Casadesus* a felső retropharyngealis térben két zárt fascia rést talált, melyet „*spatium atlantooccipitale*"-nak nevezett el, a tájbonctani viszonyokra tekintettel. Leírása szerint rendes viszonyok közt néhány járulékos nyirokcsomó található itt, melyeknek beolvadása esetén a geny a garatürbe, vagy a hallójárat felé ürülhet ki. A genyedésnek kúpuló jellege is lehet.

Mivel — mint már említettük — a hallójáratsipolyok keletkezésének kedvelt helye az alsó fal, mely alatt közvetlenül a parotis fekszik s mivel leggyakrabban épen a parotis lobos folyamatai okoznak hallójáratsipolyt, bizonyos esetben először is a sipoly és a fültőmirigy közötti összefüggés tisztázandó, vagyis a parotis állapotát kell megvizsgálni. A *sonda-vizsgálat magában* véve erre nem elegendő, mert nem deríti ki a sipolyjárat eredetét. Csak oly vizsgáló eljárás alkalmazható eredménnyel, mely a parotis állapotát és a mirigynek a sipolyhoz viszonyát *szemlélteti*. A *contrasttöltéses* vizsgálatok előtt a nyálmirigyek állapota röntgensugaras-vizsgálattal alig volt megítélhető. Ma már azonban a *sialoadenographiával* oly becses diagnostikus eljárás birtokában vagyunk, mellyel nemcsak a kérdéses nyálmirigy *állapota* tisztázható, hanem *környezetéhez való viszonya* is elbírálható. A hallójárat sipolyának otoscopiai kórismézésekor ne elégedjünk meg tehát a fistula egyszerű sonda-vizsgálatával, vagy contrasttöltésével, hanem megfelelő contrastanyagnak (eseteinkben lipiodolnak) a Stenon-vezetékbe fecskendezése (hacsak ezt különös okok nem tiltják) s a sipolyjárat egyidejű kitöltése után készittessünk azonnal röntgenfelvételt, mely a parotis kivezetőcsőrendszerének és mirigyállományának állapota mellett a sipolyjárat irányát és fültőmirigyhez viszonyát is feltünteti. *Sialoadenographiás* eljárásunkat az Orvosi Hetilap 1933. évi 45. számában és az Acta Oto-Laryngologica 1934. évi XXI. kötetében részletesen ismertettük *(Csillag—Czunft)* s ezért arra itt nem térek ki, csak hangsúlyozom, hogy a methodust közleményünk óta is számos betegen alkalmaztam s a betegség természetére nézve mindig sikerült megfelelő támpontot nyerni, sőt — mint több esetben megállapíthattam, — a *sialoadenographia* bizonyos parotisban lévő elváltozások *(„sialocochitis cystica")* felismerésének kizárólagos diagnostikus eszköze. *A parotisnak és a sipolyjáratnak contrast anyaggal egyidejű kitöltése s azonnali röntgenvizsgálata a hallójárat sipolyok kórismézésében is haszonnal alkalmazható, a topographiai viszonyok helyes értelmezése szempontjából.* Vizsgálati módszerünknek nagy gyakorlati hasznát vettük máris egy esetünkben:

H. H. 23 éves nőbeteg azzal jelentkezett a *Szt. Rókus-kórház fülosztályának* járóbeteg rendelésén (1934. IX. 28), hogy hetekkel azelőtt nagy láz kíséretében bal o. fülkagylója körül — elől és alul — fájdalmas duzzanat keletkezett mely pár nap múlva fokozatosan visszament. Két hét múlva észrevette, hogy bal füléből böven ürül genyes váladék. A közép termetű kp. fejlett és táplált beteg vizsgálatakor azt láttuk, hogy a baloldali külső hallójárat gennyel telt, a hallójárat alsó falán, a porcos-csontos határon egy kb. lencsényi sipolynyilás van, melyből bőségesen ürül sárgás, szagtalan geny. Ebből staphylo- és streptococcusokat lehetett kimutatni. Gombos sonda 3 cm mélyre volt a járatba vezethető le, hátra és kissé közép irányba. ellenállást, érdességet nem éreztünk. A nyak külső nyomására a geny ürülése nem fokozódott. Orr-torokban ép viszonyok, a szájban pyorrhoea alveolaris cariosus fogak. Wassermann és bel- lelet negatív, vérkép rendes.

A betegen tehát a hallójárat alsó falára szájadzó genyes sipolyt állapítottunk meg, melyet a kórelőzményi adatként szereplő periauricularis lobos duzzanat figyelembevételével *parotitis*, vagy *lymphadenitis* következményének véltünk. A beteget conservativ kezelésbe vettük, azonban a genyedés nem csökkent, végül is *a parotis állapotának, a sipolyjárat irányának és a fültőmirigyhez való viszonyának* megállapítása végett *contrasttöltéses* röntgenvizsgálatot végeztünk oly módon, hogy a parotisnak a Stenon-vezetéken át való lipiodol feltöltésével egyidejüleg egy ureter-katheter darabot dugtunk a sipolyjáratba, melybe szintén lipiodolt fecskendeztünk bele. A röntgen-felvételek, melyekért ezúton is hálás köszönetemet fejezem ki a Szt. Rókus kórház röntgen-laboratoriumának (főorvos: *Czunft Vilmos dr.* egyet. magántanár), azt mutatták, hogy a parotis kivezetőcsöve és mirigyállománya teljesen ép, utóbbi lebenyes szerkezetű, s a sipolyjárattal semmi kapcsolata nincs, mert az fölötte és mögötte halad. A járat vége egy tág, vak tasak, melyben a contrastanyag feltűnően felhalmozódott. Különböző irányból összesen 14 felvétel készült, köztük *stereoskopos* képek is. Az ezekből megállapítható röntgenleletet *(Czunft)* szerint: a 3 cm hosszú sipolyjárat vége az *atlas* massa lateralisának magasságában van, ez előtt kb. fél haránt ujjal, a retropharyngtalis térben.



1. ábra.

A *topographiai* viszonyok s elsősorban a *parotis* állapotának tisztázása után felmerült az a kérdés, honnan ered a geny, mely a hallójárat alsó falának sipolyából állandóan és elég bőségesen ürül. A parotis kizárása után, a járat irányából *nyakcsigolya cariesre* gondoltunk, de a röntgen-vizsgálat negativ eredménnyel járt. *Nyirokcsomó* genyedés látszott a legvalószínűbbnek, talán a *Casadeus* által leírt helyről, vagy a retropharingeális térből. A beteget tovább észleltük, s miközben a lipiodol lassan kiürült, a ductus Stenonianuson keresztül a parotisból és a genyes váladékot secernáló járatból, szembetűnő volt, hogy a suppuratio mindinkább csökkent, majd a contrasttöltés után 3 hétre teljesen megszünt, mire a sipolynyilás hegesen zárult. A genyedés megszüntével a beteg teljesen panaszmentes lett.

Véleményünk szerint a hallójáratkörüli, illetőleg hallójáratba szájadzó sipolyok mindazon eseteiben, melyekben a fistulának parotisból eredése nem rekeszthető ki, mindig *a parotis és a genyedő járat egyidejű contrasttöltéses röntgenvizsgálatát* kell végezni, különös tekintettel a parotis és a hallójárat közötti szoros tájanatómiai kapcsolatra, ezen vizsgálati eljárás könnyűségére és megbizható voltára. A parotis állapotának, helyzetének egyszerű és eredményes vizsgáló módszere a *sialoadenographia*, mely bizonyos esetekben a hallójáratsipolyok

elkülönítő kórismézésében is hasznunkra lehet. Sokszor ez lesz az egyetlen mód a fültőmirigy és hallójáratkörüli sipolyok közötti összefüggés megállapítására.

Irodalom: *Abercrombie:* J. Laring. a. Otol, 45/1930. — *Campbell:* Ann. of Otol. 39/1930. — *Casadesus:* Rev. espanola y americ, de laryngol, otol. etc. 16/1925. — *Csillag—Czunft:* O. H, 45/1933. — Acta Oto-Laryng. 21/1934. — *Csillag:* O, H, 38/1934, — *Federici:* Acta Oto-Lar, 14/1930, — *Frey:* Ztbl. f, Hals etc, Heilk, 11/542. — *Heller:* Ztbl. f. Hals etc Heilk, 17/141, — *Hofmann:* Ztbl, 14/111, — *Jung:* Zeitschr. f. Laryng., Rhinol,, Otol. etc, 15/1927, — *Nakamura:* Otologia 6/1933. — *Pope:* Ztbl. 17/141. — *Roche:* Ztbl. 11/541, — *Roldan Verges:* Ann, Mal, Orielle 49/1930. — *Smith:* Ztbl. 17/141, — *Sue:* Otologia 7/56. — *Viela:* Ann. Mal. Oreille, 49/1930. —

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

A gyomor és nyombélfekélyek kezelése histidinnel.

Irta: *Haintz Ödön dr.*

A histidin kezelésnek kiindulási alapja tulajdonképen már azon régi tapasztalat, hogy kutyák duodenalis nedvének elvezetésekor a gyomorban peptikus fekélyek támadnak. A fekélyképződés okát az alkalikus bélnedv regurgitatiójának elmaradásában keresték, amely folyamatban a nyálkahártya védőmechanismusát látták.

Weiss és *Aron* a fenti kisérletből kiindulva az epét és pankreasnedvet a vékonybél alsó szakaszába vezették, a duodenum egy részét resecálva azt a bélcsatornából kiiktatták és a gyomrot a megmaradt duodenumcsonkkal anastomosis útján egyesítették. 18—24 nap alatt a gyomorban és a jejunumban fekélyek keletkeztek, az állatok vérszegénnyé váltak és végül senyvedésben elpusztultak. Ezen kisérletekben az állatok duodenumnedve a nagyfokú hasmenés folytán igen gyorsan kiürül a szervezetből, a fehérjeemésztés pedig a fermentumok hiánya miatt súlyos zavart szenved. *Aron* a fehérjeanyagcsere ezen zavarának tulajdonítja a gyomor és bélnyálkahártya kifekélyesedését. Felfogása helyességét azzal bizonyítja, hogy fehérjebomlási termékeket, aminosavakat juttatott parenteralisan a kisérleti állatok szervezetébe és akkor kitünt, hogy histidin és tryptophan hatására a fekélyek meggyógyulnak, jóllehet a halálos kimenetel nem volt megakadályozható.

Aron mindebből azt a következtetést vonta le, hogy a gyomorfekély általános anyagcserezavar helyi megnyilvánulása, valamint, hogy a histidin a gyomor-bélnyálkahártya épségben tartásához nélkülözhetetlen anyag. A szervezet histidint synthetizálni nem tud s amennyiben készlete felhasználás folytán kimerül, *hiánybetegségként* typikus peptikus fekély jön létre.

Klinikánkon eddig 23 gyomor és nyombélfekélyes beteget kezeltünk histidinnel. Részben a röntgen-vizsgálatkor talált ulcusfészek, részben a duodenum deformatiója és 3 esetben még a vérzés is bizonyították az egyéb tünetek mellett a fekély kórjelzését. Két beteg a Hoffmann-La Roche gyár „*Larostidin*" nevű készítményét, a többi pedig a Chinoin gyár által készített „*Gerulkint*" kapta. Ezen készítményekből összesen 20 injectiót kaptak a betegek, naponta 5 ccm-t intramuscularisan. Helyi fájdalmat, vagy más kellemetlen melléktünetet nem észleltünk. Tudatában vagyok annak, hogy az alább részletezendő eredmények bizonyos szempontból nem állhatják ki a kritikát. Valamely szer hatását teljesen objective megítélni csak akkor lehet, ha azt mint egyedüli gyógymódot alkalmazzuk. Esetünk nagyobb részében ez így keresztülvihető nem volt. Nem rendelkezvén ugyanis elég tapasztalattal a szer jó hatásáról, nem kockáztathattuk meg azt, hogy a kezeléssel esetleg időt veszítvén, a gyógyulást túlságosan hátráltassuk. Ezért a 23 beteg közül csak 4 olyan eset volt, akiknek sem a szokásos étrendet, sem a szokásos gyógyszereket nem adtuk és kizárólag a histidin-kezelésre szorítkoztunk. A többi 19 beteg a histidin-kezelésen kívül még a klinikán szokásos gyomorfekélyes étrendet is tartotta és más gyógyszereket (atropin, alkaliák) is vett.

A kezelés alatt panaszmentes lett 15 beteg, de a többi 8 betegen is láttunk javulást. Ez átlag már az ötödik napon jelentkezett, de néha már a harmadik injectio után jobban érezték magukat a betegek, csökkent a fájdalmuk és átlag a kilencedik napon már panaszmentesek is lettek. Azokon a betegeken, akiken a teljes panaszmentességet nem is sikerült elérni, szintén láttuk a tünetek kisebb-nagyobb mértékben való múlását, elsősorban a fájdalom csökkenését. Ezeken a betegeken a javulás valamivel később, kb. a hetedik napon mutatkozott. A panaszmentessé vált betegek közül több hónapi tünetmentességet is észlelhettünk eddig, de megfigyeléseink rövid ideje folytán ezen javulás tartósságát még nem állapíthatjuk meg.

A röntgen-vizsgálattal ellenőrzött betegeken több esetben észlelhettük a röntgen-tünetek javulását. Az egyik teljesen panaszmentessé lett betegen a kezelés után már nem volt látható a kendermagnyi fekély a duodenumon. A másikon megszünt a duodenum deformáltsága, a harmadik ambulanter kezelt, szintén teljesen panaszmentessé lett betegen a histidin-kezelés végén a duodenalis fekély árnyéka kevésbbé kifejezetten volt látható. Ezeken kivül egy betegen a babnyi fekélyárnyék és még négy betegen a deformált duodenum a kúra alatt nem változott. Ezen nyolc röntgenvizsgálattal is ellenőrzött beteg közül csak egynek nem multak el teljesen a fájdalmai; ezen betegnek 10 éve volt már gyomorpanasza és a 6 év óta évenként megismételt röntgen-vizsgálatkor mindig deformált duodenum volt látható. A többi hét beteg panaszmentes lett, tehát azok is, akiken a kezelés után, vagyis három hét mulva változatlan röntgenleletet találtunk.

Négy vérző betegnek adtunk gerulkint, akiknek székletében a kimutatható occult vérzés a 7—8. napon megszünt. Mivel a szigorú étrend mellett az egyéb szokásos vérzéscsillapító szereket is adtuk, ezen kevés adatból következtetést nem vonhatunk le, bár épen ezen vérző betegeken elég korán és kifejezetten észleltük panaszaik javulását. Ezeken kivül még egy betegnek volt gyomorvérzése, aki klinikára való felvétele előtt kezelőorvosától tíz gerulkin injectiót kapott, miközben fájdalma ugyan csökkent, de ekkor jelentkezett súlyos gyomorvérzése. 20 éve állottak fenn gyomorpanaszai; a röntgen-vizsgálatkor a pylorus és a duodenum nem volt kitölthető és a contrastanyag elfogyasztása után három és fél óra mulva a gyomorban teljes maradék volt. A beteget a vérzés után 6 hét mulva megoperáltattuk; a műtét alkalmával is látható volt, hogy régi callosus fekélye van, melynek conservativ kezelésétől természetesen nem sokat várhatunk.

Négy beteg kisérletképen nem tartott szigorú étrendet, (hanem csak könnyű vegyes étrendet) s más gyógyszert (belladonna, alkaliák) is csak egy-két napig vett. A négy közül három panaszmentes lett és a negyedik is javult. Az egyik panaszmentessé lett beteget, egy cigányzenészt, aki már foglalkozásánál fogva sem kiméli magát, ambulanter kezeltünk. Könnyű vegyes étrend mellett más gyógyszert nem kapott. Fájdalma már az ötödik gerulkin injectio után csökkent és a tizenharmadik injectio után

pedig panaszmentes lett. A röntgen controllvizsgálatkor a duodeum bulbusa épen úgy deformált és rajta az ulcusfészek is látható volt, csak kevésbbé kifejezetten.

Általában a régi, évek óta fennálló gyomorpanaszok esetén nem láttunk olyan jó eredményt, mint a friss esetekben. Ez a tapasztalatunk megegyezik más szerzők észlelésével is. A már évek óta szenvedő és sokféle kezelésen keresztülment betegek megfigyelése szerint a histidinkezelés alatt hamarább szüntek meg panaszaik, mint a régebbi gyógykezelésük alatt.

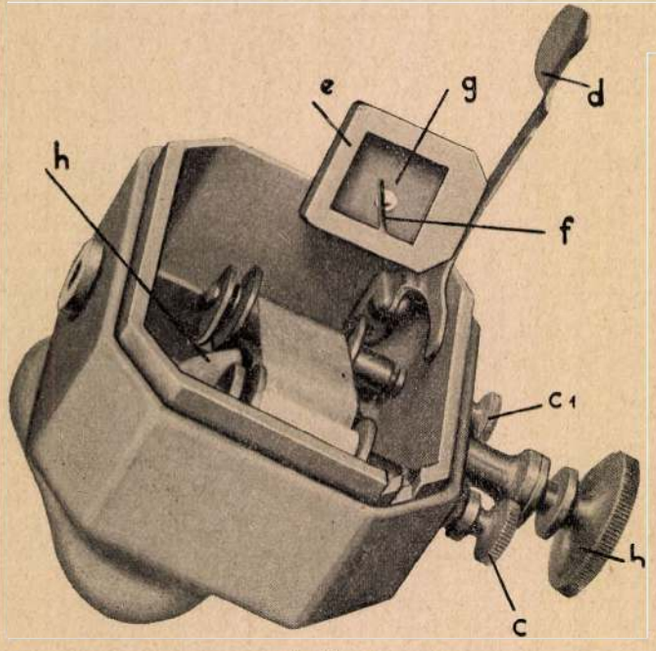
A histidin tehát a gyomor és nyombélfekélyek kezelésében jelentős szerepet igényelhet. A fenti tapasztalatok szerint az egyéb fekélykezelés (étrend, gyógyszer) eredményét lényegesen elősegíti, amennyiben a betegek sokkal gyorsabban válnak panaszmentessé. De kétségtelen, hogy olyan esetekben is, amidőn az étrendi kezelés nem keresztülvihető és egyéb gyógyszeres kezelés sem történik, a histidin igen jó hatású lehet. Néhány esetben a helyi elváltozás gyógyulását is gyorsította.

A remissio tartósságát egyelőre még nem tudjuk megítélni, amiért is az általunk észlelt néhány recidiva sem szólhat a szer értéke ellen. Kilátástalan természetesen az olyan fekélyes betegek histidinkezelése, akiknek nagyon régi, hegesedéseket és a gyomor kiürülésének zavarát okozó gyomorfekélyük van.

Paracenthesis-phantom.

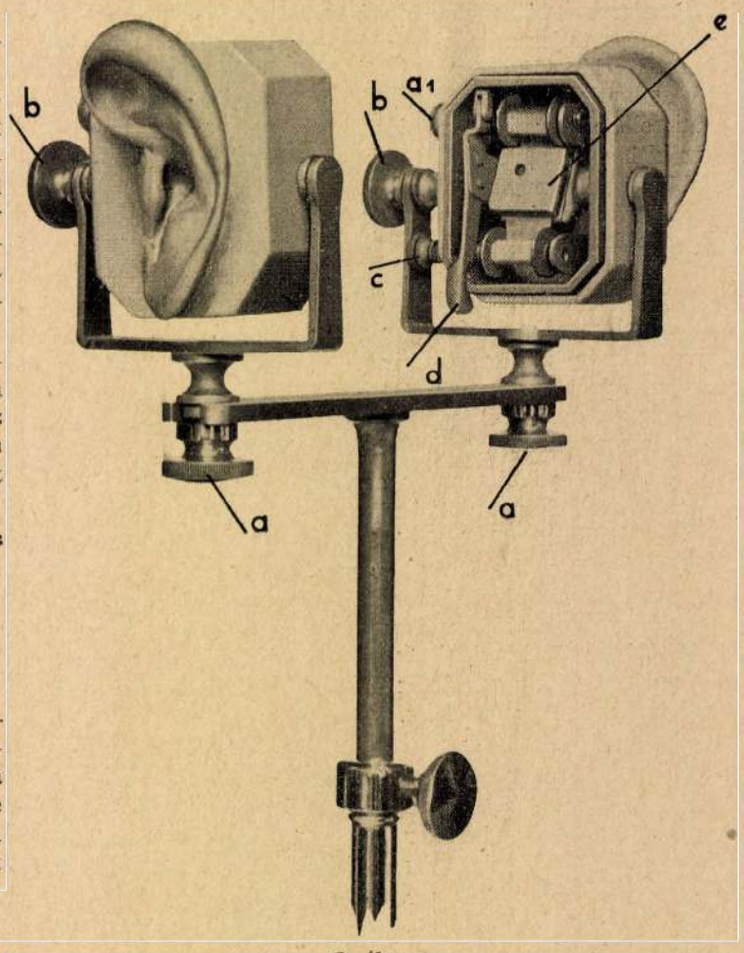
Irta: *Wein Zoltán dr.*, egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Hogy a paracenthesis végzése mennyire a gyakorlóorvos működési körébe tartozik és hogy milyen fontos érdek fűződik annak széleskörű alkalmazásához, mutatja a genyes középfülgyulladás sokszor komoly, sőt végzetessé válható szövődményének, a mastoiditisnek genezise. A mastoiditis keletkezésének kérdését leegyszerűsítve azt



1. ábra.

mondhatjuk, hogy e nemkívánatos szövődménynek két oka van: az egyik a fertőzés virulentiájának és a szervezet ellenállóképességének a betegre nézve kedvezőtlen erőviszonya, a másik — még kedvező erőviszony esetén is — a valódi kpangás, ami akkor áll elő, ha nem gondoskodunk *idejében* a dobüregben termelődő geny szabad levezetéséről paracenthesis útján. Ebből a megállapításból már kiviláglik a paracenthesis végzésének fontossága az általános orvosi gyakorlatban is, különösen vidéken, ahol helyben nincs szakorvos, már pedig a középfülgyulladásban szenvedő lázas beteget nem egykönnyen lehet a legközelebbi szakorvossal bíró városba szállítani, különösen ha a szállításnak az anyagi eszközök hiánya is útját állja.



2. ábra.

Az egyetemi oktatás tárgykörébe és a szigorlati programmba fel kellene tehát venni a paracenthesis végzését, ennek az újításnak azonban elengedhetetlen előfeltétele, hogy alkalmat adjunk a tanulóifjúságnak az elég kényes művelet begyakorlására. A tanításnak és az általános orvosi gyakorlatra való felkészülésnek ezen a hiányán kell valami természethű művi lehetőség kitermelése által segítenünk, mert kizárt dolog, hogy az orvostanhallgatók mindegyikének elegendő alkalmat tudjunk biztosítani a klinikai és kórházi beteganyagból a paracenthesis végzéséhez szükséges különleges kézügyesség elsajátítására. Az általam szerkesztett phantom ezen a hiányon kíván segíteni és ismertetésével az a célom, hogy azt népszerűsítsem és a tanításnak ezirányú kiterjesztését szorgalmazzam.

A készüléken (1. ábra) a két fül egy, az asztal lapjára erősíthető, emelhető vagy süllyeszthető és függélyes tengely körül körben elfordítható fémállványra van egymástól természetes távolságra szerelve. A fülkagylók és a hallójárat gummiból készültek és pontos másai a hullárói vett eredeti lenyomatoknak, amelyeket a törvényszéki orvostani intézetben csináltam, tehát élethűen adják vissza a fülkagyló alakját és a hallójárat görbületeit. A két fül „a" csavar segítségével függélyes tengely körül jobbrabalra elfordítható és „b" csavar meglazítása után vízszintes tengely körül fel- vagy lehajtható, azaz minden kívánt helyzetben rögzíthető. A hallójárat végében (2. ábra) „c"

csavarszerkezettel hajtható áttetsző papírszalag mozog filmtekercsszerűen, amely a dobhártyát képviseli. A dobüreget utánozza a „d" emeltyűvel egyfelől a filmszalagra szorítható, másfelől az ábrán látható módon kiemelhető „e" jelzésű fémdobozka, amelynek a papírszalag felé tekintő oldala négyszögletesen ki van vágva, mert a dobüregnek ezt a külső falát a dobhártya alkotja; zárt helyzetben erre a hiányra a dobhártyát képviselő papírszalag kifeszülve teljesen reásimul. A négyszögletes hiány felső keretéről kb. 45° szög alatt „f" jelzésű fémrudacska indul ki, amlynek közepe táján kis harántirányú szögecske van; előbbi a valóság szerinti nagyságban és helyzetben érzékíti a dobhártyán áttűnő kalapácsnyelet, utóbbi a dobhártyakép másik fontos tartozékának, a kalapácsnyél rövid nyulványának felel meg. E képletek átlünését fokozza a kismérvű hátsó megvilágítást szolgáltató „g" jelzésű kerek ablakocska; „h"-nál látható a gummiból készült hallójárat hátsó, hajlott fala. A papírszalag elmozdításával mindig új és új részleteket hozhatunk a látótérbe a már kilyukasztott helyett és így az 1 m hosszú papírszalag kb. száz paracenthesis végzésére nyujt lehetőséget. A gyakorlókészülék méretei természetesen szigorúan megegyeznek a valódi középméretekkel.

Ennek a phantomnak a segítségével a fénynek a hallójáratba-vetítésén kivül, teljesen élethíven megtanítható és elsajátítható a jobb és bal fülkagylónak, valamint a fültölcsérnek a vizsgálatot, vagy a beavatkozások, illetve a paracenthesis végzését megkönnyítő helyes tartása, a tanuló megszokhatja a fülműszerek, de különösen a paracentháló eszköz kezelését és a tanító részéről ellenőrizhető, vajjon szabályosan és az előírt helyen történt-e a dobhártyaszúrás, vagy -metszés.

Amikor az ismertetett phantomot az Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának 1933. január 18.-án tartott ülésén bemutattam, azt hittem, hogy ezirányú munkálkodásom úttörőnek mondható, mert hasonló gyakorlókészülékről nem volt tudomásom; az ülésen azonban elhangzott egy hozzászólás, amely *Erwin Jürgens* varsói „Hofrat"-nak a Mschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie 1913. évi kötetében megjelent és hasonló paracenthesis-phantomokról szóló cikkére hívta fel a figyelmet. Talán mondanom sem kell, hogy sem *Jürgens* cikkét, sem ezirányú munkásságát nem ismertem, sőt bejárva a külföldet, a sok gége- és orr-phantom mellett paracenthesis-phantomot sehol sem láttam. Kétségtelen, hogy *Jürgens* elgondolása és különösen a dobhártya és a dobüreg érzékítésének módja, valamint a dobhártya filmszerű elmozdítása nagyon hasonlítanak az én megoldásomhoz, mégis a két modell között a különbséget az enyém javára a következőkben látom: 1. *Jürgens* készülékének fülkagylója és hallójárata egy vattából, krétából és enyvből álló compositióból készült, tehát nyilván merev, míg az én készülékem megfelelő alkatrészei hajlékony, porcrugalmasságú gummiból valók, tehát a valósághoz közelebb állanak, ami a fülkagyló helyes fogásának begyakorlása szempontjából nem közömbös; 2. *Jürgens* modellje csak egy jobb fület képvisel, már pedig a fülkagyló fogásában a jobb és a bal oldal között különbség van, tehát a két füllel való bánás külön-külön tanítandó és gyakorolandó; 3. míg *Jürgens*nél a fülkagyló mereven van egy fémrúdra erősítve, amely kb. 20 cm átmérőjű kerek fatalapzattal bír, addig nálam a fémállvány gummival párnázott csavar segélyével az asztallap szélére erősíthető, tehát el nem mozdulhat és fel nem dülhet, viszont a két fülkagyló beállítható magasabbra vagy mélyebbre, azonkivül a térnek bármely kivánt síkjába hozható és abban rögzíthető, mely berendezést egyébként *Jürgens* is cikke végén, mint kivánatos módosítást említ.

Közleményem befejezéseül még csak azt kivánom kijelenteni, hogy engem ennek a kérdésnek szentelt munkálkodásomban különben sem az elsőbbség kérdése érdekel, hanem az az orvosképzés szempontjából fontos törekvés, hogy hogyan tegyük a paracenthesist, ezt az áldásos és a vidéki általános gyakorlatban is nélkülözhetetlen beavatkozást minél szélesebb körben végezhetővé, már pedig ettől a céltól — sajnos — még távol vagyunk. Bizonyára még mások segítségére is szükség lesz, hogy ezirán a fontos gyakorlati kérdés iránt az érdeklődést ébren tartsuk, hogy az eddig napvilágot látott paracenthesis-phantomokat tökéletesítsük és a tanítás, illetve gyakorlás lehetővé tétele céljából annak a klinikák és nagyobb kórházi osztályok részére leendő beszerzését szorgalmazzuk.

Az általam szerkesztett gyakorlókészüléket a Redl-Jonke és Tsa cég (VIII. Csepreghy-utca 2.) állította elő igen szép kivitelben és az ott megrendelhető.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Cushing-féle betegségről. *Horneck.* (Zschr. f. klin, Med. 129, 191. 1935).

A szerző egy eset klinikai és szövettani leletét ismerteti. A klinikai kép nem volt egészen typusos: a beteg vérnyomása normalis volt. (Nem tünik ki a közlésből, hogy volt-e szívhypertrophiája. (Ref.) A beteg miliaris gümókórban halt meg, A mellékvese kérgében kis adenomák voltak, a hypophysis elülső lebenyében pedig egy kis eosinophil adenomát találtak. A basophil sejtek nem szaporodtak meg.

Perémy dr.

A typus bovinus által létrehozott emberi tüdőtuberculosis gyakorisága. *Goeters.* (Klin Wschr, 1936. 2. sz.)

A leipzigi pathologiai intézet boncolási anyagából 135 esetet dolgozott fel bakteriologiailag, Ezekből 67 volt chronikus tüdőtuberculosis kiterjedt cavumképződéssel, 51 öregkori tüdőtuberculosis, 11 friss és 6 millaris eset. A chronikus esetekben 6%-ban, öregkori esetekben 4%-ban talált bovin typusu fertőzést, míg a miliaris és friss tuberculosis eseteiben ilyen nem fordult elő. A bovin typusú fertőzést csak gyermekeken és mezőgazdasági munkában résztvevő egyéneken tapasztalta minden esetben. Felhívja a figyelmet arra, hogy két chronikus és egy öregkori tuberculosis esetében bovin törzs volt kitenyészthető olyankor, amikor a belekben semmiféle tuberculotikus elváltozást nem sikerült találni.

Binder László dr.

„Elosztódási" leucocytosis és valódi leucocytosis. *Hoff,* (Ztschr f, Klin Med. 129. k. 2. f.)

Az emberi testben a fehérvérsejtek eloszlása általában egyenletes. Kivételt képeznek egyes belső szervek, elsősorban a máj és a lép. Ez érthető is, mert ezek a szervek mint vérraktárok szerepelnek, továbbá bizonyos esetekben maguk is képezhetnek fehérvérsejteket.

A fehérvérsejteknek az elosztódási változása („Verteilungsleukocytose", „Verteilungsleukopenie") semmi esetre sem jelentős. Lényegesebb ilyen elváltozás vasomotoros reactiókban, (shokban, böringerek hatására) általános vegetativ reactiókban, továbbá étkezéssel, testi munkával kapcsolatban jelentkezhet. Azonban a szabályszerű összefüggés az erek tágassága és a fehérvérsejtszám között nincs. Nem áll az a szabály, hogy értágulat leukocytosissal, érszükület pedig leukopeniával jár.

Minden lényegesebb leukocytaszám-változás, a qualitativ kép változása (pl. balratolódás) már nem elosztódási különbség, hanem a vérképző szervek valódi reactiója

Kleiner György dr.

Traumás agyvelősérültek életprognosia a későbbi korban. *Baumm.* (Münch. Med. Wschr. 1936. 2. sz.)

Feldolgozott beteganyagából meghalt 7,2%. Ezt az 51 beteget két csoportba osztja: I, Halál oka az agysérülés (27 beteg). II, Halál oka intercurrens betegség (24 beteg). Az agysérülés csak akkor szerepel a késői halál oki tényezői között, ha a koponyán vagy az agyvelőben tartós, kóros el-

változást okozott, (heg, tályog, genyes, agyvelő- vagy agyhártyagyulladás, epilepsia). A sérülés és a halál közti időt 5 éves időcsoportokra osztva, a sérülés folytán bekövetkezett halál következő megoszlást mutatja: Az első 5 éves csoportban meghalt 50%, a második csoportban 73%, a harmadikban 47% és a negyedikben 33%. A késői halál valószínűsége a sérülés súlyosságával nagy általánosságban növekszik, Anélkül, hogy dogmatikus kijelentést tenne, azt találta, hogy első sorban veszélyezettek a frontalis lebeny sérültjei, a traumás epileptikusok, centralis lövedékszilánkokat viselők és talán a lőfegyversérültek. A közvetlen halálok legnagyobb számát a késői hegszövődmények képezik, Az intercurrens betegségben meghaltaknál az intercurrens betegség nem a sérülés súlyosságának, hanem az életkornak a függvénye.

Molnár István dr.

Sebészet.

Complikált törések sebellátása. *E. Dominig.* Salzburg, (Ztbl. f. Chir. 62. évf. 51. sz.)

Súlyos, complikált csonttörések sorára nézve nagyjeletőségü a primaer sebellátás. Ily sebek ellátásában két alapvető követelmény ismeretes: 1. a sebet ki kell vágni; 2. a nyilt törést zártá kell tenni.

Baleseti sebek mindig inficiáltnak tekintendők. Nem egészen asepticus sebek orvoslása — appendicitis gangr. — gyomorrák resectio, gyomorbél perf. — arra a tapasztalatra juttatta a sebészeket, hogy a lágyrészeket és a bőrt nem szabad szorossan varrni a lágyrész fertőzés veszélye miatt. A laza varratok által a sebsecretio kifelé folyása biztosított és ez többet ér minden antisepticumnál. Hasonló irányelveket kell követnünk a complikált csonttörések kezelésekor is, csak még gyakrabban drainálunk. A draint rendesen 48 óra mulva eltávolítjuk. A törés zárttátétele sokszor nagy nehézségbe ütközik a nagy bőrsérülések miatt is. Pedig a seb részére a bőr legideálisabb fedő rész. Ha nincs elegendő bőr, más légyrészt kell a helyébe hoznunk. Szerző izmot varr a törés helye fölé és a bőrdefectus széleit ezen izomhoz varrja. A szabadonfekvő izmot vagy Thirsch-lebennyel, vagy kenőcsös kötéssel borítja.

Sok ilyen esetben sikerült a törést befedni és a sebet az infectiótól megvédeni. Hibás a bőr erőszakos összehúzása erős feszülés alatt; a varratok átvágnak, a bőr is szenved, a belső nyomás a duzzadt lágyrészeket nekrotizálja és csak hamar beáll a sebinfectió is. A nyeles bőrtransplantatio a seb primaer fedésére nem tanácsos.

Séra Imre dr.

Egy extra-renalis fekvésű hypernephromáról. *K. Griep,* Kassel. (Ztbl. f. Chir. 62. évf. 51. sz.)

Esete harmadik az irodalomban I. eset: prof. *Illyés*-től; II. prof. *Michejdá*-tól. Betege magas lázakkal, nagy testsúly fogyással, gyomornyomással és hát-fájdalmakkal került hozzá. Urologiai átvizsgálás után retroperitonealis tumor (dermoid?) diagnosissal került műtétre. A daganat retroperitonealisan feküdt a bal vese felett, fibrosus tokkal és bő véna-hálózattal körülvéve. A vesétől könnyü szerrel lehetett elválasztani, s így a vesét meg lehetett tartani, mint prof. *Illyés* esetében. Betege két év után a lefogyott súlyát visszahízta és teljesen panaszmentes lett.

Séra Imre dr.

Súlyos ikterus sebészeti kezelése cholecystostomiával. *Fr. Bernhard.* Giessen, (Ztbl. f. Chir. 62. évf. 51. sz.)

Különösen súlyos ikterus esetét ismerteti, mely minden féle belgyógyászati kezeléssel dacolva, cholecystostomiával sikerült életben tartani. A beavatkozás után az epekiválasztás, mely 8 napig szünetelt, — megindult. Ezért azt tanácsolja, hogy oly nehéz ikterus esetekben, melyek ismeretlen aetiológiájúak, belgyógyászatilag nem reagálnak, gyakrabban végezzünk cholecystostomiát, mint eddig. Anastomosis ily esetekben nem alkalmas.

Séra Imre dr.

Extrarenalis hypernephroma. *D. Kapitanoff.* Sofia, (Zbl. f. Chir. 62. évf. 51. sz)

Esete a negyedig az irodalomban prof. *Illyés,* prof. *Michejda* és *K. Griep* esetei után; betegét 1935. juniusában operálta: a bal bordaiv alatt gyermekfejnyi elastikus tumorral vették fel a belgyógyászatra, ahonnan lép echinococcus diagnosissal tették át a sebészeti osztályra, műtét céljából.

A tumor a léptől nem volt elkülöníthető, légzéskor leszállt pseudofluctuatio és balottementet mutatott. Serologiai, vér, vizelet vizsgálat negativ. Bal pyelographiával a vese lejebb fekvőnek látszott, vesekelyhek épek, ureter megtört, medial fele nyomott. Dacára a negativ serologiai reactiónak és a vér 3% eosinophil tartalmának, lép-echinococcus diagnosissal került a műtőbe, tekintettel a betegség gyakoriságára Bulgáriában.

Behatolás a kp. vonalban, mely balfelé egy rectus metszéssel lett kiegészítve. Gyomor előrenyomott. Lép normalis, A lig. gastrocolicum behasítása után előrebukkan a gyermekfejnyi daganat a hátsó peritoneumtól fedve. A tumor tapsulában bő, vastag venahálózat. A daganat a vese felső pólusa tájáról indult ki. Bal vese teljesen ép. A peritoneum behasítása után a ¾ kg.os daganatot eltávolítja. A tumorágy gaze drainage-ja után a has zárása következik.

Műtét után 5. nap a beteg ileus paralyticusban meghalt. Boncoláskor a bal vesét intactnak találta, a kivett daganat hypernephroma volt.

Séra Imre dr.

Szülészet.

Eklampsiás toxaemia kezelése. *Konrad.* (Lancet 1935, 2. 5846. sz. 655. old.)

Az eklampsia kezelésében régóta sikerrel alkalmazza a magnesium-sulfat és glucose injectiókat. Az utóbbi időben ezen combinatio mellett C-vitamin adagolását is beiktatta azon feltevés alapján, hogy a C-vitamin a praeeklampsiasok anyagcseréjét előnyösen befolyásolja. Felkérésére a Richter vegyészeti gyár az általa készített magnesium-sulfat-glucose-oldathoz ampullánként 0.0125 g. proscorbin Richter-t (ascorbinsav) adva olyan combinált szert bocsátott rendelkezésre, amellyel az eddigieknél is jobb eredményt sikerült elérnie. Enyhe eklampsia esetekben a beteg 4 injectiót kapott néhány órán belül, súlyos esetekben 8 injectiót 24 óra leforgása alatt. Ez összesen 0.10 g. ascorbinsav, ami nem tekintető túlmagas adagnak, annál kevésbbé, mert az adagolás tört adagokban történik. Az új készítmény 20 ccm-es ampullában 20% tiszta glucose, 10% magnesium-sulfatot és 0.0125 g. ascorbinsavat tartalmaz. Ezzel a szerrel szerző 14 praeeklampsiás esetet kezelt. Ezek közül 13-ban sikerült a vérnyomást lényegesen csökkenteni és a szülés normalis megindulásának idejét kivárni. Csak egyetlen egy esetben volt szükség arra, hogy a szülést idő előtt indítsák meg, miközben a kezelést tovább folytatták. Ez esetben is sikerült a görcsök jelentkezését elkerülni és a szülés normalis lefolyását biztosítani, 11 már kifejlődött eklampsia eset közül 9-et sikerült meggyógyítani ezzel a kezeléssel.

A borneói dajakok szülészeti műfogásai. *M. Vischer,* (Zbl. f. Gyn. 1935. 49. sz).

A délborneói dajakok népies szülészetében sok babonás eljárás mellett néhány egészen helyes helyzetet tükröző műfogás található. Igy jól megkülönböztetve a szülés tágulási szakát, az utóbbiakban jelentkező fájásgyengeség leküzdésére két műfogást használnak. az egyik a Walcher-féle csüngőhelyzetnez hasonlítható; a hanyatfekvő szülőnőt dereka alatt áthuzott kezdő segítségével oly magasra emelik, hogy medencéje ne érintkezzék a padlóval. A második műfogás az expressio egy változata, a szülőnő feje térdelő férje combján nyugszik, karjával annak derekát fogja át, miközben a férj tenyerét a méhfenékre támasztva azt teljes erejével nyomja lefelé. Külső vizsgálatot gyakran végeznek, belsőt csak akkor, ha a szülés nem halad, ez utóbbinoz kezüket nem mossák meg, de kókuszolajjal öntik le. Ha harántfekvés esetén apró részek esnek elő, a szülőnőt fejére állítják és erélyes massage által igyekeznek a magzat megfordulását elérni. Az előesett kart gyakran egyszerüen levágják, majd néhány nap mulva az elhalt és rothadó magzatot kinyomkodják. A túlhajtott massage és nyomkodás eredménye nem egyszer halálos bél, hólyag stb. sérülés. Elég gyakoriak a nehéz, szövődményes szülések, melyek fertőzés, vagy elvérzés által legtöbbször az anya halálára vezetnek.

ifj. Mauks Károly dr.

A szülési fájdalom csökkentése octinummal. Ph. *Janson.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 49. sz).

Az octinum alkaloidamentes görcsoldószert a Knoll gyár kúpok és injectiók alakjában hozza forgalomba. Az octinum kúpok a szülés bármely szakában adhatók, hatóanyaguk a végbélből gyorsan felszívódva egyrészt rendszeresebbé és erélyesebbé teszi a fájásokat, s ezáltal a szülés idejét átlag 3—5 órával megröviditi, másrészt lényegesen enyhíti a szülés fájdalmasságát. Az octinum különösen jó hatású, nehezen táguló, rigid lágy szülőutak esetén; ártalmas mellékhatása nincs, a magzatra ártalmatlan.

ifj. Mauks Károly dr.

Urologia.

Haematuriás pyelonephritisek. *R. Pecco* és *G. Balderi.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 299.).

Két pyelonephritis esetet közöl, melyekben a haematuria olyan nagy fokú volt, hogy nephrektomiához kellett folyamodni. Mindkét esetben a vese részéről a haematurián kívül más laesio nem volt kimutatható. A tuberculosis is mindkét esetben biztosan ki volt zárható. A kiirtott vesék makroskoposan kóros eltérést nem mutattak. Szövetileg mindkét esetben feltünő volt a lymphocyták megszaporodása, melyek helyenként egészen nyiroktüszőszerü gócokat is képeztek. Hasonló gócok voltak láthatók a vesemedence hámja alatt is. Az egyik esetben a vesemedence nyálkahártyáján felületes fekélyeződés volt mikroskopialag kimutatható. A bakteriologiai vizsgálat mindkét esetben anaerob, Gram negativ, rövid pálcákat mutatott ki, melyek az egyik esetben a vizeletből és a veseszövetből, a második esetben csak a veseszövetből tenyésztek ki

Bodon György dr.

Egy sebészeti alapelvről, mely urologiai műtétekben feledésbe került. *A. Gridnew.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 327),

Az urologiai szervek mütéteikor általában az extraperitonealis utat szokták választani, annak ellenére, hogy az intraperitonealis mütét sokkal közvetlenebb utat és jobb hozzáférhetést biztosit. A vese hilus, valamint a vesemedence is transperitonealisan sokkal jobban tárható fel. Hólyagmütétekkor is transperitonealisan feltárva nem kell a praevesicalis zsirt erőszakosan letolni. A peritonitistől félelem nem indokolt, mert kellő isolálás mellett még súlyosan gennyes esetekben is elkerülhető. Transperitonealisan operálva kihasználhatjuk a hashártya nagyfokú adhaesiv képességét, melyről az extraperitonealis mütétek alkalmával kénytelenek vagyunk lemondani.

Bodon György dr.

Transurethralis resectio után ismét jelentkező vizelési obstructióról. *G. J. Thompson.* (Journ. of Urol. 1935. 34. 405).

A Mayo-klinikán 1913—1935. között 1694 transurethralis prostat resectiót végeztek. Ezek közül 49 tért ismét vissza akadályozott vizelés miatt. 16-on már az első mütétkor konstatálták, hogy prostata rák van jelen. 10 esetben középlebeny és hólyagnyak kontraktura és 23 esetben adenomás prostata burjánzás. A resectio által eltávolitott prostata súlya átlagban 15 g volt. Fontos a későbbi vizelési panaszok elkerülése céljából, hogy az akadályt képező prostata rész lehetőleg teljes egészében eltávolitassék. Későbbi akadályt képezhetnek ujabb adenomás burjánzások, intraprostatikus haematomák és esetleg lobos elváltozások. Más betegségben elhalt prostata resectión keresztül esett egyének boncolásakor kiderült, hogy a transurethralis prostata resectio után az urethrea sokal kevésbbé deformált mint akár a suprapubikus, akár a perinealis prostatektomia után.

Bodon György dr.

Bőrgyógyászat.

Ectodermose érosive pluriorificielle és erythema exudativum multiforme. *Kumer.* (Derm. Zeitschr. 72. k. 2 f. 1935.)

Rendu francia katonaorvos 1916-ból származó leirása szerint szórványosan, főleg február és júliusban előforduló, heveny, lázas megbetegedést ir le, mely rövid idő alatt főleg testnyilások közelében levő nyálkahártyán hólyagcsás, többnyire álhártyás felrakódásokkal biró gócokkal jelentkezik. Leginkább a száj van megtámadva, olykor a garat is. Többször található kétoldali kötőhártyagyulladás, olykor hólyagcsákkal. A glanson balanitis erosivához hasonló elváltozások, elvétve apró fekélyek. Esetleges orrvérzés az orrnyálkahártya részvételére mutat. A bőrjelenségek varicellához hasonlók, vagy centralis hólyagcsákkal ellátott erythemák. Általában fiatalemberek megbetegedése, (Schreuder ismertet egy nőbeteget). Franciaországban kb. 36 eset ismeretes, Németországban inkább csak Tachau foglalkozott vele a Jadassohn Handbuchban. Szerző két esetet ismertet, az egyik 27 éves katona, a másik 22 éves skimoster. Az ectodermose és erythema multiforme sok hasonló sajátságot tüntet fel. Előbbiben több a nyálkahártya jelenség és a bőr részvétele háttérbe szorul, esetleg hiányozhatik. Ritka esetekben erythema multiforme csupán csak a száj nyálkahártyájára korlátozódik. Kötőhártyagyulladást gyakran észlelünk erythema multiformeval kapcsolatban, mely nem ritkán helyezkedik el —, Brünauer szerint —, a férfi nemiszervek környékén. Szerző szerint az ectodermose csak névleg új és tulajdonképen az erythema multiforme egyik alakja.

Dóczy Gedeon dr.

Lázas betegek konyhasókiválasztása és ennek jelentősége az ú. n. konyhasóretentióra pemphigus vulgaris eseteiben. *Hugo Wolf.* (Derm. Wschr. 30. sz. 1935.)

Kriezer volt az első, aki 1872-ben felhívta a figyelmet a pemphigusban szenvedő betegek konyhasóretentiójára. — Ugyanazt észlelte Kassaet és Micheleau 1906-ban, mig Baum 1910-ben ellentétes megállapításokat végzett. Krislich három esetben semmiféle konyhasóretentiót nem tudott kimutatni. Urbach pedig 1926-ban 9 közül 8 esetben csökkent konyhasó kiválasztásról számol be, a vizeletből. Kohlenberger a pemphigusban szenvedő betegek állapotának javulásakor a konyhasónak megszaporodását, rosszabbodásakor pedig annak csökkenését állapitotta meg. Riecke szerint a konyhasó anyagcsere zavara nem pathologiai-aetiologiai factora a pemphigusnak, hanem csak kisérő tünete. Szerző ilyenirányú meghatározásokat végzett toxikus, lázas betegeken és ezekből megállapitja, hogy 1. minden toxikus, lázas beteg vizeletében a konyhasótartalom csökken, amiből egyesek tévesen konyhasóretentióra következtetnek. A csökkenés a börnek fokozott konyhasóleadásától feltételezett. 2. Magas láz és erősfokú izzadás következtében a vizeletben teljesen hiányozhatik a konyhasó, 3. Spontan láz esetében a vizeletben lévő konyhasóeltolódások ugyanolyanok lehetnek, mint mesterséges láz esetében. 4. A láz nagysága és tartalma szerint a konyhasókiválasztás a vizeletben a rövidebb-hosszabb idő alatt a normalisra tér vissza.

Ezek a vizsgálati eredmények támogatják Mayr és Keining felvételét, amely szerint a konyhasóretentio a pemphigus genesisében csak látszólag bir jelentőséggel.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologische Medizinisches Taschenbuch. Herausgegeben von Prof. dr *Martin Vogel,* (539, oldal. Hippokrates-verlag. Stuttgart, 1936, Ára: 3.50 márka.)

Alapjában véve minden orvostudomány biologiai, különösen annak therapiás része, mert abban minden irány követője teljesen egyetért, hogy a therapia feladata rendes biologiai viszonyokat teremteni, minden szervnek müködését helyes irányba terelni. És a terjedelmes kézikönyv szerzői tévednek, ha már a bevezetésben éket akarnak verni két olyan orvostudományi irány közé, amelyek tulajdonképen nem is állanak egymással ellentétben. Nem az allopathia és homoeopathia küzdelméről van itt szó, hanem arról, hogy a hivatása magaslatán álló orvos elfogadja a jót, bárkitől ered is, de elveti a rosszat akkor is, ha bármilyen tekintély ajánlja. Ha ilyen szempontból lapozzuk át a terjedelmes vademecumot, néhány olyan fejezetet találunk, melyekkel minden orvos egyetért, de sokkal nagyobb azon fejezetek száma, amelyeknek homoeopathikus túlzásai igen sok orvost vissza fognak tartani attól, hogy a könyvet végigolvassa s igy végeredményben a szerzők nem fogják elérni céljukat, hogy t. i. táborukba tereljék azon orvosokat, akik eddig az u. n. „Schulmedizin"-nek voltak tántorithatatlan hivei.

Vajda Károly dr.

Leçons de physiologie médico-chirurgicale. *Leon Binet,* professor de physiologie à la Faculté de Médicine de Paris, (Masson & Cie. éditeurs Paris 1935. 245 old. Ára: 40 frank),

Egy nagyszerü gondolat megvalósitásának első lépése ez a könyv. L. *Binet* a physiologus a mütőasztal mellé áll és a sebésszel együtt tárgyal meg egy-egy sebészi problémát, esetleg kórformát, vagy tünetcsoportot. Igy ez a könyv nem kimondottan összefoglaló mü. E munka fejezetei egy-egy érdekesebb kérdés tárgyalásával foglalkoznak. A szerző rövid klinikai ismertetés és összefoglalás után egy, a fejezetben felvetett kérdést mint élettani problémát boncol. Ugy a klinikai, mint az élettani összefoglalás könnyen érthető és érdekes. Főleg azonban az figyelemre méltó, hogy a legujabb kutatások eredményeit a tárgyalás menetébe beilleszti. Világossá válnak előttünk a folyó kutatások irányai és egy-egy kórforma tárgyalásának keretein belül is megtanuljuk értékelni az élettani vizsgálatok eredményeit.

Különösebb figyelmet érdemel e könyvnek az *„emboliák physio-pathologiájáról,* az *acut pankreatitisről,* a *venineről,*

valamint az *olajos injectiókról* szóló fejezete. Hasznos kézikönyve lehet ez a mü mindazoknak, akiket az orvostudomány napirenden lévő problémái érdekelnek, de a szakember is találhat benne újat, ha mást nem: egy általunk kevéssé ismert orvosi iskola felfogását, gondolkodásmódját. Ezekről átfogó, tiszta képet ad ez a jól és érthetően megírt könyv.

Blazsó Sándor dr.

Aus meinen Krankenblättern. Von der Arbeit eines Landarztes, *Irta: Dr. August Heisler.* (68 oldal, Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin. München. 1935. Ára: 1.80 RM).

A szerző, aki minden kulturaközponttól távol fekvő kis falujában mintaszerü kis szanatóriumot tart fenn, hosszas gyakorlatából merített rendkívül érdekes casuisticával teszi szemléltetővé, mennyire illeti meg leginkább a falusi orvost az „universae medicinae doctor" díszes címe. Míg a városi orvosnak miden, csak a legkisebb mértékben is kétes esetben rendelkezésére állanak az összes szakmák specialistái, addig a falusi orvosnak, egyes halasztást nem türő esetekben, amilyen pl. szülési rendellenességek, perforatiók, stb. éles judiciummal és józan kritikával azonnal kell döntenie és cselekednie. Egyes homoeopathikus kisiklásoktól eltekintve a kis könyvecskéből nemcsak a falusi, de a városi orvos is igen sok tanulságot fog meríteni.

Vajda Károly dr.

Ujabb szempontok a tuberculosis elleni küzdelemben. Irta: *Puder Sándor dr.* (Budapest, 1935. Novák Rudolf és Társa kiadása).

Szerző a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága adatgyüjtése nyomán az egész országból a művi légmellkezelés mai állásának kérdését vázolja igen szemléltetően az egyes intézménycsoportok pneumothorax tevékenysége szerint. Minden csoportban érzékelteti a gyógymóddal elért eredményeket és kimutatja a művi légmellkezelés szociális értékét és jelentőségét a prophylaxis szempontjából. Majd külön fejezetben a művi légmellkezelések és utántöltések megszervezése érdekében sorolja fel javaslatait.

Parassin József dr.

Die Blutgruppenforschung in der Anthropologie. Acta (Societatis Medicorum Fennicae „Doudecim" Series Atom. XVII. fasc. 3.).

Streng professor, a helsinkii egyetem sero-bakteriologiai intézetének igazgatója irta ezt a 318 oldalas, nagyon érdekes könyvet. Az anyag nagy terjedelme nem engedi meg egy rövid referátum keretében való ismertetését. A szerző nagy szorgalommal kutatta át az egész világirodalmat és dolgozta fel a világ minden népfajának vércsoportvizsgálatait. Kiszámította a hibapontok tekintetbevételével a középarányokat és anthropologiai megvilágításba hozta a kapott karakterisztikus értékeket. A könyv értékes és érdekes olvasmány mindenki számára. A kutató számára pedig felbecsülhetetlen értéket jelent. Nálunk Jeney professzor nagy lelkesedéssel dolgozik ebben a körben, és azt hiszem Streng professor könyve nagyban fogja serkenteni azt a munkát, melyet a Finn—Észt—Magyar Orvostársaság kebelében müködő Vércsoportkutató társaságban Jeney kezdeményezésére megkezdtek

Koralewski Géza dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 1-i ülése.

Bemutatás:

Weiner P.: *A tüdögenyedések gyógyitása alkohol befecskendezésekkel.* Három tüdötályogos beteget mutat be, akik alkohol therapiára gyógyultak. 33%-os alkoholból napi 20—40 ccm-t adott intravenásan. Tekintettel arra, hogy semmiféle mellékhatást nem észlelt, tüdögenyedések esetén, mielőtt sebészi beavatkozásra szánná el magát, a belgyógyászati kezelési módszerek között az intravenás alkohol therápiát feltétlenül megkisérlendőnek tartja.

Forró E.: 12 gangraena pulmonumban szenvedő betegről számol be, akiket a Szt. István közkórházban *Bence* prof, osztályán intravenásan adott 15%-os alkohol-oldattal kezeltek. A betegek átlag másodnaponként kaptak 10—30 ccm alkohol-oldatot, 3—5 inj. után néhány napos megszakitással. 1 eset kivételével a kezelés eredménytelen volt, 2 beteg kezelése még folyamatban van, 1 bronchoskopon át történt localis kezelésre javult (Laub), 6 salvarsan készitményre gyógyult, 2 mütétre került, ezek mütét után néhány nappal meghaltak. A sikeresen kezelt esetben a beteg előzőleg neosalvarsant kapott, így tehát tekintve a többi esetben mutatkozott eredménytelenséget, ezen eljárást nem tartják alkalmasnak a tüdögangraena kezelésére, ellenben minden esetben ajánlatos a salvarsan kezelés, amely elég gyakran magában véve is jó eredményt ad, de legalább is az érhető el vele, hogy a köpet büzössége enged, jeléül annak, hogy a putrifikáló bakteriumok elpusztulnak, és így a mütét kedvezőbb körülmények között történik.

Weiner P.: A salvarsan és egyéb más chemotherapeutikumok alkalmazása mellett, minthogy specifikus kezelés rendelkezésünkre nem áll, a 33%-os alkohol intravenás alkalmazását feltétlenül ajánlja. Véleménye szerint a hozzászóló azért nem ért el kellő eredményt, — bár a 15%-os alkohol i., v. alkalmazása technikailag könnyebb — mert 33%-os concenratióra — mint ahogy azt a francia iskola is hangsúlyozza — feltétlenül szükség van.

Előadások:

Hetényi I.: *Ujabb pulsustérfogat-meghatározásokról.* A használatos pulsustérfogat-meghatározásokat ismerteti. Saját vizsgálatait *Plesch* eljárásával végezte. Azok a látszólagos ellentétek, melyek másoknak, speciálisan Grollmann eljárásával végzett mgeghatározások és a sajátjai között a különböző test helyzetekben mért pulsustérfogatak között mutatkoznak, az eljárások principiális alapjaiban feltételezettek.

Bielschowszky vizsgálatait, melyek a Grollmann-methodikával készültek, ellenőrizve, azokkal teljesen megegyező eredményeket kapott. Lázas betegek pulsusvolumenét mérve, ha cardiovascularis insufficientia nem áll fenn, úgy az értékek a hőmérsékletingadozásait követték; magasabb hőmérsékletnél nagyobbak voltak. Tüdötbc.-ben a hőmérséklettel nem párhuzamosan, hanem esetleg ellentétesen változó esetekben az exitus csakhamar bekövetkezett.

Razgha A. és Váll L.: *Értágitók hatékonysága az erek spastikus állapotainál.* Az erek megbetegedései esetén használt gyógyszerek különböző csoportjaiban oscillometriás vizsgálatok segótségével összehasonlitották azok értágító hatását. A legerélyesebb értágitónak bizonyúlt az intravenásan adott natrium nitrit, valamint a theobrominum natriosalicylicum 10%-os oldata: szintén kifejezett hatás mutatkozott a használatos gyógyszerek közül acetylcholin, hypertoniás konyhasó és papaverin intravenás befecskendezése után. Az acetylcholin és papaverin hatása gyorsan múló. A padutin értágító hatását nem sikerült kimutatni intravenás adagolással, aminek valószínü oka, hogy a nyomban bekövetkező vérnyomássüllyedést a szív nem mindig tudja azonnal compensálni és nagy peripheriás oscillatiókat létrehozni, viszont a tágító hatás gyorsan lezajlik.

A natrium nitrit diagnostikus felhasználása is eredményes volt, amennyiben érspasmusok kimutatására sokkal jobban bevált, mint az eddig e célból alkalmazott helyi meleg fürdő. A kettőnek együttes alkalmazása diagnostikus tévedésektől óvhat meg.

Manninger V.: A verőérbe adott cholinchlorid hatása, ha az általános keringésbejutást azzal akadályozzuk meg, hogy a venás keringést Bier módjára leszoritjuk, hosszabb ideig, 1—1½ óráig is eltart. Közvetlenül a popliteába beszorult, azt elzáró embolus után, amely teljes anaemiát okozott a lábszáron, a negyed óra múlva a femoralisba adott cholin befecskendezésre a keringést helyreállította. A végtaggangraena elmaradt az egyébként súlyosan diabeteses beteg ma is él, 6 évvel az embolia után. Azt tartja bizonyitéknak arra, hogy pl, az embolia — de az egyéb okokból keletkező kezdődő gangraena esetén a spasmus fontos szerepet játszik. Azért emlitette ezt az esetet és általában az intraarteriás cholin injectiót, mert a cholinnak ez a sója — ha a végtagot rögzitjük — 1 óráig hatékony marad.

Schill I.: A natrium nitrosumot a legjobb értágitónak tartja; labilis, nem fixált hypertoniákban ugyanoly jó hatása lehet intravenásan, mint a venaepunctiónak és prognostice is felvilágositást ad a hypertoniának más eljárásokkal tartósabb befolyásolására.

Hetényi I: A nagy végtagartériák emboliáját követő shok és a circulatio rohamos romlása csakugyan az embolus kiváltotta reflektorikus arteriás spasmus következménye. Ennek leküzdésére az Egyesült Államokban lumbalis anaesthesiát használnak, ha az alsó végtagokról van szó.

Bence Gy.: A Bürger kór egy esetét említi, melyet hónapokon át észlelt osztályán. Igen heves csiharapitnatlan fájdalmak mellett a nagy ujj gangraenája fejlodött. Az összes, az előadásban említett értagitok honapokon át próbálva hatástalanoknak bizonyúltak, miután e bajt nemelyek szerint góctertozes okozza, a localis elváltozást mutato tonsillak eltavolitasat vegeztette. A mutét után 3—4 nappal a fájdalmak teljesen megszüntek és a gangraena meggyógyult. A beteg, utazó, munka- és járóképességet teljesen visszanyerte. Nem hiszi, hogy a fertőző gócból történt felszívódás megszünte ily gyorsan befolyásolja a kóros állapotot, inkább arra gondol, hogy a tonsillektomia shokszerű hatással járt, vagy hogy a sebnelyről valamely histogen eredetü, talán cholinszerü anyag szivodott fel és okozta a promt gyógyulást.

Közkórházi Orvostársulat január 8-i ülése.

Baltik E.: *Agytályyoggyal szövődött influenza esete:* 31 é. nőbeteg, kit odanaza lefolyt influenzája után két héttel vettek fel a Szt. László Kórházba. Kezdetben meningealis tünetek dominalnak 4 napig. Csak az exitus előtt két nappal jelentkeznek góctünetek, melyekből és az egyéb klinikai és laboratóriumi vizsgálatokból biztosan lehetett diagnosisálni az agytályogot. Az eset egyrészt differentialdiagnostikai szempontból, masreszt mint az influenzának agytályoggal szövődött ritka esete érdekes volt.

Keller K.: Igen ritka általában is az agytályognak a capsint, táján történő elhelyezkedése, zavarólag hatott a kórjelzésre még a liquor cukortartalmának csokkenese is, ami lágyburokiob mellett szólnatott. Az agytályog diagnosisa ez esetben nem volt könnyü.

Patyi I.: *Tüdötuberculosisnak Addison-kórral szövődött esete:* 45 é. nőbeteg, aranyiag egyne tüdőfolyamat mellett urogenitalis tbc. és Addison kór. Tudókörelőzmeny: mindössze három honapos, 38° körüli temperatúrák, kevés köhögés, enyne mellkasi fájdalmak. Köpet Koch negatív. A kórnázi észlelés alatt fejlödnek ki a mellekvese kiesés tünetei, nagyfoku adynamia, psyches nyugtalanság, izom és derektáji fájdalmak, nagyfokú szivgyengeség, pulsus 116, légzésszám leszall 12-re. Vernyomás 75/60 Hg. m/m. Vércukor 103 mgr, % R. N. és serum NaCl. normal érteket mutat. A folyamat gyógyszeres kezelésére: 2x20 ccm. dextrose, cortigen, cevita, tonogen, camphor, coffein nem reagál, a tünetek kifejlödésétől a hatodik napon exitus, A sectiós lelet mindkét mellékvese elsajtosodását mutatja,

Dumkovich B.: *Arsenobenzolártalmak 300 kezelt lueses beteg kapcsán,* A Szt. István Kórház bör és nemibeteg osztályan az 1930. jan. 1-től 1934. dec. 31-ig terjedo öt evben arzenobenzol készítményekkel kezeltek 3327 lueses beteget. Revivalt kapott 2355. neosalvarsant 615. myosalvarsant 61. neosalol 46, neo i. c. i. 24, neosalutant 44. sulfarsenolt 86. magyar panarsolt 81. solusalvarsant 15 beteg, Súlyosabb szövődmény volt 6%-ban. Ebből erythema 1,8%. dermatitis 1%, ikterus 0.9%, angioneuroticus tünetcsoport 0.3%, láz 2%, Ezenkívül egy esetben atrophia hepatis flava, két esetben nephritis. A bevált készítmények toxicitásában lényeges különbséget nem talált.

Réffy F.: A Kún utcai kórház bör és nemibeteg osztályán tiz év alatt 4290 fekvő, 9637 ambulans beteg statisztikai adatait ismerteti az arsenobenzol ártalmakra vonatkozólag, Lázt, hányingert, angioneuroticus tünetet legtöbbször novarsenobenzol Billon, neosalutan, legkevesebbszer pedig az i. m. adható készítményeken kívül a revivaltól észleltek. Dermatitis neosalvarsan után 2%-ban necarsenobenzol B, után 1.7%-ban neosalutan után 1.6%-ban revival után 0.9%-ban lépett fel ikterus 2.5%-ban novarsenobenzol B, után 2%-ban, neosalután, 1%-ban neosalvarsan 0.9%-ban revival után fordúlt elö, Enkephalitis haemorrhagica 1 esetben, hirtelen felépö nyálkhártya és börvérzés pedig 11 esetben fordúlt elö, Letalis kimenetelü aleukia haemorrhagicat egy esetben észlelt.

Kollarits B.: *Réffy* az acetylarsant az arsenobenzolok közé sorolja. Ez téves, mert ötvegyértékü arsenkészitmény, pontosan oxyacetylaminophenylarsensav.

Réffy F.: Az acetylarsant a hozzászólás kapcsán csak mint jó antilueses szert említette meg s nem tért ki részletesen chemiai képletére, 100 esetben történt alkalmazása után feltételezhető, hogy a gyógyszer összetételét ismeri.

Naszvady I.: *Az útban fekvő lepény oka és kezelése:* Az elölfekvö lepény egyike a szülés három komoly szövödményének, Lehet elsödlegesen v, másodlagosan létrejövö. Megjelenési formái: placenta praevia centralis, lateralis, marginalis és a ritka, veszedelmes cervicalis alak. 5—600 szülésre vehetünk egy esetet. Veszedelme az anyára nézve: elvérzés, fertözödés, embolia; magzatokban az igen súlyos asphyxia. Kezelése lehet tüneti és oki; de minden esetben az anya élete veendő tekintetbe. Centralis lepény esetén legjobb eredményt adó gyógymód a sectió caesarea, mig a lateralis marginalis esetben jól használható a conservativ therapia: burokrepesztés, fabrafordítás, ballon. A Szt. Rókus Kórház szü'ö- és nőbeteg osztályának 34 placenta praeventia esetét ismerteti.

A Magyar Urologiai Társaság december 2-i ülése.

Boross E.: *Kővel társult jóindulatú vesemedencedaganatok.* 29 éves nő, 6 év előtt haematuria, a jobb hypochondriumban gyermekfönyi tumor, mely a megnagyobbodott, rossz müködésü vesének bizonyúlt. A kiirtott zsákvese ökölnyi pyelumában az ureterbe becsüngő, gesztenyenagyságú kemény daganat foglal helyet, mely szövettanilag *fibroma durumnak* bizonyúlt. A daganat a mesodermális tumorok csoportjába sorozható és rendkívül ritka, valószínüleg a húgyszervek bonyolult fejlödésénél lefüzödő téves csirokból keletkeznek.

63 éves férfitől, 2 év óta görcsök és vérvizelés kíséretében apró kövek távoznak. Baloldalt mérsékelt functiocsökkenés. Rtg.; köre negatív, de a pyelogramm az erősen tágult pyelumban kétpengősnyi árnyékkiesést mutat és kelyhekben is kesebb árnyékkiesések. Az eltávolított vese pyelumában bolyhos daganat (papilloma), a kelyhekben apró kövek. A Dózsa által gyüjtött eddig közölt vesemedencedaganatoknak 2½%-ban volt kő található.

Török S. és Babits A.: *Hypochloraemia és uraemia.* A vérserum norm, chlormennyiségéből kétfeleképen veszíthet: 1. Az egesz szervezet chlorszegénnyé lett, hányás-hasmenés vagy soszegeny diaeta következtében. 2. A vérsavóból a chlór a szövetek felé vándorol és a vér chlórszegény lesz. A franciák a vérsejtchlor és a vérplasmachlormennyiség viszonyat is kutatják. A liquor cerebrospinalis chlortartalmát is megvizsgálták, mert a vér és liquor sókoncentrációja nem mindig halad párhuzamosan. Vizsgálataikat 11 súlyosan veseelégtelen betegen végeztek, kik közül 8-nál hányás és hasmenés fordult elő. 6 praeuraemiás konyhasótherápiával eredményesen kezelt betegben a praeuraemiát követte s a hypochloraemia. A kiváltó ok enyhébb hányás vagy hasmenés volt. Vizsgálataik szerint a hypochloraemia létrejöhet ép vesék mellett is, nagyfokú sóveszteség vagy sófelvétel hiányának következtében, ami azotaemiához vezethet; ez azonban nem valódi uraemia és sóadagolással befolyásolható. Praeuraemiában vagy uraemiában azonban már kisfokú sóveszteség is elegendö annhoz, hogy a szervezet molekularis egyensúlya felboruljon és a hypochloraemia az uraemia tüneteit még fokozza. Konyhasó adagolásával még ilyenkor is segithetünk, mert az a megbillent egyensúlyt helyreállithatja vagy legalább a kinzó tüneteket csökkentheti.

Sitkéry J.: Kérdezi, melyek azok az idegrendszerbeli elváltozások, hol a vér és liquor chlorrelatioja megváltozik.

Boross E.: Praeuraemiás esetekben vizeletcsökkenéskor és fenyegető anuriában konyhasós hypodermoklysist eddig is alkalmazták és ha az uraemia nem volt előrehaladó, rendesen a diuresis fokozódását látták.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának dec. 10-i ülése.

Bemutatások:

Dörner D.: Laryngoskopot mutat be, amely Jakson félével szemben azzal az előnnyel bir, hogy a gyürüs nyélbe tetszés szerinti tubusok helyezhetők és ezáltal gyermekek és felnöttek gége-, légcső- és nyelőcsővizsgálatára egyformán alkalmas. További előnyei: 1, a világitótest a cső felső végén van, ezért kevésbbé piszkolódik és jobban tisztitható; 2. erős fényt vetit; 3. úgy hálózati, mint egyszerü száraz elemmel használható.

Szekér J.: 19 éves betegen gégecarcinoma miatt egy évvel ezelött laryngektomiát kellett végezni. A tumor reci-

divált és reáterjedt a nyelvgyökre is. Röntgen kezelésben részesült.

Lénárt Z.: Tekintve, hogy a nyakon nincsen mirigymetastasis, indokoltnak vélné, hogy Röntgen-kezelés helyett a daganat operative távolíttassék el.

Előadások:

Szekér J.: *Doppler-féle eljárás ozaenás betegeken.* Több ízben végezte a Doppler féle műtétet, amely az egyik oldali arteria carotis communis felszabadításában és a periarterialis sympathicus rostoknak 4%-os phenol-oldattal történő körülfecskendezésében és ecsetelésében áll. A fejfájás és orrbüz megszünt, a pörkképződés csökkent és volt olyan betege is akin 30 évi anosmia után a szaglás visszatért. Két betegen múló szövődmény gyanánt egyoldali recurrens bénulást és Horner féle tünetet észlelt.

Pollatschek E: Az ismertetett műtét az ozaena különböző keletkezési elméleteire némi felvilágosítást adhat. Az ozaena fertőző jellege mellett foglalt állást. A Perez-féle kórokozóból készült autovaccinával, újabban pedig a helyi jog-hurt kezeléssel (bacill. bulgaricus) is jó eredményeket lehet elérni. A büz eltünt és a pörkösödés a minimumra csökkent. A Doppler-műtét után főképpen azok a tünetek szüntek meg, melyeket tropho-neuroticus eredetüeknek lehet tartanunk (fejfájás, szaglászavar, Horner-tünet a műtét után). Az a véleménye, hogy a két eljárás együtt adhatja a legjobb eredményt. A műtét utáni recurrens hüdés a szövetekbe szivárgó phenol hatása, ami óvatosságra int.

Zoltán I.: Több évtizedes anosmia után a szaglóérzék visszatérése nem képzelhető el, ha a szaglóhám degenerálódott. Kérdi, hogyan lehetséges ez a jelenség? Ugy gondolja, hogy a szervezet áthangolódása hozzájárul a szaglóképesség részbeni visszanyeréséhez. A fejfájás megszünése a fej verőereinek kitágulásával magyarázható és a műtét hatása eszerint tartós gyógyszerhatással hozható analógiába.

Kelemen Gy: A szaglás szünetelésének ozaenában mechanikus oka lehet melynek megszüntével hosszú idő után is helyreállhat a functio.

Wein Z.: A szaglóképesség visszatéréséről csak abban az esetben lehet szó, ha a műtét előtt végzett vizsgálattal beigazolást nyert a szaglás teljes hiánya. Kérdi, hogy az operált betegen ez az előzetes vizsgálat megtörtént-e? Beigazolást nyert, hogy az ozaena esetében hosszas táplálkozási zavar és a pörkök nyomása folytán az érzékhám elfajul nem tartja valószinünek, hogy az elpusztult szaglóhám képes volna a regeneratióra.

Barkó M: A sympathektomiás eredmények alátámasztják az ozaena trophoneuroticus theoriáját. A pörkösödés és a büz megszünése nem is várható, mert ez a tág orrüregek következménye, amit ez a műtéti eljárás nem befolyásol.

Safranek J.: *Zoltán* és *Kelemen* hozzászólására megjegyzi, hogy a bemutatott, éveken évtizedeken át teljesen *anosmiás* ozaenás esetekben a szagérzés visszatérése nehezen érthetőmezhető. Az *essentiális* anosmia ily esetekben a körzeti szaglóterület súlyos degenerativ elváltozásainak következménye; a szaglónyálkahártya restitutiója pedig nem képzelhető el. *Respiratiós* (mechanikai) anosmia esetén, mely ilyenkor a pörkök által okoztatik, melyek a levegőáramnak a szaglóérzéshez vezető útját elzárják, az akadály megszüntével a szaglóérzés visszatérhet. A bemutatott esetekben azonban a pörkösödés csökkent ugyan de nem szünt meg. Ha nem sikerül megszüntetni a pörkösödést, nem szünhetik meg a *foetor* sem, mert a pörkökké beszáradt váladék a büzös. Könnyebben magyarázható az ozaenát kisérő *fejfájásnak* megszünése az előadó és a *Zoltán* által elmondott módon. Amde e tüneteket egyszerübb módon is kedvezően befolyásolhatjuk. Ez okból és tekintettel a beavatkozás után keletkezett recurrens paresisre és Horner-féle tünetcsoportra, a Doppler-féle eljárás alkalmazását a gyakorlatban meggondolandónak tartja.

Bajkay T.: *Az egyetemi orr- és gégekórtani klinika tiz évi működése.* A budapesti orr- és gégekórtani klinika beteganyagának statistikáját, a klinikán kidolgozott és állandóan alkalmazott gyógyító eljárásokat, valamint az azokkal elért eredményeket ismerteti.

Zimányi V.: Az óriási anyag tudományos feldolgozása annyira érdekes és értékes, hogy a magyar orr- és gégegyógyászat statistika-kódexének tekinthető. Kétségtelen, hogy külföldi viszonylatban is az elsők között fog állani.

Safranek J.: A szakosztály nevében megköszöni az előadónak az orr- és gégekórtani klinika érdekes és tanulságos esetekben gazdag anyagának kitünő ismertetését. Kivánatosnak tartja, hogy ez az ismertetés külföldi folyóiratban is megjelentessék.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának december 12-i ülése.

Bemutatások:

Sántha K.: *Az idegrendszer diffus lemmoblastosisának esete.* Bemutató a *Foerster* és *Gagel* által elsőnek leirt és „zentrale diffuse Schwannose"-nak elkeresztelt kórkép második példáját ismerteti. Klinikailag fejtraumához csatlakozva fokozatosan fejlődött ki érzéstompulás, indíték-zavar, a physiológiás hangulatingadozások hiánya, mimikaszegénység, aluszékonyság, elhizás, és szörzetnövés. A kezdet után félévvel epilepsiás rohamok jelentkeztek és ¾ év mulva status epilepticusban exitált. Az anatómiai vizsgálat az egész idegrendszernek Schwann féle sejtekkel, ill. azok fiatal alakjaival, lemmoblastokkal történő diffus elárasztását állapította meg, amely legtömegesebben a thalamusban, hypothalamusban, metathalamusban és ikertelepekben bizonyult. *Foerster* és *Gagel*-lel ellentétben bemutató a Schwann-sejteket és a belőlük kiinduló lemmoblastosist nem az oligodendrogliával, hanem a makrogliarendszerrel hozza genetikus kapcsolatba. Histogenitikai oldalról a gliosus rendszer systematikus blastomatosus burjánzását veszi fel.

Fényes I: Visszatér a szakosztályban másfél év előtt bemutatott esetre, melynél a proc. clinoid. ant. alatti „körteformájú" *(Cushing)* kivájulat alapján a chiasma tumorát vették fel, valószínüséggel a gliomáját. A műtétkor *(Winternitz)* a chisma tomurát sikerült megtalálni. Légzésbénulás következtében exitus. A sectiókor a chiasmából kiinduló és mindkét hemispheriumba beterjedő tumor histologiailag centralis neurinomának (Recklinghausen-féle daganat) bizonyult

Horányi B.: *Dystrophia myotonica esete.* A dystrophia myotonicát (Steinert-Curschmann-féle betegség) két tünetcsoport jellemzi: 1. myotoniás és atrophiás jelenségek az izomzat részéről és 2. vegetativ endokrin zavarok, mint korai kataraktа, korai kopaszodás, herehypoplasia, általános lesoványodás stb. A betegség heredodegenerativ, öröklési menete szabálytalanul dominans. Thomsennel öröklésbiológiai kapcsolatok nincsenek. A bemutatott beteg 37 éves fényképész. Családjában hasonló betegség nem fordult elő. 3 éves kora óta nehezen tud megindulni járni, néhány lépés után járása könnyebbé válik. Az utóbbi időben járása romlott. Kezeiben nincsenek activ-myotoniás zavarok. Pupillák myotoniás reactiót mutatnak, Az arc izmai, a musc. sternocleidomastoideus, a vállöv és a felkar izmai nagy mértékben atrophiásak: fibrillaris rángás sehol sem észlelhető. Az arc sorvadt, izmai normalis elektromos reactiót mutatnak, ellenben a törzs, az alsó és felső végtagok valamennyi izma typusos myotoniás elektromos elváltozásokat mutat. (elhúzódott izomcontractió indirekt és direkt farádos ingerlésre, féregszerü rángás direkt galvános ingerlésre az ingerpont eltolódásával stb.), Chronaxia az izmok egy részében meghosszabbodott. Kataraktа kezdeti stadiuma mindkét szemen. Kezdődő kopaszodás a fejtetőn. Hypoplasiás herák, nemi életet sohasem élt. Alapanyagcsere — 13%. Normalis adrenalinérzékenység.

Jossmann P.: *(Berlin): Über Dyslexie, Klinik und Theorie, mit Filmdemonstration.* Az olvasás pathológiájának két egymástól lényegesen különböző formája van. Az alexia, amikor a beteg képtelen az irássymbolumok jelenőségét felismerni és a dyslexia, mikor a beteg nem tud az olvasótérben tájékozódni. Utóbbi, melynek két esetét észlelte, a következő typikus tüneteket mutatja: A kezdetben jó és kielégítő olvasás lassan rosszabbodik, úgy, hogy vagy néhány szó, vagy néhány sor relativ sima olvasása után a szöveg követésében (a szavak sorrendjében, a sorok megkezdésében) bizonytalanság lép fel, míg végül a szöveg értelmének a felfogási lehetősége megszünik. Az olvasás normalis phisiológiájából tudjuk, hogy az olvasmánytérben való tájékozódás rendezett szemmozgások által jön létre. Fontos, hogy az egyes szemmozgások közti szünetben nem olvasunk. Ha már most egy dyslexiás szemmozgásait akár tükörben, akár, — mint előadó — kinematographiailag vizsgáljuk, akkor a normalis egyenletes, céltudatos, automatizált szemmozgások

helyett tapogatozó, bizonytalanságot, nystagmusszerű, rendszertelen és nyilván akaratlagos szemmozgásokat látunk. A dyslexiás megkisérli az automatikus olvasás hiányát akaratlagos szemmozgással helyettesíteni, ez a kisérlet azonban épen úgy csődöt mond, mint pl. az ataxia akaratlagos kiegyenlítése, A dyslexiásnál az akaratlagos mozgások szükségszerű szaporodása csak megnehezíti az olvasást egész addig, amíg beáll az olvasási képtelenség, egyrészt, mert az olvasmánytérben a tájékozódás ily módon csak rövid kis darabokon lehetséges, másrészt, mert a szemmozgások alatt nem olvas. A dyslexia mindig góctünet, melynek székhelye minden valószínüség szerint az occipitalis lebeny lateralis rései, illetve a látósugárzás corticofugalis részének a kezdete

Schaffer K.: Hozzászólásában utal arra a fontos körülményre, hogy előadó, mint első mutat reá arra, hogy az olvasásnak van egy agyi mechanismusa, melynek kóros zavara a Jossmann féle dyslexia, melynek semmi köze a klinikai alexiához. A normalis olvasási mechanismusnak van egy afferens, a látósugárzásban képviselt érző szára és egy az occipitális lebenyből, a látómező tájékáról kiinduló efferens mozgató szára, melynek anatómiáját hozzászóló egy, az occipitalis lebenyben székelő lágyulási góc adta másodlagos elfajulással világítja meg. E góc a stratum sagittale externumban, mint a radiatio opticában corticopetalis elfajulási nyalábot eredményezett, mely a fissura calcarinában végződik. E góc a stratum segittale internumban egy corticofugális nyalábelfajulást létesített mely a súlyosan degenerált brachium superius quadrigemini útján a mellső ikertelepben lévő oculomotorius-maghoz jut. Ez utóbbi pályában testesül meg az olvasási mechanismusnak mozgató szára.

A Debreceni Orvosegyesület november 28-i ülése.

Előadások:

Fazakas S.: *Penészgombák egészséges és beteg szemen.* 416 ép szemről kitenyésztett 115 gombával kapcsolatban esetekkel bizonyítja, hogy bizonyos ideig saprophyta életet élő penészgomba hirtelen parasitává, tehát pathogenné válhat és klinikai elváltozást hoz létre. 1835 kóros elváltozásból 493 esetben tenyésztett ki gombát. Ez 11.6%-kal több az egészséges szemből kitenyésztett gombánál. Hangsúlyozza, hogy a kóros esetekből kitenyésztett gombák túlnyomó nagy része csak véletlen lehet.

Jáki Gy.: *Makrogenitosomia praecox* esetét mutatja be.

Thurzó J.: A makrogenitosomia praecox egyes esetekben hydrocephalusra vezethető vissza. *Wetzler* 3 éves betegen hydrocephalus alapján látta kifejlödni. A bemutatott esetben erre is kell gondólni és enkephalographiás vizsgálat a kérdést eldöntheti. Az epiphysis bántalmazottságát teljes mértékben kizárni nem lehet. A szellemi élet gyorsabb fejlödése csak látszólagos és a koraibb serdüléssel járó testi hyperevolutionismussal a lelki élet fejlödése csak lépést igyekszik tartani bizonyos mértékig. A hosszabb ideig élő ily betegek a szellemi fejlödésben inkább elmaradnak.

Schmidt L.: *A nem téves meghatározása és annak következményei.* 37 éves egyént mutat be, aki perineoscrotalis hyperspadiasisban szenved, akit leánynak kereszteltek, neveltek és aki férfi létére hivatalosan és a társadalomban 37 éves koráig mindig mint nö élt és szerepelt. Testformái, csontrendszere, hangja, szörzete kimondottan férfias. A penis pars pendulája petyhüdten 4 cm hosszú, hüvelykújj vastag. A scrotum két fele nem egyesült, hanem a raphenak megfelelően kettéosztott. Mindkét here, mellékhere, funiculus, ductus deferens és a prostata jól feljett. Nemi ösztöne mindig férfiui volt. Vázolja az egyén törvényszéki orvosi jelentöségét.

Went I. és Lissák K.: *Az izolált tengerimalacszív anaphylaxiás shokja. A shokjelenségek keletkezésének mechanismusa.* A normalis és sensibilisált, valamint a desensibilisált tengerimalacszív müködése, különböző conc. histaminoldatok hatására jellemző elváltozásokat mutat: a contractiók amplitúdója nagymértékben fokozódik, a szívmüködés frequentiája viszont alig, vagy egyáltalán nem változik meg. A sensibilisált tengerimalacszíven a homológ fehérje hatására kifejezett arhythmia lép fel a frequentia csökkenésével, utána pedig a szív specificusan desensibilisálódik. A sensibilisált szív az anaphilaxiás shok kapcsán characteristicus elváltozásokat szenved, amelyek az ugyancsak jellemző histamin hatástól a legnagyobb mértékben különböznek. Az anaphylaxiás jelenségeket tehát legalább is a tengerimalacszív esetében histamin-hatásra visszavezetni nem lehet, mert a histamin sympathicus hatásával szenben shok alatt a vagus izgalom manifestatioi dominálnak. Feltehető, hogy az anaphylaxiás laesio kapcsán a szívizomból cholin szerű anyagok szabadulnak fel. Ezt a feltevést támogatják a normalis és sensibilisált sziveken különböző conc. cholin oldatokkal végzett kisérletek is. A shok alatt az egyes szövetféleségekből, azok különböző chemiai összetételének és specialis functióinak megfelelően, valamint a laesio súlyosságától függően különböző természetü és hatású biologiailag activ anyagok szabadulnak fel, — igy a tüdőből histamin, a mellékvesékből adrenalin, a szívizomból pedig cholin, —, amelyek elsősorban a vegetativ idegrendszer chemiai regulatiójában idéznek elő zavarokat. E zavarok oka részben kétségkivül az, hogy az autonom idegvégződéseknek — a tengerimalacszív esetében emellett magának az ingervezető rendszernek — a chemiai regulatorokkal szembeni érzékenysége a sensibilisatió kapcsán megváltozik.

Szauter B.: Az anaphylaxiás shok létrejövetelének mechanismusával a hozzászóló is foglalkozott, úgy kisérleti, mint klinikai szempontból. Bogomolez-nek elmélete értelmében az A. S. lényege egy antigen antitest reactio következtében létrejövő heveny complement hiány, mely a sejtek életmüködését lényegesen megzavarja. — Előadók véleményével egyetértöleg a hozzászóló álláspontja az, hogy az A. S.-k és a histamin shokok csak tüneti megnyilvánulásukban hasonlíthatók össze. Az A. S. ugyanis a sensibilisatio és a specificitás miatt csak immunbiologiai történések alapján képzelhető el, végső fokon azonban kétségtelenül szerephez juthatnak a shok alkalmával felszabaduló histamin, cholin vagy más ehhez hasonló anyagok.

Thurzó J.: Az előadók kisérleteiből kiderül az, hogy az anaphylaxiás shokot nem tekinthetjük tisztán histamin mérgezésen alapuló jelenségnek, hanem a vegetativ idegrendszernek jut főszerep a shokjelenségekben, amely a vegetativ idegrendszer megváltozott vegyi regulatiója alapján áll be. Anaphylaxiás shok jelenségekre a klinikus tapasztalat szerint elsősorban azok az egyének hajlamosak, akik vasomotoros labilitásban és a vegetativ beidegzések labilitásában szenvednek.

November 29-i ülés.

Előadások:

Preininger T.: *A börgyógyászat aktualitásai a budapesti nemzetközi kongresszus tükrében.* Beszámol a IX. Nemzetközi Kongresszus lefolyásáról. A legtöbb bizottság — Nékám elnök kezdeményezésére — csak a mostani kongresszuson kezdte meg müködését. — Nagy tetszést aratott a tanügyi bizottság határozata, amely szerint kívánatos, hogy az egyes egyetemek tansegédszemélyzete nemzetközi viszonylatban kicserélhető legyen. A szakorvossághoz három évi kiképzést tartanak szükségesnek. Az V. bizottság határozata szerint megbizzák a budapesti börklinikát, hogy egy tudományos cseréközpontot létesitsen, ritka esetekről készült szövettani készítmény, fénykép, vizsgálati anyag, paraziták, tenyészetek, stb. illetőleg. A konferencián a börtuberculosis elleni küzdelmet, a nemibetegségek elleni védekezést, az ipari foglalkozások által kiváltott börbetegségek socialis vonatkozásait, továbbá az emberre is átvihető fertöző megbetegedések kérdéseit tárgyalták. — Továbbiakban a kongresszuson elhangzott tudományos előadásokat, ezeknek gyakorlati következtetéseit és a tudományos kiállitás anyagát ismertette. Végül rámutatott arra a nagy munka árán szerzett kiváló elismerésre, amelyben a külföld részesítette a börgyógyászat magyar kutatóit és müvelöit, elsősorban a hazai klinikákat és köztük a debreceni bör- és nemikórtani klinikát is.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 4-i ülése.

Előadások:

Szentkirályi Zs.: *Dermatitis atrophicans esete.* Egy 14 éves leányt mutat be, aki a kéz és a lábfejeken elhelyezkedő dermatitis atrophicansban szenved.

Botár Gy.: *Adatok a szív beidegződéséhez,* Emlös állatokon végzett anatómiai vizsgálatok szerint a n. vagus szívidegei közül a középsők és alsók a pitvarhoz mennek, míg a nyaki ducokból kiinduló szívidegek előtt az aortaív körül alkotnak

erős fonatot, majd a koszorús erek mentén a kamrákra szállnak le. A n. vagus felső szívidege (a physiologusok n. depressora) az aortaív fonatához csatlakozik s azzal együtt fut a kamrákhoz.

A nyaki ducok szívidegei velőtlen postganglionaris rostokból állanak, míg a n. vagus szívágait velős és velőtlen rostok vegyesen alkotják. *Lawrentjew* ideggeneratios kísérletei azt mutatják, hogy a vagusrostok egyik része érző, másik része praeganglionaris rost. Utóbbiak a pitvarok falában és a His nyalábban helyet foglaló intramuralis dúcok sejtjei körül végződnek.

Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának december 9-i ülése.

Láng M.: *Leukaemia lymphatica cutis.* 50 éves férfi, 1½ éve viszkető csomói vannak az arcán, melyek időnként megkisebbednek, majd ismét erősebben emelkednek ki. Az orr dist. felében, mindkét fülkagylón, a szemöldökön és az állon borsónyi-mogyorónyi, részben összefolyó barnás-vörös, porckemény csomók. Az orr és a fülkagylók jelentékenyen eltorzultak. Az egész kép emlékeztet a facies leontinara. Máj, lép kissé megnagyobbodott. Vérkép: v. 4,840.000, f., v, s. 14.000 Hgb. 94%. f. i. 0.9; Eo. 1%; Ba. 1%; J. —; St. —: Se, 31%; Ly, 64; Mo, 3%.

Entz B.: A bőr isolált leukaemiás beszűrődése tyúkokon is előfordul. Elszórtan mindenütt kisebb nagyobb félgömbszerűen kiemelkedő, tömött, lapos csomók vannak, mely szövettanilag mveloid szövetből állanak. Ebben a megbetegedésben a belső szerveken nincsenek elváltozások. A tyúkleukosis filtrálható virus okozta megbetegedés.

Cseh I: 25 éves nő aortájának intimája és mediája az isthmusnak megfelelően körkörösen megrepedt és előbb intramuralis hamematoma jött létre a media és adventitia között, később szétszakadt az adventitia is és a beteg elvérzett a bal mellüregébe. Az aorta fala szabad szemmel épnek látszik csak egy-két lencsényi sárga folt van rajta. A szív bal kamrája hypertrophiás és a vesék zsugorodottak. Szövettanilag az aorta épnek látszó részében is sok zsírszemcse volt található az intimában, a vesékben pedig az erek falának nagyfokú megvastagodása és lumenük beszükülése volt legfeltünőbb.

Martos J.: *A szív ritka szövetfejlődési rendellenessége.* Egy 15 hónapos gyermek szivében, a bal kamra endocardiuma alatt, a kamrasövényben mellékleletként talált jókora lencsényi rhabdomyomát ismerteti. Közepes nagyítással e csomón kívül szétszórtan kisebb nagyobb hasonló gócokat is talált a szívizomban. Az esetnek az emberi pathologiában látszólag egyedül álló érdekessége az, hogy a rhabdomyoma szomszédságában, a septum membranaceumban rostos porcszövet van.

Entz B.: A rhabdomyomáknak nincs semmi klinikai jelentőségük. Vannak esetek, amelyekben az egész szívizomzat átalakult, annyira elváltozott, hogy jóformán fel sem lehet ismerni. A túltengett szívben lévő kóros sejtek a Purkinje-sejtekre emlékeztetnek, mert fibrillaris szerkezetet csak az izomsejtek szélén lehet látni. A szólónak is alkalma volt hasonló esetet észlelni. Ezeknek az eseteknek a hirtelen szívhalál előidézésében kétségtelenül nagy jelentőségük van; a szív túltengésének idiopathiás csoportjából ezeket ki kell emelni.

Szilvási Gy.: *További vizsgálataim a biogen baktériumokkal. Zoo-biont és phytobiont baktériumok. A bakteriologia új útja.*

December 16-i ülés.

Czizek: *Halált okozó vérzés idegentest nyelése következtében.* Csirkecsont nyelése okozta oesophagus sérülésről számol be, melyet eltávolítottak. A csont arrodálta az a. tyreoidea superiort, minek következtében a beteg exitált.

Szekér: A beékelődött csontot oesophagoskopia segítségével távolította el. Az eltávolítás után 33 órával alvás közben hirtelen vérzés támadt, minek következtében a beteg megfulladt. A carotis ext. alákötésével a vérzés megszüntethető lett volna. Rámutat az oesophagoskopia és tracheoskopia jelentőségére.

Rhorer: *Kiterjedt emlőrák rtg. therápiája.* 40 éves nőbeteg bal emlőjét 2 és fél év előtt cc. miatt eltávolították. ½ évvel ezelőtt a jobb emlőjében ökölnyi metastasis, a j. hónaljban diónyi mirígycsomó, bőrben mindkét oldalon balról egész a hát közepéig lencsényi-borsónyi göbök. Coutard szerint végzett rtg.-besugárzásokra a hónalji mirígycsomók és a mellkas bőrének ¾ részére kiterjedő elváltozások teljesen eltünték, csupán a jobb mammában van még tojásnyi resistencia. Az eset főképen azért érdekes, mert fél év alatt nyújtott óriási (30 teljes HED) súgáradag ellenére a vvt. száma 4,000,000-ón felül maradt, fvs, 5—6000.

Kukán: *Retinalis vérnyomásra vonatkozó újabb kísérletek és vizsgálatok egy új eszközzel.* Eszköze lényegesen eltér az eddigiektől és bár a retinalis vérnyomást szintén közvetett u, n, compressiós eljárással méri, számos hibaforrást küszöböl ki. Az a. centr. retinae diastolás nyomása 15—30 év között 35 Hgmm. 30—50 év között 38—44 Hgmm. 50 év felett 42—47 Hgmm. A systolés nyomás 65—75 Hgmm. A capillaris nyomás (a capillaris keringés meglassulása) 30—34 Hgmm. A venás nyomás a vena kilépésénél közvetlenül az intraoculáris nyomás körül van: 20—24 Hgmm.

Közgyülés: *Albrich* Konrád a leköszönő elnök kegyeletes szavakkal emlékszik meg a Szakosztály halottjáról *Csörsz* Károlyról. A tisztikar lemondása után az uj elnök vitéz *Berde* Károly veszi át a Szakosztály vezetését. Megválasztott tisztikar: I. titkár: *Dziobek* László, II. titkár: *Melczer* Miklós. Üléselnökök: v. *Duzár* József és *Kenessey* Aladár, Pénztáros: *Jobst* Pál, Jegyzők: *Haranghy* László és *Rébay* Mária, Pénztárvizsgálók: *Rueter* Camilló és *Jüngling* Kálmán.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése.

(Folytatás.)

Nem kevésbbé érdekes a *bakteriologiai osztály* működéséről szóló jelentés, amit *Lovrekovich* István osztályvezető terjeszt elő. Az osztály munkásságát grafikus oszlopsor is mutatja, melynek méretei 711 és 160.712 közötti változnak. Ennyi volt ugyanis 1928-ban, illetve 1934-ben a vizsgálatok száma. Már az 1933-as jelentés hangoztatta, hogy az osztály teljesítőképessége „aligha fokozható." És ime 18.8%-al több vizsgálatot kellett végezniök a reá következő évben. Ezt a többletet 78%-ban a typhus-diagnostikai vizsgálatok teszik, melyek 30.000-el szaporodtak. Ennek oka pedig a bacillusgazdák ellenőrzésének megnehezülése, amennyiben kiderült, hogy két negativ vizsgálat a felmentésre nem elég, s a lefolyt betegség után sokkal hosszabb ideig kell ellenőrizni a bacillusürítőket. Ezt az osztály a jövőben további decentralisatio nélkül nem birja, újabb vizsgáló állomásokat kell felállítani.

A typhus bacillusgazdák felkutatását a 7 legfertőzöttebb megyében 1933-ban kezdték és 2 év alatt 69.260 egyént vizsgáltak meg, s ezek között 440-et (0.64%) széklettel ürítőnek és 74-et (0.12%) vizelettel ürítőnek találtak. 573 chronikus typhusgazdát tartottak nyilván, kik közül *68 foglalkozott élelmiszerrel!* Az osztály sokkal biztosabb eredményűnek vélné, ha az acut typhusos betegeket ellenőriznék szigorúan egy éven keresztül, ami munkában is nagy könyebbséget jelentene.

Vérből 5644 esetben próbáltak bacillust kitenyészteni 1196 esetben positiv eredménnyel; Widal-reactiót végeztek 5932 esetben 3204 positiv eredménnyel.

A typhus-bacillust dúsító táptalajjal és a házi légyből megkisérelt typhus-kitenyésztéssel szerzett értékes tapasztalatokról már fenntebb megemlékeztünk.

Diphtheriára 34.405 vizsgálat történt Clauber agaron és 7852 torokváladékot, 128 orrváladékot találtak positivnak. Egészséges iskolásgyermeket 8960-at vizsgáltak át és ezek 3.4%-a volt positiv.

Dysenteriára gyanus 620 széklet közül 47 volt positiv, a vizeletek (202) mind negativok maradtak.

Nagy óvatosságra int, hogy 214 *kiütéses typhusra* gya

nus vér savója közül 122 (!) adott postiv eredményt. Igaz, hogy ez a kétszeres vizsgálatok figyelembevételével csak 50 beteget jelentett, de még így is ijesztően sok. Terjesztőknek a vándor cigányok bizonyulnak, kik közül 999 egészségest vizsgáltak és 88 bizonyult postivnak.

Emelkedett a *vizvizsgálatok száma* a tavalyi 2948-ról 4827-re, s ezeknek — sajnos — 50%-a volt kifogásolható. Evvel kapcsolatban foglalkoztak a viz *katadyn*-fertőtlenítésével (ezüstözött Berkefeld szűrők), de azok nem váltak be: ugyanaz a hatás olcsóbban elérhető minimalis ezüstoldatokkal.

Oltási célokra *187.800 ccm typhus-vaccinát* adtak ki és *7052 lit. táptalajt használtak el!*

A 3. fejezetben *Oláh* Gábor számol be a serologiai *osztály* munkásságáról, melynek legnagyobb teljesítménye a diphtheria leküzdésében jelentkezik. Az 1933-as belügyministeri rendeletre (209.300) az anatoxin-termelést annyira fokozta az intézet, hogy mintegy 300.000-el emelkedett az immunisáltak száma (immár 800.000-re!). Fenyegetett helyeken (Zemplén, Kecskemét) elérte a lakosság 16%-át, de sok helyen elérte még a 7—9%-ot. Az arányszámokat egy különbözőkép sötétített területű ország-térkép tünteti fel. Ez az áldásos munka, minek a gyógyítósavók hatáscsökkenése és a betegség új erőre kapása idején annyi gyermekéletet köszönhetünk, — még eredményesebben és kevesebb költséggel és fáradsággal lesz folytatható a jövőben, mivel az osztály vizsgálatai és begyüjtött adatai szerint az anatoxin-csapadék *egyszeri beoltása* éppen oly mértékű immunitást ad, mint a régebbi Ramon-anatoxin háromszori adagolása.

Behatóan foglalkozott az osztály a spirochaeta pallida biologiájával, a veszettség elleni oltások decentralisatiójával, s a vörhenyellenes oltásokkal.

Az intézet munkásságának igen jelentékeny részét teszi ki a *chemiai osztály* működése, miről *Schulek* Elemér egyet. m. tanár számol be terjedelmes jelentésben. Összesen 7380 esetben (tavaly 4939) végeztek vizsgálatot, ami tekintve a vegyi elemzés lassú, sokszor napokat igénylő menetét, rendkívül sok és oly mértékben igényel helyet és személyzetet, hogy a mult évben már főleg emiatt kellett egy emeletet ráépíteni az intézetre. A hangyaszorgalmú chemikusok meganalysáltak 4325 ivóvizet (jó volt 36%), 1778 gyógyszert (jó volt 87%! — érdekes eredménye az intézet szigorú ellenőrző munkájának, mert 1928-ban még csak 75% felelt meg), — 342 gyógyszerkülönlegességet (jó 83%), 345 egységes gyógyszert (jó 94%), 69 organotherapiás készítményt (jó 81%), 299 jógvizet (jó 9%!!) és 222 egyebet.

Legtöbb dolgot az osztálynak a gyógyszerek vizsgálata ad, ami ritkán „routin"-munka, hanem majdnem mindig új feladat elé állítja a vegyészt, kinek sokszor előbb az alkalmazható különleges eljárást kell kidolgoznia. Ezek a gyógyszerek három osztályba sorozhatók: 1. gyógyszerkülönlegességek (számuk 1934 végén 1147); 2. vegyileg egységes gyógyszerek (számuk (1847); — mind a kétfélét törzskönyvezik és állandó ellenőrzés alatt tartják, tehát nemcsak az engedélyezés vagy bejelentés alkalmával analysálják. 3. Vizsgálatra beküldött gyógyszerek (patikavizsgálat, OTI-gyógyszerek stb.). Ezt a 2994 nem hivatalos gyógyszert 129 cég hozza fogalomba, 89 hazai és 40 külföldi cég képviselője. — Az egységes szerek hirtelen szaporodását az is magyarázza, hogy az új Gyógyszerkönyv sok gyógyszernek tablettákban vagy ampullákban tartását rendelte el. Erre rávetették magukat a gyárak és dömping tömeg-áraikkal ártanak a gyógyszerész munkának. Sürgősen rendezendő volna tehát ezen adagolt egységes hivatalos gyógyszerek minősítése és árszámítása. Több ilyen eldöntetlen kérdésre mutat rá a jelentés (cimke-rendelet, mintavétel, külföldi gyógyszerek ellenőrzése), melyek rendezése nagyon kívánatos volna. Ilyen például az is, hogy a drogista egyáltalán nem áll ellenőrzés alatt, s így megesik, hogy a gyógyszerész nem is tud a Gyógyszerkönyvnek megfelelő árut beszerezni, mert az a neki hozzáférhető kereskedelemben nem kapható. Sajnos, minden olyan rendelet-tervezet, ami a kereskedelem és ipar circulusait érinti, hajótörést szenved vagy elsüllyed a „társminisztériumok" rosszul felfogott ügybuzgalma folytán. Ezt mi mondjuk, nem a jelentés, — de nagyon szeretnénk, ha illetékes helyen is meghallanák, ahová annyi bizalommal és annyi várakozással tekint a politikai vezér nélkül maradt közegészségügy.

Örvendetes, hogy a jövőben a törzskönyvezett gyógyszerek (specialitasok, tabletták, ampullák) *eladási árát* is ellenőrizni fogják, mert ezeknek 14—22%-a a megengedettnél magasabb áron kerül a közönség kezébe.

Beszámol azután a jelentés az OTI számára végzett 923 gyógyszervizsgálatról, ami 109 esetben (11.8%) volt kedvezőtlen; örvendetes javulás a multtal szemben. A patikavizsgálatokból és egyéb alkalmak kapcsán 766 gyógyszert küldtek fel vizsgálatra, s ezeknek 13.8%-a volt rossz. Érthetetlen, hogy az ország 36 törvényhatósága közül miért csak 16 vette igénybe az intézetet? — E vizsgálatokról is bizalmas katasztert vezetnek, ami képet ad gyógyszertáraink megbízhatóságáról.

Örömmel üdvözöljük azt, hogy az intézet vizsgálatai szerint ma már chemiai és hőálló szempontból is kifogástalan *ampullákat* és *„Record"-fecskendőket* állítanak elő hazánkban.

Külön jelentésben számol be *Stasiák* Aranka adjunctus a *gyógyszerek biologiai ellenőrzéséről*, melyeknek száma 170. Legtöbb volt az insulin-vizsgálat (63) és digitaliskészítmények értékelése (41); míg salvarsant csak 13 esetben vizsgáltak, mert a rendelet csak október végén jelent meg. E 13 bel- és külföldi arsenobenzolkészítmény közül csak hármat találtak — mindhárom külföldi — a megengedettnél toxicusabbnak.

Méltán panaszolja az intézet, hogy bár a hatásérték internationalis egységekben jelzését elfogadtuk és az intézet tud is a gyárak rendelkezésére bocsájtani internationalis standard-anyagot, a gyárak mégis ragaszkodnak a maguk egér- vagy patkányegység-eihez, ami minden összehasonlító értékelést lehetetlenné tesz. Hátha éppen ezért ragaszkodnak hozzá? — Jó volna e téren is egy rendelettel rendet teremteni.

Érdekesek azok a beható vizsgálatok, miket az osztály egyrészt a forgalomban levő *pepsinek* hatékonyságára, másrészt a pepsinnek *acidolpepsin* formájában alkalmazására nézve végzett. Kiderült, hogy a Gyógyszerkönyv követelményeinek megfelelő pepsin egyáltalán nincs is forgalomban; mind jóval gyengébb fehérjeoldó hatásúak (40—70%-kal!). Segíteni ezen csak úgy lehetne, ha a hazai nagy drogulsták nem bíznák magukat a külföldről szállított „pepsinum Germanicum" megadott hatóértékére, hanem azt megvizsgálva maguk állítanák be a Ph. H. IV. szerintire. De miért ne lehetne egy hazai gyárnak jó pepsin előállításával foglalkozni, mikor egyéb organotherapiás szerek gyártásával olyan előszeretettel foglalkoznak? A nagyon elterjedt és közkedvelt *acidolpepsinről* meg az derült ki, hogy tulajdonképen célszerűtlen gyógyszerkeverék, mert a főtömegét tevő betainum hydrochloricum, ami vízben oldódásakor leadja a szükséges szabad sósavat, egyenesen gátolja a pepsinhatást. Hogy mégis meghagyatott a forgalomban, annak oka közkedvelt volta és az, hogy az értékcsökkenés nem olyan mérvű, hogy a klinikai ha-

tásban észrevehető volna. De bizonyára helyesebb, ha pepsint és híg sósavat rendelünk helyette, noha a sósavas betain az új Gyógyszerkönyvbe is felvétetett.

Külön csoportban számol be *Jendrassik* Aladár adjunctus az *ivóvízvizsgálatokról*. Ezek száma a jó ivóvíz érdekében kifejtett élénk országos tevékenység folytán 53%-kal emelkedett 4325-re. Kútjaink állapotát legszomorúbban az mutatja, hogy e vizek közül 2760, tehát 63.8% esett kifogás alá! Szaporította a munkát a jégrendelet is, mely szerint csak megvizsgált és engedélyezett vízből fagyott jeget szabad forgalombahozni: 299 vizet vizsgáltak meg e célból és ebből 272 esett kifogás alá. Elrettentő eredmény, de az eddig tűrt állapotokra legjobban világít rá.

Kút-kataszterében 10.000 kutat tart nyilván az intézet, s a „Jó ivóvíz" jelzésű kutak száma 552-re emelkedett. Az intézet közreműködésével készült kifogástalan kutak száma 188. Mindezt a nagy és számos kiszállással, tárgyalással, meggyőzéssel, anyagi segítséggel végzett országos actiót az elmult évben folyósított 22.000 P-vel végezték, nem számítva bele azt a tevékenységet, amit a kereskedelmi ministerium műszaki osztályával kapcsolatban vízvezetékek létesítésével és javításával kifejtettek.

Vizsgáltak még *ólommázas edényeket* 190 esetben, melyek közül csak 86 (45%) volt tűrhetőnek tekinthető. Ennek veszedelmes következményei ki sem derülnek abból az 1933-ban összegyüjtött 12 súlyos és 20 könnyebb mérgezésből, mert bizonyos, hogy a mérgezések száma sokkal nagyobb, de nem ismertettek fel. Jó lesz, ha kartársaink résen állanak és gondolnak erre a lehetőségre.

Igen értékes vizsgálatokat végzett az osztály a *vitamin-meghatározások* terén. A napfény D-vitaminképző hatása nyáron a télinek 300-szorosára emelkedik, s a kék égboltról reflectált fény is igen gazdag biologiailag activ sugarakban. A B_1 és B_2 avitaminosis kisérleti előidézésére minden eddiginél jobb módszer birtokába jutottak.

A központ munkássága után *a 7 vidéki állomás* jelentése következik, melyek az előbbinek mindenben hű tükörképei és a legideálisabb decentralisatióról tesznek tanuságot. Nem bocsájtkozhatunk ismertetésükbe, csak teljes elismeréssel soroljuk fel őket: Baja *(dr. Haranghy László* egy. m. tanár),, Debrecen (*dr. Gärtner István* egy. m. tanár), Hódmezővásárhely *(dr Ormos Pál* prosector főorvos), Miskolc (*dr. Parragh Folkmann János* kórh. főorvos), Pécs *(dr. Kún Lajos* egyet. tanársegéd), Szeged *(dr. Hernády Mihály* egy. tanársegéd), Székesfehérvár *(dr. Sulyok Dénes)*. Ott ahol decentralizáltan is ilyen igazi lelkesedéssel és a nagy ügyhöz méltó elmélyedéssel folyik a munka és a maga kereteiben ilyen tiszteletreméltó eredményt producál, ott nyugodtak lehetünk afelől, hogy népünk közegészségügye kitűnő vezetés alatt és mindenütt jó kezekben van.

Külön kellene még foglalkoznuk az *Általános egészségügyi osztálynak (Horváth Dezső)* és a *járványügyi alosztálynak (Petrilla Aladár)* jelentéseivel, de jószándékunknak a tér szűke határt szab. Pedig különösen az utóbbi mindenkit érdeklő tanulmány a hazánkban előfordult fertőző betegségek terjedésére, mortalitására nézve külföldi viszonyokkal összehasonlításban. Különösen érdekesek a fertőzés forrásainak felkutatására végzett lelemenyes kutatások. A tanulmányt számos statistikai táblázat gazdagítja.

A régebbi Évkönyvek tartalmazták *az intézet tudományos munkáit* is. Ez már évek óta lehetetlen. Az 1934-ben különböző helyeken közölt munkák felsorolása és kivonatos ismertetése 16 nyomtatott oldalt tesz ki.

Fáradtan tesszük le a tollat és avval a nyugtalanító érzéssel, hogy minden igyekezetünk ellenére sem tudtuk elég hiven ismertetni azt az értékes és lebilincselően érdekes munkásságot, amit *Johan Béla* és az ő lelkes gárdája kifejt. De bizunk benne, hogy segítségünkre jön az eredmény, ami máris mutatkozik és minden szónál, irott betűnél hatásosabb és hódítóbb dícséret. Mert minden jó munkának megvan az a varázsa, hogy szervezett dolgosaiban önelégült büszkeséget, a kivülállókban pedig a csatlakozásra vágyat ébreszt. A jövő fejlődésének ezen lehetősége felől — ismerve orvosi rendünk lelkiismeretét és munkakészségét — biztosak vagyunk. Minden siker csak attól függ tehát, hogy azok, akik ebben a munkában nem active vesznek részt, hanem azt táplálni, anyagi áldozattal kereteit bővíteni, lehetőségeit növelni hivatottak: kormány és hatóságok milyen megértést, megbecsülést tanusítanak vele szemben? E tekintetben megnyugvást meríthetünk a közegészségügyünk jövőjét illetőleg kormányunk nyilatkozataiból és abból a meleg érdeklődésből, amit belügyminiszterünk az ország közegészségügye iránt tanusít.

Vámossy Zoltán prof.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. *Boytha József dr.* a budapesti tudományegyetem aranydiplomás orvosát a kultuszminiszter a Nemzeti Színház örökös tiszteletbeli főorvosává nevezte ki. — *Boytha* dr. negyvenhét évig volt egyhuzamban a Nemzeti Színháznak orvosa. Ezen öt évtizedes odaadó munkát tiszteli meg a kultuszminiszter, mikor első izben adja a színház „örökös tiszteletbeli főorvosa" címet. — *Réthi Aurél dr.* a wieni Gégészeti Társaság elnökségének meghivására előadást tartott az egyetemi gégeklinikán a gégebeidegzés élettanáról és kórtanáról. Az előadást vita követte, melyben *Neumann* professzor üdvözölte előadót és rámutatott arra, hogy előadó kutatásainak eredményeit fényképekkel és mozgóképekkel dokumentálja. *Hajek* prof. szerint, ha az ellenőrző vizsgálatok előadó eredményeit igazolják, a gégegyógyászat neurologiájának fejezetét újból kell felépíteni.

Az Orvosi továbbképző Központi Bizottság 1936, évben is rendez tanfolyamokat. Hogy a súlyos gazdasági helyzetben az orvosoknak alkalmuk legyen nagyobb áldozat nélkül is a továbbképzésre, a Központi Bizottság Budapesten kivül, úgy mint eddig a vidéki központokban is rendez tanfolyamokat,

Azon orvosok, kiktől lakóhelyük elhagyása jelentékeny anyagi áldozatot kíván s kiknek keresete és anyagi helyzete ezt nem engedi meg s kik a törvényhatóságok részéről vagy más forrásból e célra anyagi támogatást nem kapnak, a Központi Bizottság igyekezni fog némi támogatást nyujtani és pedig:

az 1936. évre a következő segítségeket helyezheti kilátásba:

a) kedvezményes lakást és ellátást az *Orvosok Házában* (IX. Gyáli-út 4. sz.). A lakás ára egy hétre 16 pengő 30 fillér. Az élelmezés díja napi 2 pengő, amiben a reggeli, ebéd és vacsora ára foglaltatik;

b) indokolt esetben a Bizottság a lakás és ellátás költségeit részben vagy egészben fedezi;

c) a budapesti, a szegedi, a debreceni és a pécsi női klinikákon, valamint a szolnoki m. kir. bábaképző-intézetben és a gyulai m. kir. állami kórház szülészeti osztályán 2—3 orvos számára díjtalan lakás azon orvosok számára, kik a szülészetben óhajtják magukat továbbképezni. E kedvezmény 1—2—3 hónapra vehető igénybe (Budapesten és Pécsett csak a szünidő alatt).

d) a szegedi egyetem klinikáin tartandó tanfolyamon a vidéki kartársak részére korlátolt számban a tanfolyam idejére díjtalan lakás áll rendelkezésre, ha ezirányú igényüket

SEVENALETTA-CHINOIN-SEVENALETTA

Engel Rudolf dr. egyetemi rendkívüli tanár úrral (Szeged, Egyetemi belklinika) idejekorán közlik.

A kedvezményért folyamodók, amennyiben hivatalos állásban vannak, szíveskedjenek felettes hatóságaik ajánlását megszerezni.

A tanfolyamok díjtalanok, a jelentkezési illeték kurzusonként 5 pengő, ez összeg megfizetését *csakis* az ösztöndíjasoknak engedik el.

Azok az orvosok, akik a választott tanfolyamot rendszeresen látogatták, erről a tanfolyam befejeztével igazolványt kaphatnak.

Tanfolyamok Budapesten:

A) Két vagy négyhetes továbbképző gyakorlatok az egyes klinikai szakmákból a budapesti kir. magy, Pázmány Péter tudományegyetem klinikáin egész éven át (kivéve július és augusztus hónapokat) és Budapest székesfőváros kórházaiban egész éven át.

B) Négyhetes tuberculosis továbbképző gyakorlatok a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium Egyesület Erzsébet királyné és Weiss Manfréd alapítványi szanatóriumaiban.

C) Szülészeti továbbképző gyakorlatok a budapesti I, és II. számú női klinikákon, a szegedi, a debreceni és pécsi egyetemek női klinikán, valamint a budapesti a szolnoki m. kir. Bábaképző Intézetben és a gyulai m. kir. állami kórház szülészeti osztályán 1936. év folyamán.

D) Hatnapos továbbképző tanfolyam a fertőző betegségekről Budapest Székesfőváros Szent László közkórházában 1936 április hó 27-től május hó 2-ig.

E) Hatnapos továbbképző tanfolyam a rákbetegségről 1936 május hó 25-től május hó 30-ig.

F) Hatnapos továbbképző tanfolyam a trachomáról, A budapesti m. kir. állami szemkórházban 1936 május hó 25-től május hó 30-ig.

G) Hatnapos továbbképző tanfolyam a gyakorló orvos sebészetéről az I. és II. számú sebészeti klinikán 1936 június hó 8-tól június hó 13-ig.

H) Kéthetes fogorvosi továbbképző tanfolyam a budapesti egyetemi stomatologiai klinikán 1936 június hó 8-tól június hó 20-ig.

I) Kéthetes továbbképző tanfolyam a csecsemő diaetetikáról 1936 június hó 8-tól június 20-ig a budapesti gyermek klinikán.

J) Kéthetes tanfolyamok az anya- és csecsemővédelemről az Országos Stefánia Szövetség Központi Intézetében: I, 1936 április hó 14-től április hó 26-ig és II, 1936 május hó 11-től május hó 24-ig, és elméleti és gyakorlati tanfolyam március és junius hónapokban.

Vidéken:

K) Kétnapos továbbképző előadások a szegedi m, kir, Ferenc József tudományegyetemen „A gyomorbélhuzam betegségeiről" 1936 május hó 23-án és 24-én.

Kimutatás 1936. jan. 26- febr. 1-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	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	1	—	10	—	1	—	—	—	93	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	—	—	7	—	6	—	—	—	—	—	18	4	—	—	—
4. Békés	335.874	7	1	—	—	6	—	10	—	—	—	—	—	161	—	1	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	3	—	1	—	3	1	3	—	—	—	—	—	37	2	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	—	—	2	1	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	4	—	1	—	3	—	5	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	—	—	1	1	11	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—	—	77	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	3	—	—	—	11	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	322.207	3	—	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	1	1	—	9	—	17	—	—	—	—	—	62	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	20	1	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	2	1	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	8	—	1	1	30	—	46	—	—	—	1	—	109	2	—	—	—
17. Somogy	389.792	2	—	1	—	9	2	5	—	—	—	—	—	50	—	1	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	7	1	—	—	16	—	10	—	—	—	1	—	32	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	—	—	—	3	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	—	—	—	—	7	—	18	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	3	—	10	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
24. Zala	368.371	—	1	—	—	1	—	6	—	—	—	1	—	59	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	4	1	—	—	5	1	18	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
I. Baja	29.791	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	3	1	4	—	29	1	59	—	—	—	—	—	31	3	—	—	—
III. Debrecen	122.825	5	—	—	—	6	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	1	—	—	6	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	2	—	2	—	3	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	1	1	7	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—
IX. Sopron	36.023	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	1	—	4	2	6	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	74	9	16	3	192	8	330	—	2	1	6	—	1054	25	2	—	—
Előző évben:		90	17	16	1	275	13	256	2	2	—	—	1	774	16	2	2	—

L) I. Továbbképző tanfolyam a pécsi m. kir. Erzsébet tudományegyetem klinikáin 1936 március hó 7-től május hó 16-ig minden szombaton délután.

II. Az egyetemi belklinikán a tüdőtuberculosis gyógyításáról, különös tekintettel a légmellkezelésre; 1936 február hó 17-től február hó 29-ig tartandó tanfolyam.

III. Az egyetemi gyermekklinikán az anya- és csecsemővédelem ismereteiről általában tartandó kéthetes tanfolyam 1936 március hó 16-tól március hó 29-ig.

IV. Két- vagy négyhetes továbbképző gyakorlatok az egyes klinikai szakmákból a pécsi m. kir. Erzsébet tudományegyetem klinikáin az év bármely időszakában.

M) I. typus: Minden csütörtökön és pénteken tartandó továbbképző tanfolyam a debreceni m. kir. gróf Tisza István tudományegyetemen 1936 április hó 30-tól május hó 29-ig.

II. typus: Kéthetes továbbképző tanfolyam négy csoportban a debreceni m. kir. gróf Tisza István tudományegyetem elméleti intézeteiben és klinikáin:

I. csoport: 1936 április hó 16-tól április hó 28-ig; II. csoport: 1936 április hó 30-tól május hó 12-ig. III. csoport: 1936 május hó 14-től május hó 26-ig.

Külön csoportban 1936 március hó 2-től március hó 14-ig „Elméleti és gyakorlati gyermekorvoslás", kéthetes tanfolyam napi 5 órában (az egyetemi gyermekklinikán).

A tanfolyamra jelentkezni az Orvosi Továbbképző Központi Bizottságának irodájában (Budapest, VIII., Mária-utca 39. sz.) az időközben megküldött jelentkezőlapokon lehet.

A IV. nemzetközi gyermekorvos congressust ezidén Rómában rendezik szeptember hónap utolsó napjaiban, Magyar részről a központi elnökségnek felhivására *Csapó József* és *Kostyál László* tartanak előadást. Az előadások bejelentésének valamint az előadások kivonatának beküldési határideje április hó 30, Cím: Prof. Spolverini Róma. Clinica paediatrica.

Osztrák betegbeutalások a budapesti gyógyfürdőkbe. *Szviezsényi Zoltán* a Gyógyhelyi Bizottság igazgatója és *Porzsolt Béla* kormányfőtanácsos a Lukács-fürdő alelnöke, a legutóbb Bécsben jártak, hogy felvegyék a tárgyalásokat az osztrák betegsegélyző pénztárakkal, betegeknek Budapestre való beutalása tárgyában. *Irinyi Jenő* főszerkesztő a magyar idegenforgalomnak ausztriai megbizottja kíséretében kihallgatáson jelentek meg *dr. Dobredsberger*, a szociális ügyek miniszterénél, hogy felhivják figyelmét Budapest gyógytényezőire és az ő intervencióját kérjék atekintetben, hogy az osztrák betegsegélyző intézmények — miként eddig is külföldre, beutaltak betegeket, — Budapestet is vegyék figyelembe a jövőben és beteganyagukat egy részét küldjék az itteni gyógyfürdőkbe.

A tárgyalásokba bekapcsolódot *Hausmann* egyetemi tanár, az osztrák balneológiai egyesület elnöke is a minisztérium képviseletében és abban történt megállapodás, hogy egy kisebb Bizottság fog kiszállni Budapesten, amely megtekinti a mi gyógyfürdőinket és az orvosokkal megbeszéli azokat a gyógymódokat, amelyekre Budapest gyógyfürdői különösen alkalmasak. Ezenkívül meghivták a minisztert egy budapesti látogatásra, aki ennek a meghivásnak készséggel fog eleget tenni annál is inkább, mert — amint ő mondja — még sohasem volt Budapesten és a legnagyobb örömmel kívánja megismerni Budapestnek kultúrális viszonyait és egyben felveszi a személyes kapcsolatot is a budapesti hivatalos tényezőkkel, A miniszter budapesti tartózkodását a Gyógyhelyi Bizottság fogja előkészíteni megfelelő keretek között.

Egyptomi orvosok Budapesten. Az Al Abram kairói arab újságvállalat az Egyptomi Magyar Kereskedelmi rt.-ban létesített információs irodával együtt nagyszabású tanulmányutat tervez egyptomi orvosok részére. A látogatásnak az lesz a célja, hogy az orvosok tüzetesebben megismerjék Budapest gyógytényezőit és főképen a rheumakezelésnek a lehetőségeit tanulmányozzák,

Guindy Bey, az egyptomi király udvari orvosa, tanulmánysorozatot irt már Budapest gyógyintézeteiről és a tavaly ittjárt egyptomi orvosok is lelkes propagálói lettek Budapestnek,

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi tudományegyetemen: *Nyitray Gyula, Tobak László, Strausz Imre,* és *Miselbach József.*

ZEISS

ZSEB-POLARIMÉTER



cukor és fehérjének a vizeletben való meghatározására. Háromrészü látótérrel. Pontossága 0,1%-ig. Egyszerü és ügyes; ambulánsan is használható ugy szabadkézből, mint állványon, nappali vagy más fehér fény mellett is használható.

A megfigyelőcső hossza: 94.7 mm.

Kérjen leirást és ajánlatot

a magyarországi vezérképviselőtől:

ifj. JURÁNY HENRIK

Budapest, IV., Váci-utca 40.

Telefon: 83—0—92.

vagy közvetlenül

CARL ZEISS JENA

Pályázati hirdetésekkel kapcsolatban felhívjuk az illetékes hatóságok figyelmét, hogy ha orvosi állás pályázat útján kerül betöltésre, úgy az Orvosi Hetilapban meghirdetendő pályázatokat *közvetlenül kiadóhivatalunkhoz, Bp., VIII. Üllői út 26. sz.* küldjék be.

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 előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előirások 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 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.

SEVENALETTA-CHINOIN-SEVENALETTA

HETIREND

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február hó 8-án, délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Udvardy László:* Pulmonalsklerosis. Előadások: 1. *Paul Benő:* Májműködés és víz anyagcsere, 2. *Doleschall Frigyes:* Enkephalomeningitis-endemia, 3, *Fornet Béla:* Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának február 10 i előadását este 7 órakor *Markovits Imre dr.* tartja „A legújabb röntgenvizsgáló és gyógyító módszerek" címmel.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya február 11-én d. u. ½7 órakor az egyetemi orr- és gégekórtani klinikán tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Erdélyi Sándor:* Rhinolith érdekes esete. Előadás: *Zimányi Vidor:* Az orrsövénymütét újabb irányelvei.

Pályázati hirdetmény.

A vezetésem alatt álló szolnoki m. kir. Bábaképző Intézetnél megüresedett egy díjtalan gyakornoki állásra pályázatot hirdetek.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy az okmányokkal kellőleg felszerelt pályázati kérvényüket az eddigi működésük megjelölésével hozzám mielőbb nyujtsák be.

Szolnok, 1936, január hó 27-én.

Dr. Konrád Jenő, s. k.,
bábaképezdei igazgató tanár.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Rendszeresen adagolt secale cornutum alkaloida hatása a gyermekágy lefolyására. *(Dr. Gyurik József,* budapesti tud. egyetem I. sz. női klinika), 100 gyermekágyasnak a puerperium első 5 napján kis adag — 0,3 ccm subcutan és naponta 3×1 tabletta. — *Sensibamint* adva figyelték a gyermekágy lefolyását 100 tagú, gyógyszeresen nem kezelt controllcsoporttal szemben. Megállapítható volt, hogy *Sensibamin* hatása alatt gyorsabban történt a méh visszafejlődése. Míg pl, nem kezelteken a méhfenék a gyermekágy 10. napján a symphysis felett 3 harántujjal foglalt helyet, kezelteken már a 6. napon volt e ponton. A méh involutiójának nagy fontossága van a gyermekágy sima lefolyására. Igy pangásos folyás *Sensibaminnal* kezelteken 4%, a controllesetekben 13%-ban fordult elő. Büzös folyás kezelteken egyáltalán nem fordult elő, nem kezelteken ellenben 2%-ban. Vérzés a kezelt esetek 10%-ában, a nem kezeltek 45%-ában volt. Az ápolási napok átlagos száma kezelteken 9, nem kezelteken 11 volt (influenza-járvány miatt a szokottnál kissé nagyobb mindkét csoportnál). A vizsgálatok azt mutatják tehát, hogy *prophylaktikusan* adott *Sensibaminnal* a méh gyermekágyi visszafejlődése kedvezően befolyásolható. Sensibaminra azért esett szerző választása, mert a genuin anyarozsalkaloida gyógyszerhatása állandó, pontosan adagolható, a vérnyomást alig vagy nem befolyásolja. Mellékhatásokat nem okozott. (Gyógyászat. 1936. 4. sz.).

Fogorvosnak nagyon alkalmas hallos ötszobás csukotterkélyes lakás azonnalra vagy májusra kiadó
VII., RÁKÓCZI-UT 52. szám III. em.

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLIKATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.
PNEUMOSTOP
MAGAS CHININ- ÉS CAMPHORTARTALOM.
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. 7. szám. Budapest, 1936. február 15.

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. *Egyeb külföldről:* Géza de Takáts M.D. 122 South Michigan Avenue, Chicago.

DYNARSAN

oxy-acetylamino-phenylarsinsavas triaethanolamin.

Öt vegyértékű arsent tartalmazó erőteljes antilueticum intramuscularis, vagy subcutan alkalmazásra.

Használatra kész oldat, mely a lues minden stádiumában indikált.
Nagymértékben veszélytelen, stabil, fájdalmatlan.

10 amp. à 1 ccm. --- --- --- --- --- P. **7·90**
10 amp. à 3 ccm. --- --- --- --- --- P. **12.30**

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLIKATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.



Az
epilepsia-kezelést
reformálja a

Prominal

N-methyl-aethylphenylmalonyl-carbamid

Typikus luminalhatás altató hatás nélkül még magas therapiás adagokban is.

Éveken át tartó alkalmazásnál is jól türhető.

A betegek akadálytalanul folytathatják foglalkozásukat.

»Bayer«
LEVERKUSEN

E. MERCK
DARMSTADT

Magyarországi vezérképviselet:

Magyar Pharma Gyógyáru R. T.
Budapest, V., Akadémia-u. 3.

Wirth Károly
V. Báthory-utca 16.

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:
Cső 10 és üveg 50 tablettával à 0.2 g.

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, 3.000 és 100 nemzetközi egységet tartalmazó tabletták

1.000 nemzetközi egységet tartalmazó suppositoriumok

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

80. évfolyam. 7. szám. Budapest, 1936. február 15.

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:

Aschoff Lajos: Gastritis (Folytatás és vége) (135—139. oldal.)
György Ede: Az otitis szerepe a csecsemőgyógyászatban. (139—142. oldal.)
Pásztor Mihály: Az ovarialis asthma bronchialeról. (142—145. oldal.)
Wollek Béla és Kulcsár Margit: A liquor sav-basis egyensúlya meningitis tuberculosában. (145—147. oldal.)
vitéz Dániel Elemér és Szekér Jenő: Az ozaena kezelése sympathico-diaphtheresissel. (147—148. oldal.)
Schürger Sándor: Méhen kivüli és méhen belüli terhesség egyidőben. (148—149. oldal.)
Mellékiet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28 oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Börgyógyászat. — Elméleti tudományok. (149—151. oldal.)
Könyvismertetés: (151—152. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (152—156. oldal.)
Győry Tibor: Egyetemi gyógyszertár felállításának tervezete 1813-ban. (156—157. oldal.)
Vegyes hirek: (157. oldalon és a boritólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gastritis.

Irta: *Aschoff Lajos*, egyetemünk díszdoktora, a kórbonctan ny. r. tanára a Freiburgi (i. B) egyetemen.

(Folytatás.)

A *chronikus fekélyek* keletkezésének kérdése az, ami most az érdeklődés középpontjába került. Emberi tapasztalatok mutatják, hogy a gyomornyálkahártya, ugyanúgy, mint az állatokban is, igen nagy gyógyulási hajlammal bir. Az időnként jelentkező erosiós gastritis meggyógyulhat anélkül, hogy klinikai tüneteket okozott volna. Az állatok gyomornyálkahártyáján ejtett mesterséges sebek nyomtalanul begyógyulnak. Ezért hangsúlyoztam annak idején az emberi gyomorban olyan mechanikus tényezők jelenlétét, amelyeknek hatásaképen az acut erosióból fekély képződik. A gyomorfekélyről alkotott akkori nézeteimből nem kell semmit sem visszavonnom. Akkoriban az volt a véleményem, hogy azokból az erosiókból, amelyek a kis görbületen ülnek, inkább fejlődhetnek fekélyek, mint azokból, amelyek máshol, különösen a nagy görbületen helyezkednek el, feltételezve természetesen, hogy már kezdetben elég nagyok, úgy hogy az összehúzódó nyálkahártya nem fedi be teljesen őket. Ennek okát szövettani és mechanikai tényezőkben láttam. A gyomornyálkahártya a kisgörbületen alacsonyabb és az alaphoz merevebben rögzített, mint az egyenesen futó nyálkahártyaredők is megmagyaráznak. Ezért itt a nyálkahártyafekélyek könnyebben nyitva maradnak és inkább ki vannak téve a maró gyomornedv hatásának. *Yano* ezirányú adatait *Bürkle de la Camp, Flood* és *Howes* újabb kisérletei más szempontból világitották meg. Ők a fundus nagygörbületén és a praepylorikus rész kis görbületén nyálkahártyasebeket ejtettek. Ha már most a gyomornedv elválasztását histamininjectiókkal fokozták, akkor a praepylorikus sebek gyógyulási hajlama csekélyebb volt a nagy görbület hasonló sebeivel szemben. A gyomornedvhatásnak, amely exsudatios, fibrinoid, granulatiós és heges zóna kialakulásában nyilvánul meg, döntő jelentőséget tulajdonitottam. A hatására az erosio mélybe terjedésével fekély alakul ki. Bizonyos mikroorganismusoknak vagy gombáknak a fekély növekedésében nincs szerepük. Ha ilyeneket találunk fekélyek alapján vagy fekélyfészkekben, akkor azt mellékes leletnek kell tekintenünk. *Rosenow* elmélete nincs bebizonyitva. Minden fekélyre jellemző a muscularis propria elpusztulása. Csak a serosán létrejövő élénk szövetburjánzás óvja meg a fekélyeket sok esetben az átfúródástól. Ha ez a gyomornedv fokozatos marásához viszonyitva nem elegendő, akkor biztosan átfúródás fog bekövetkezni. A fekély mélyre terjedésének kialakulásában (Haudeck-féle fészek, tölcsérképződés, lépcsőzetes szélek) a peristaltikának is szerepet tulajdonitottam. Ma is fenntartom ezt a véleményemet a fekély alapján már *Hauser* által is leirt izomviszonyok alapján. A nyálkahártya rendszerint oralisan ráhúzódik az izomrétegre, míg aboralisan arról letolódik, úgy hogy itt az izomréteg a fekély alapján szabadon fekszik. Az oralis rákúszásból adódik a Haudeck-féle fészek ferde tölcsér alakja, az aboralis letolódásból pedig annak lépcsőzetes széle. A bonyolult peristaltika miatt természetesen a makroskopos viszonyok nem minden esetben olyan kifejezettek, mint a mikroskopos elváltozások, amelyek pedig a viszonyok keletkezésére kellő magyarázatot nyújtanak. Magától érthetődik, hogy a nagy erek, különösen azok, amelyek a Haudeck-fészek fenekén futnak, másodlagosan könnyen ártalmat szenvedhetnek és ha csak az előzetesen endarteriitis obliterans következtében el nem záródtak, rajtuk felmaródás jöhet létre, ez viszont halálos vérzéshez vezethet. Azelőtt a nagy ereknek különleges jelentőséget tulajdonitottak, amennyiben azt gondolták, hogy spastikus vagy arteriosclerotikus szűkületek és elzáródások a serosáig terjedő elhalásokat hozhatnak létre. Az ilyen gyomorfal „infarctusok" másodlagos felemésztődése lenne a tulajdonképeni fekély. A fekélyek esetleges symmetriája a vascularis elmélet mellett látszott szólni. Pontos vizsgálatok egyes kivételektől eltekintve ezt az elméletet nem támasztották alá. *Stromeyer* mutatott rá legutóbb ennek tarthatatlanságára és ezt minden újabb vizsgáló megerősitette. Egyetlen szabálynak azt nem merném nevezni, amit már majdnem 25 év előtt irtam: „ahhoz,

hogy acut fekélyből chronikus legyen szükséges, hogy az huzamosabban érintkezzék a gyomornedvvel és ugyanekkor ismételt mechanikai ingereknek legyen kitéve." Ma, amikor a friss erosiók keletkezését is a gyomornedv maró hatására vezetjük vissza, ez az akkoriban szokatlan felfogás, magától értetődőnek látszik. A vegyi tényezőkön kivül a peristaltikában adott mechanikai tényezőkre is súlyt fektetek; ugyanis azt gondolom, hogy a gyomornedv maróhatása csak akkor alakítja át az erosiót fekélylyé, ha az sokáig tátong, másrészt a fekély oralis és aboralis szélén az izomzatnak még ma is nagyrészt ismeretlen különleges viszonyai csak ezen mechanikus tényezők figyelembevételével magyarázhatók meg.

Ezeknek az ismerete pedig szükséges, hogy a chronikus fekély egy fontos következményét, nevezetesen a *fekélyből képződő rákot* felismerhessük. Amikor eleinte ezen lehetőség ellen hadakoztam, tettem ezt azért, mivel túlságos gyakorinak gondoltam a fekélyből való rákképződésről szóló észleleteket. A sebészek szerint mondhatni minden fekélyből ráknak kellene képződnie. A tévedés a gyomorrák közepének fekélyes szétesésén alapult. Ma már tudjuk, hogy az eseteknek csak 5—10%-a alakul át másodlagosan rákká. A fekély nyálkahártyaszéléből kiinduló rák másodlagosan nő az izomzat hegébe. Az elsődleges gyomorrák is átjárja ugyan a muscularis réteget és azt lassan el is pusztítja, de nem jön létre valódi megszakadás a fekélyre jellemző elhelyezkedéssel az oralis és aboralis részletek között.

Még egy pontra szeretnék ez alkalommal rámutatni. A fekély alapján futó *ereknek* minden *elváltozását,* amilyen az ú. n. endarteriitis productiva seu obliterans, *másodlagosnak* kell felvennünk, amire a fekélyes betegek fiatal kora is mutat. Ezt újabban *Torhorst* vizsgálatai is igazolták. Ami azonban az erekre áll, annak az *idegekre* is érvényesnek kell lenni. Egyszerű gastritisek kapcsán jelentkező idegelváltozásokra *E. Hösty* hívta fel a figyelmet. Ő ezeket mint a fekélyképződés okait fogja fel. Ez ellen szól azonban az, hogy ganglionsejt-elváltozásokat ő a pyoruscsatornában találta, tehát ott, ahol a savi gastritis a legkifejezettebb, míg a corpusban, ahol pedig a vagus gyomorágai mentén a legkifejezettebbeknek kellene lenniök, egyáltalán nem találta meg. A *fekélyképződés* következménye a cardia felé húzódó neuritis, amire *Stőhr* hívta fel a figyelmet. Természetesen ő is a neurotikus elmélet értelmében azokat a fekélyképződés okaként fogta fel. *Stőhr* megfigyeléseiben erre vonatkozóan semmi alapot nem találok. Ez a neuritis azonban megmagyarázza a fekélyes betegek fájdalmait, amire már *Askanazy* is figyelmeztetett és azokat a másodlagos spasmusokat, amelyeket a fekély környékén a röntgenképen láthatunk. Hogy *Stőhr* ilyen neurotikus folyamatokat a fekélytől távolabb is talált, az könnyen érthető. A fekélyből kiinduló gyulladásos elváltozások a cardiáig követhetők, mint azt a serosa vizsgálata mutatja. Kérdés, hogy a physiologiás vagy kóros spasmusok okozta nyálkahártya-duzzanatok visszatartva a gyomornedvet mennyiben járulnak hozzá a nyálkahártya felmarásához. Kétségtelen, hogy egyrészt a gyorsaság, másrészt az erő, amellyel a gyomor egyik része a nedvet a másikba juttatja jelentőséggel bír. Mindenesetre *Steinberg* kísérletei erre engednek következtetni. Ő a pylorus és duodenum izomrétegtől kisérletileg megfosztott területein sem erosiókat, sem fekélyeket nem talált.

Ez volna röviden a *spontan vagy superacid gastritis*nek (gastritis peracida) és következményeinek a vázlata. Most nézzük a másik csoportot az *exogen uton keletkezett* gastritiseket. Ezekben az esetekben az ártó anyag, amely a táplálékkal vagy más módon kerül a szervezetbe, nem a gyomornedv hatásának fokozása által, hanem közvetlenül hat a gyomornyálkahártyára. Biztos határt nem lehet vonni a spontan endogen és exogen gastritisek között, mert mint ahogy azt a vascularis eredetű erosióknál láttuk, a megtámadott nyálkahártyát a különben normalis gyomornedv másodlagosan megemésztheti. Ilyen kettős hatás érvényesül pl. az alcohol okozta gastritisekben. *Gottschalk* kimutatta, hogy mesterségesen előidézett erosiók könnyen meggyógyulnak, mivel állatok gyomrában önmagától is marasos gastritist előidéző hatásos gyomornedv nincs jelen. *Kalk* azon feltevését, hogy iszákosok gastritist kapnak, de fekélyeik nem fejlődnek ki, ilyen fogalmazásban nem tartom helytállónak. Minél inkább ki lehet mutatni a gastritisben körülirtan bizonyos mirigysejtekre, vagy a kötőszöveti sejtekre irányuló ártó hatást anélkül, hogy a felületes hám megbetegedett volna, annál inkább gondolhatunk arra, hogy az elváltozást nem a gyomornedv hozta létre. Kénytelen vagyok azonban elismerni, hogy itt még sok kérdés vár magyarázatra. Még sok kisérletre van szükség, amíg a végső következtetést kimondanánk. A felületes maróhatás és a mirigysejtek elváltozásának combinatiójára utalnak *Puhl* és *Brodersen* kutyákon végzett hamis-etetéses kutya-kisérletei. Ezek a kisérletek azonban nem kifogástalanok, minthogy histamininjectiókkal és faradozással voltak egybekötve. Helyesen vélik a szerzők azt is, hogy a lesoványodáskor keletkező fehérjehasadási termékeknek a gyomormirigyek által kiválasztásakor maguk a mirigysejtek is ártalmat szenvedhetnek. El kell ismernünk végül azt is, hogy a gyomornedvet termelő mirigyeknek túlingerlése, azoknak elfajulására és eltünésére vezethet, amint azt *Puhl* és munkatársai kimutatták. A viszonyok nem olyan egyszerüek, hogy minden további nélkül elválaszthatnánk a toxikus-parenchymás gastritist a marásos gastritistől. Minél inkább előtérbe lépnek a mirigyelváltozások, tehát minél inkább kizárhatjuk a marásos gastritist, annál inkább gondolhatunk parenchymás gastritisre. Ezekben elsősorban a corpus mirigyeinek közvetlen ártalmáról van szó. Ilyen direct ártalmát a mirigysejteknek a fedősejtek elökődésének képében *Hanke* az atophanylgastritissel kapcsolatban mutatta ki. A fedősejteknek ilyen isolált elökődését *Oshikawa* gastroenterostomiás sebeken irta le, anélkül, hogy valamilyen toxikus tényező jelenlétét bizonyitani tudta volna. *Puhl* és *Brodersen* is látták a fedősejteknek elökődését histaminkisérleteikben. Annyi bizonyos, hogy a gyomornyálkahártyának egyes mirigysejtek ártalmával együttjáró parenchymás gyulladása gyakrabban jön létre, mint azt az ember gondolná. Természetesen rendszerint csak a következményeket, a chronikus ártalmat láthatjuk, minthogy *acut exogen gastritis* esetek alig kerülnek a boncasztalra. Ilyen esetekben is a megitélés az emészsési folyamatok és postmortalis tényezők jelenléte miatt nagyon nehéz. Ha a halál után bármilyen gyorsan is juttatunk akár a nyelőcsövön, akár a hasüregen keresztül fixáló folyadékot a gyomorba, az agonalis elváltozásokat biztosan nem zárhatjuk ki. Természetes tehát, hogy a heveny toxikus gastritis képét csak állatkisérletekből ismerjük. Állatokban a gyomornyálkahártya izgalmi állapotát különböző anyagok (phosphor, arsen, alcohol stb.) könnyen elő tudják idézni. Az acut gastritis hevessége természetesen a bevitt anyagok concentratiójától függ. Szövettanilag a nyálkahártya vérbőségét és vizenyőjét, vérzéseket és fokozott nyálkatermelést irtak le. Ha a bevitt anyag erősen maró hatású, akkor erosiók is létrejöhetnek. Csak átmeneti különbségek vannak úgy makroskoposan, mint mikroskoposon a physiologiás emésztési és pathologiás izgalmi állapotok között. Azokat az elváltozásokat, amelyek a physiologiás emésztéssel együttjáró természetes inge-

rekkel vannak kapcsolatban *Roessle* physiologiás gyulladásnak nevezi. Ilyenkor fokozott mirigyhám működést, fokozott izomperistaltikát, nagyobb vérbőséget és a gyomor különböző rétegeibe történő leucocyta felszaporodást láthatunk. Ez a physiologiás izgalmi állapot könnyen kórosba mehet át. Csak az egész szervezet szempontjából ítélhető meg, hogy a gyomor izgalmi állapota a biologiai egyensúly fenntartását célozza-e vagy akár átmenetileg is azt megbillenti. Az első természetes, az utóbbi természetellenes állapot. Emberek táplálékfelvételében a normalistól a kóroság minden átmenet megvan. A kóros eltérés qualitativ és quantitativ lehet. A civilisatio okozta vegyes és rendetlen táplálkozás és ennek a gyomornyálkahártyára constitutionalisan feltételezett különböző hatása az, ami a kóros ingerállapotot érthetővé teszi. Természetesen az ilyen exogen toxikus gastritist gyakran elfedheti egy endogen hyperacid gastritis. Minél erősebben hat azonban a külső inger a hámra és a kötőszövetre, annál inkább szólhatunk exogen gastritisről, viszont minél inkább a gyomornedv hatása lép előtérbe, annál inkább van spontan vagy endogen gastritissel dolgunk.

Amit mi rendszerint látni szoktunk, az a *chronicus gastritis* képe, tehát *endogen vagy exogen izgalmi állapot következménye*. Nagyon nehéz megmondani, hogy a chronicus gastritisek közül mennyi a regenerativ vagy reparativ vagy akár defensiv természetű. Minthogy az acut gastritis az acut tonsillitissel és appendicitissel együtt a szervezet leggyakoribb kóros jelenségei közé tartozik, nem csodálkozhatunk azon, hogy a gyógyulási képek következményeikkel együtt milyen gyakoriak. Hogy az elsődleges ártalom endogen vagy exogen természetű volt-e, az a folyamat további fejlődése szempontjából közömbös. Elsősorban reparatiós-regenerativ folyamatokról van szó, a túlságos nagy igénybevétel miatt elpusztult hám- és kötőszövet helyét új, a célon gyakran túllövő sejtújképződés foglalja el. Igy lassan a *gastritis productiva* állapota fejlődik ki, amely a nyálkahártya látható megvastagodásában, vaskos redőképződésben, a kóros „état mamélonné"-ban nyilvánul meg. Ez — bár nem mindig — a pyloruscsatornában a legkifejezettebb. A felületes nyálkaelválasztás fokozott lehet, de ez függ az emésztési szaktól és a táplálék mennyiségétől, minemüségétől.

A gyomornyálkahártya különböző területeinek elváltozása a *szövettani képben* kifejezettebb, mint a makroskopos kép. Rendesen a pylorus-csatorna nyálkahártyája súlyosabban betegszik meg, s a mirigyképződés a kötőszövetszaporodás mellett háttérbe szorul. A kötőszöveti váz túlsúlyba jutását jellemzi a lymphocytáknak, eosinophyl sejteknek, plasmasejteknek, a Goldmann-féle gömbsejteknek, kisebb fokban a hysticcytáknak és fibrocytáknak felszaporodása. Ezáltal az egész nyálkahártya a kereksejtes beszűrődés képét mutatja. Néha a cystikusan kitágult mirigyek szétrepedése mellett az ú. n. Hamperl-féle nyálkahártyagranulomák fejlődnek ki. A mirigytestecskék vagy felszaporodnak vagy inkább megfogynak. A corpusmirigyek elváltozásai, ha egyáltalán megbetegednek, sokkal kifejezettebbek, mint a pylorusmirigyeké. A bonyolult felépítésű corpusmirigyek sejtes összetétele nagyon különböző lehet. Magától érthetődik tehát, hogy a toxikus elváltozások az egyes mirigyféleségekben különbözőképen nyilvánulhatnak meg. Egyszer a fősejtek, máskor a fedősejtek vagy melléksejtek nagyobbodnak meg, zsírosodnak el, vacuolásan elfajulnak, pyknikusak lesznek, megkisebbednek, a falról lelökődnek stb. *Puhl* mutatott rá a mirigyek ezen kimerüléses sorvadására. Természetes dolog, hogy a kötőszöveti váz sejtes összetétele is megváltozik. Minél inkább háttérbe szorulnak a mirigyek, annál inkább bővelkedik a stroma reactiv sejtekben. Hogy a chronikus esetekben a leukocytákat mindinkább a lymphocyták és ezek átalakulási alakjai, a plasmasejtek és az ezekből származó gömbsejtek helyettesítik, az magától érthetődik. Azon kérdés körül, hogy a hyalinos testecskéknek élettani vagy kórtani jelentősége van-e még nagy vita forog. Meg vagyok győződve, hogy a lymphocyták physiologiás körülmények között is átalakulhatnak plasmasejtekké és gömbsejtekké, — természetesen a táplálkozástól függően. Minél erősebb a fehérjereactio különösen a sejtes mirigyelemek szétesésével kapcsolatban, annál könnyebben keletkezhetnek gömbsejtek. Nagyfokú felszaporodásuk tehát kóros jelenség. A sejtes stromainfiltratio változatos képe még tarkább lehet a basalis nyiroktüszők tetemes kifejlődésével. Ezekről ma azt tartjuk, hogy összefüggésben állanak a status thymicolymphaticussal és szerepük lehet bizonyos méreganyagok ártalmatlanná tételében. A nyiroktüszők fokozottabb kifejlődése a *gastritis nodularis* képét hozza létre.

Ilyen hyperplastikus alakokból fejlődnek ki a hypoplastikus alakok, hacsak az utóbbiak nem közvetlenül ártó tényező hatására jönnek létre. Ilyenkor *gastritis atrophicans*ról szólunk. Ismeretes dolog, hogy ilyenkor a mirigyek cystikusan átalakulhatnak. Hasonló viszonyokat az endometrium sorvadásakor találhatunk. Ilyenkor a folyamatot *gastritis cysticának* nevezhetjük. A nyálkahártyasorvadás esetében azok a simaizomkötegek, melyek különösen a pyloruscsatorna nyálkahártyájában normalis körülmények között is megtalálhatók, annál is inkább kiemelkedhetnek, minthogy előzetes hypertrophia következtében már megvastagodhattak. Részletekre itt nem terjedhetek ki, csak azt szerettem volna kiemelni, hogy a nyálkahártya ismételt ingerlése következtében milyen különféle állapotok fejlődhetnek ki.

Minket a bármilyen eredetű chronikus gastritisekben leginkább az a körülmény érdekel, hogy a valamiképen elpusztult mirigyek helyére a regeneratio alkalmával nem az eredeti szerkezetű mirigyek kerülnek, hanem másrendszerűek és az egész nyálkahártya szerkezete átalakul. Ez az *átalakulás* elsősorban a mirigyekre vonatkozik és bizonyos szabályok szerint megy végbe; leggyakrabban a pyloruscsatornában és vestibulumban található meg. A pylorusmirigyek vékonybélmirigyekké alakulnak át, resorptiós sejtekkel, kehelysejtekkel és Panneth-féle sejtekkel. A mirigyeknek ezt a regenerativ elváltozását *Moskowitz, Konjetzny* és *Puhl* vizsgálták. Amint a felgöngyölt párhuzamos gyomor csikok vizsgálata mutatja, az egész pyloruscsatorna, sőt az egész kis görbület megtelhet vékonybélmirigyekkel (mucinosus mirigyek). Hasonló az eset az ú. n. intermediaer mirigyekkel is. Ezek a corpusba vándorolnak fel és elfoglalják a bonyolult szerkezetű fundus mirigyek helyét, amennyiben a fősejtek melléksejtekké alakulnak át (mucoid mirigyek). Ezekből keletkeznek az ú. n. Stoerck-féle pseudopylorus mirigyek azáltal, hogy az összes fősejtek és fedősejtek melléksejtekké alakulnak át. A pylorusmirigyek és az ú. n. melléksejtek közötti különbséget *Stoerck* nem ismerte el. A duodenum mirigyeknek átalakulását a pseudopylorus mirigyekbe *Puhl* egy duodenitis erosiva, illetőleg a jejunumban gastroenterostomia kapcsán észlelte. Tény az, hogy az idősebb korban a gyomor olyan részén, ahol csak specifikus corpus mirigyek szoktak előfordulni, feltünően sok az ú. n. pseudopylorusmirigy. Nyugodtan mondhatjuk, hogy az évek folyamán a savanyú gyomornedvet termelő nyálkahártya felületek az alcalikus termelőterületekkel szemben háttérbe szorulnak, kérdéses azonban, hogy a termelt nyálka mindenütt azonos-e. Természetesen az átalakulási hajlam is nagyon individuális, — mondhatnám 0 és 100 között mozog.

Mi az *értelme* már most a gyomornyálkahártya ezen átalakulásának? Más helyeken is ismerünk hasonló módon átalakuló regeneratios mirigyeket. Igy pl. a chronikusan fertőzött epehólyag falában nyálmirigyek jelennek meg, hogy ez a regeneratios mód közvetett vagy közvetlen módon jön-e létre, nehezen dönthető el. Minden metaplastikus folyamatra *Schridde* a direct utat gondolja valószínünek. Ha már most az átalakulásos gastritis értelmét vizsgáljuk, akkor igen nehéz erre választ adnunk, mert még sok megoldatlan physiologiai tényező játszhatik közre. Nem tudjuk, hogy mi a feladata a pylorus mirigyek váladékának, mi a feladata a Brunner-féle mirigyeknek, mi a feladata a melléksejteknek. Még kevesebbet tudunk a gyomor különböző területeinek nyálkájáról. Fentebb megemlékeztem a különböző resistentia fokokról, amint azt *Puhl* az irodalmi adatok alapján jellemezte. Élettani körülmények között, amint azt *Pawlow* iskolája tanítja, a pylorus csatorna különös módon hat a corpus-nyálkahártya váladéktermelésére. Ezt elsősorban sebészek *(Enderlen* és tanítványai) bizonyították be. A gyomornedv elválasztásnak egy második ú. n. chemiai phasisáról van szó, amelyik nem reflectorikusan, hanem hormonok hatására váltódik ki. Ezzel nem azt mondjuk, hogy ilyenkor a gyomorelválasztás első phasisa, amelyet a bevitt táplálék a corpus-nyálkahártya direct érintésével vált ki, teljesen eltünik. Rendesen, de nem mindig a gastroenterostomiás nyiláson keresztül a gyomorba jutott duodenumnedv a corpus termelte savanyú gyomornedvet messzemenőleg közömbösíti *(Steinberg* és munkatársai). Az alcalikus nedvvel érintkező gyomorfelület lényegesen megnagyobbodik. Ebben bizonyos védelmi berendezést ismerhetünk fel, habár tudjuk, hogy a pylorus és duodenum fedőnyálkája a különösen hatékony gyomornedvvel szemben nem véd. Az ulcusos panaszoknak az öreg korban észlelhető csökkenését ilyen alkalmazkodási folyamatokra vezethetjük vissza. Nem tudjuk azonban, hogy az öregebb egyének gyomornedve hatékonyabb vagy kevésbbé hatékonyabb-e, mint a középkoruaké. Az a tény, hogy öreg emberek mindenféle ételeket nem birnak el olyan könnyen, mint fiatalabb korukban, arra enged következtetni, hogy a gyomornedvelválasztás is idővel csökken. Hogy ez qualitativ vagy quantitativ jellegű-e, azt csak a klinikai adatoknak a későbbi szövettani vizsgálattal összevetésével lehetne megállapítani. Mindenesetre az intermediär és Stoerck-féle pseudo-pylorus mirigyeknek felszaporodásában alkalmazkodási folyamatot látunk. A pylorus nyálkahártya ugyanis a pylorusmirigyeknek vékonybélmirigyekkel helyettesítésével mintegy kapcsolódik. Az intermediär és pylorus mirigyeknek műtéti eltávolításával orosz szerzők *(Lasowsky* és munkatársai) kutya-kísérletekben hasonló metaplastikus burjánzást találtak. Ilyenkor a melléksejtek szaporodnak fel a fősejtek rovására. Ez a megszaporodás a corpus nyálkamennyiségének növekedésével jár együtt. Minthogy pedig ezekben a gyomrokban acut vagy chronikus gyulladási jelenségek nem voltak kimutathatók, a szerzők bizonyítottnak látják, hogy ilyen metaplasiák gyulladásos inger nélkül is keletkezhetnek. A napi étkezés okozta physiologiás ingerek elegendők, hogy *Hamperl* értelmezése szerint a gyomornyálkahártya átalakulása bekövetkezzék. De mivel a physiologiás és pathologiás ingerek közti határ elmosódott és az acut gastritis közben elmulhat, világos határt vonnunk szinte lehetetlen.

Valamivel többet mondhatunk az *átalakulásos gastritis működési következményeiről,* legalább is annak végső fokáról, *Hellenbrandnak Katsch* és *Kalk* kisérletei nyomán végzett vizsgálatai alapján. Amíg csak a pylorusrészlet beteg, addig a corpus működése még jó lehet. Természetesen azután a bélmirigyeknek erősebb kifejlődése a corpusrészlet működését nagyon csökkentheti, de elválasztást fokozó gyógyszerekkel, pl. histamininjectiókkal ilyenkor még lehet a corpusmirigyeket fokozottabb gyomornedvelválasztásra serkenteni. Ilyenkor tehát pseudoachyliával van dolgunk. Ha azonban maga a corpusrész is átalakul, a pseudopylorus mirigyek megjelenése által, akkor a histamininjectiók már nem használnak és akkor előttünk áll a többé-kevésbbé kifejezett valódi achylia képe. Ha a mirigyek megváltozása mellett a nyálkahártya sorvadása és a mirigyek eltünése is bekövetkezik, akkor az achylia különösen kifejezett lesz.

Ezeknek a viszonyoknak biztos megitéléséhez azonban még sok vizsgálatra van szükségünk. *Enderlen* és *Zuckschwert* megfigyeléseik alapján azt gondolják, hogy a pylorusnyálkahártyának hosszabb ideig tartó kirekesztésekor a duodenum nyálkahártyája is kiválthatja az emésztés második, chemiai phasisát.

Ezzel fejtegetésem utolsó részéhez érkeztem. Megismertük az átalakulásos gastritist, mint a chronikus gastritisek következményét s ezt viszont, mint a recidiváló acut gastritis folyományát.

A *„gastritis"* elnevezés vitás. Egyszer klinikai értelemben, máskor anatomiai értelemben használjuk. Kétségtelen, hogy a gastritis megnevezés, a nephritishez, enkephalitishez, endometritishez hasonlóan anatomiai-histologiai fogalom lett. Gastritisről csak akkor beszélhetünk, ha a nyálkahártya ártalmához valamilyen *reactio* is hozzájárul. A tiszta endogen gastritisekben a gyomornedv által kiváltott marásokhoz regenerativ-reparativ folyamatok társulnak. Az exogen gastritisekben a reparativ-regenerativ folyamatok mellett defensiv gastritis is jelentkezik. A szervezet megkisérli a kórokozó agenst, amennyire csak lehet a gyomornyálkahártya reactiójával ártalmatlanná tenni. Ilyen esetekben a heveny reactiót az exsudatio, az érkötőszöveti emigratio, s a hám elválozás valamilyen alakja jellemzi. Minél inkább előtérbe lépnek a proliferativ jelenségek, mint a kivándorolt lymphocyták átalakulása plasmasejtekké, a hystiocyták és fibrocyták felszaporodása, helyi lymphocytarendszer kifejlődése, annál inkább szólhatunk chronikus gastritisről. Aszerint, amint a mirigyszövet növekszik vagy felszaporodik, illetve eltünik, beszélünk hypertrophiás vagy atrophiás alakról. Ezekhez csatlakozik mint könnyen érthető következmény, az átalakulásos gastritis. Ezt a fejlődést könnyen megérthetjük. Másrészt azonban hangsúlyozni kívánjuk, hogy a gyomornyálkahártyának vannak vagy lehetnek olyan állapotai is, amelyekben a *reactiók teljesen háttérbe szorulhatnak* és maga az ártalom észlelhető: a hámsejtek és stromák elzsírosodása, a mirigyhám és kötőszöveti sejtek pigmentatiója, az amyloid lerakódások, a venás pangás következtében létrejött fokozott nyálkaképződés stb. Ezt az állapotot a gastritises folyamatokkal ellentétben *gastropathiáknak vagy gastrosisoknak nevezték* el. Felmerül természetesen az a kérdés, hogy a nyálkahártya chronikus ártalma vagy általános avitaminosis következtében fejlődhet-e sorvadás a mirigyrendszer és a stroma lassú kimerülése következtében anélkül, hogy a folyamat látható reactióval járna. A gyomor tiszta öregségi elkopását, amely klinikailag észrevehető gastritisba mehet át, szintén ide sorozhatjuk *(Hamperl).* Ilyenkor ugyanolyan végső állapot jöhet létre, mint gastritis után, anélkül azonban, hogy valamilyen endogen vagy exogen reactiónak a kórkép keletkezésében szerepe volna. Felhivom a figyelmüket például a vészes vérszegénység okozta elváltozásokra. Itt is hasonló változatos képet láthatunk, mint a chronikus gastritis végső stadiumában, csupán a corpus tájék erősebben van kitéve az atrophiás folyamatoknak, mint a pylorus-nyálkahártya, tehát megforditva, mint

ahogy szokott lenni. Az idegrendszernek és az endokrin szerveknek is nagy szerepük lehet ezen gastropathiák kifejlődésében. A fentebb kifejtett maróhatások is csak akkor jöhetnek szóba, ha elegendő mennyiségű hatékony hormon kerül a vérpályába. Amint azonban némely mirigyrendszer, mint pl. az endometriumé, prostatáé, vagy az emlőké az ivarmirigyek, a pajzsmirigy és hypophysis hormonjaitól függ, úgy ki lehet majd mutatni ilyen összefüggést a gyomormirigyekre vonatkozóan is. Semmi esetre sem szabad a gyomorbetegségek gastritikus alakjai mellett, melyek akár a bőségesen termelt hatékony gyomornedv miatt endogen úton, akár a táplálóknak valamilyen méreghatása következtében exogen uton keletkeztek, a tisztán ideges, hormonalis vagy avitaminosis következtében létrejött gastropathiákról megfeledkeznünk. Semmi esetre sem tehetjük ezt, ha a gyomornyálkahártya anatomiai és működési átalakulásának, valamint klinikai működésének végső okairól tiszta képet akarunk nyerni.

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

Az otitis szerepe a csecsemőgyógyászatban.*

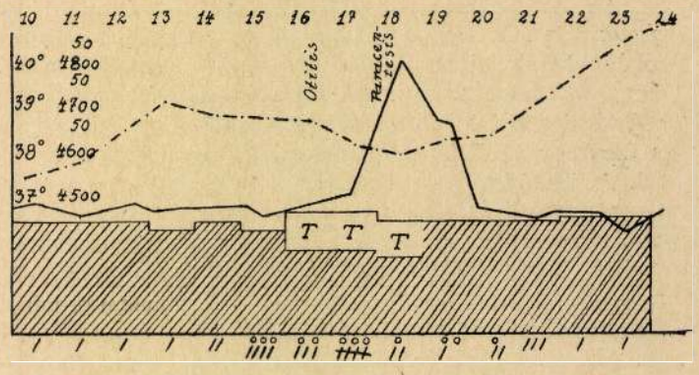
Irta: *György Ede dr.*

A csecsemőorvostan egyik legfontosabb kérdése az otitisek és mastoiditisek szerepe. Csecsemőorvosok és fülészek egyaránt igyekeztek e kérdést tisztázni, de a legtöbben vagy csak fülészeti vonatkozásban tárgyalják a dolgot, vagy pedig ha szélesebb alapokon ismertetik a kérdést, a fülbajok szoros vonatkzását a csecsemő egész szervezetéhez és hatását a csecsemő általános állapotára nem ismerik el, illetve nem tulajdonítanak neki nagyobb jelentőséget.

Több évi tapasztalatból merjük állítani, hogy e kérdést csak a csecsemőorvos és fülész összedolgozása tudja megfejteni. Sok toxikus csecsemőnek esetében, midőn a toxikus állapotot megszüntetni nem tudjuk, hivunk segítségül (többek között) a fülészt, aki pl. otitis alkalmával a paracentesissel az ügyet a maga részéről elintézettnek tekintette. Pedig evvel a csecsemőn még nagyon keveset segített és eredménytelen maradt a csecsemőorvos minden további beavatkozása is (éheztetés, teadiaeta, intoxicatiós schema szerint adott női tej, infusio, transfusio). Sajnos, sokszor a boncasztalnál találkoztak ismét és itt látták igazán, hogy a parancentesissel a kérdés még nem oldódhatott meg, mert már az antrum is tele volt gennyel. Ez a boncolati lelet ismét hosszú vitát váltott ki. Sokan azt vitatták, hogy az antrumbeli geny csak praemortalis jelenség. További lépés volt, mikor még in vivo, de nem sokkal a halál előtt vésték fel az antrumot. Ilyenkor, ha az antrum gennyel volt tele, a fülészek egy része ismét tompítani igyekezett e kérdés esetleges döntő fontosságát azzal a kijelentéssel, hogy nagyon sokszor heveny otitis esetén is találunk az antrumban genyet anélkül, hogy annak súlyos kellemetlen tüneteit észlelnénk. Meggyőződésünk, hogy sok csecsemő pusztult el addig, míg a csecsemőgyógvász és fülész már a beteg ágyánál rátaláltak helyes közös diagnosisukra. A fülész avval vétett, hogy ő a csecsemő otitisét is a felnőttekéhez hasonlóan akarta orvosolni s midőn eredményt nem látott, activabb kezelést próbált. Ha a csecsemő láza a paracentesisre nem csökkent, naponta paracentálta. Tudunk 14 izbeli parancentesisről vagy pedig a másik végletbe esett, mikor a fül betegségének további jelentőséget nem tulajdonított. Ez némiképen érhető is, mert míg a felnőttek otitise különálló klinikai kórkép, melynek tünetei határozottak s lezajlásában is sokszor megmarad helyi megbetegedésnek, addig csecsemőkön ezt csak ritkán látjuk. Külön akarom az otitisek és külön a mastoiditisek szerepét tárgyalni.

Röviden kitérek a csecsemőkori otitis simplexre, melynek jellegzetes tünetei ismeretesek: láz, nyugtalanság, fülhöz kapkodás, étvágytalanság, fájdalmas, időnként megszakított szopás. Ezen kísérő tünetek mellett a proc. mastoideus nyomásra érzékeny és a fülészeti (otoskopiai) lelet positiv (a dobhártya belövelt, fénytelen, erős erezettség mellett gyakori apró vérzések, macerált dobhártya, mely esetleg elődomborodik). Ezek a tünetek minden kétséget kizárólag jelzik a kórképet. Finomabb elváltozások észlelésére nagyító otoskop nélkülözhetetlen.

Hogy ez az otitis simplexnek nevezett és csupán a fülre terjedő betegségnek milyen hatása van az egész csecsemőszervezetre, azt grafikonon tudnám leginkább szemlélhetővé tenni. A súlygörbe megállása, illetve lefelé hajlása az első jel, amely arra figyelmeztet, hogy a csecsemőnek valami baja van. A láz csak később jelentkezik és hamarabb szűnik meg, a súlygörbe a láz megszünte után pár nap mulva emelkedik. Látjuk azt is, hogy a csecsemő étvágytalan, hány, székei szaporodnak.



I. ábra: Otitis simplex. K. A. 3 hó. (dajka csecsemő).

Tehát a csecsemők otitise, ha csak átmenetileg is, de nem jelentéktelen általános tüneteket okozott, amit persze egy jó tonusú-turgoru egészséges csecsemő pár nap alatt könnyen kihever. Ezután már csak a fülre szorítkozó tünet marad meg fülfolyás alakjában különböző ideig, de ez rendesen már nem hat a csecsemő általános állapotára, fejlődésére.

Az otitis simplex ritkán észlelhető ilyen classikus formában főleg női tejen táplált és jó tonosú-turgorú mesterségesen táplált csecsemőkön látjuk. A gyakorló kartársak is magánpraxisukban az otitis fentemlített alakjaival találkoznak.

Ezen esetek simán lezajlanak kisérő toxikus tünetek nélkül és épen ezért sokszor kétkedő formán kérdezik, miért tulajdonítunk az otitisnek újabban olyan nagy jelentőségét.

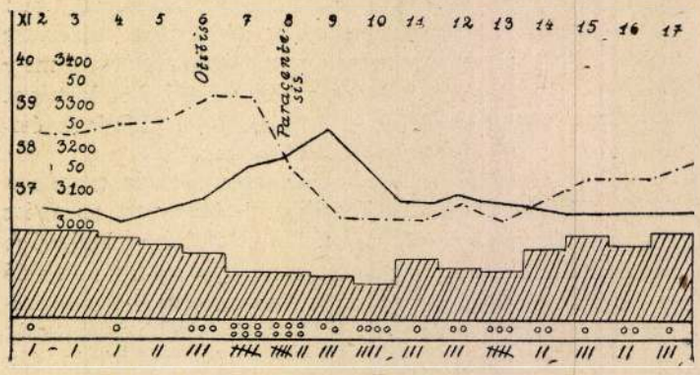
A klinikán ápolt és bejáró beteganyagunk jórészt azonban helytelenül táplált, leromlott, atrophiás, gümősen fertőzött, sokszor decomponált csecsemő.

Ezen csecsemők otitise már nem oly egyszerű lefolyású, itt nagyon sok mellékkörülménnyel kell számolnunk. Pl. atrophiás csecsemő tolerantiája az otitis kapcsán megszűkülhet, s a csecsemő decomponált állapotba juthat. Figyelemmel kell kísérni, hogy továbbra is hány-e a csecsemő, nem mutatkoznak-e hígas székek, mert ezek már az otitis szövődményének tekinthetők és atrophiás csecse-

*) Előadatott az Orvosegyesületben 1935. április 6-án.

mőre nézve nagy fontosságúak. Létrejöttükben a felszívódásra kerülő genynek, illetve toxinnak kell nagy jelentőséget tulajdonítanunk.

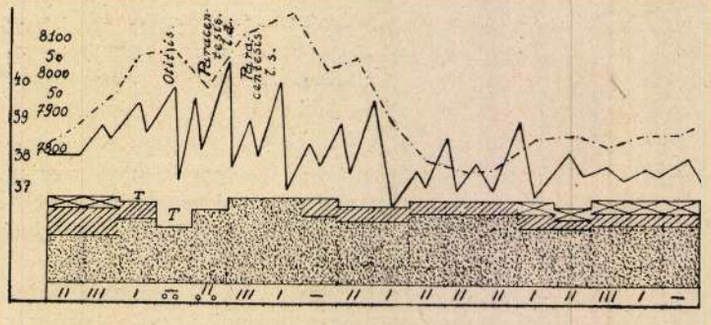
Az otitis szövődményeit belorvosi kezeléssel igyekszünk gyógyítani, de a fület sem szabad elhanyagolni. De rendesen az otitises complicatiók javulásával javul a fülfolyamat is. A gyógyulás csak a két componens (egyik a fül, másik az otitis bántalmazta szervezet) javulásával remélhető s e két tényezőt egymástól elválasztani alig lehet. Lássuk egy atrophiás csecsemő grafikonjának változását otitis kapcsán.



II. ábra: Sz. M. 3 hónapos. Atrophia + otitis.

Az otitis okozta nagyobb súlyesés — mely sokszor végzetes is lehet egy ilyen atrophiás csecsemőre — talán néhány hét lassú munkáját teszi tönkre 1—2 nap alatt. Súlyosabb esetben, főleg ha fiatalabb a csecsemő, vissza kell térni a női tej táplálásra. Ezen idő alatt a különben is érzékeny tűrőképességű csecsemő tolerantiája megszűkül. A jelentkező hányás ellen is nehezebben küzdünk, gyomormosást és éheztetést csak súlyos állapotú csecsemőn vitetünk végbe, tudva, hogy a betegség parenteralis eredetű. Még nehezebb a helyzetünk, ha gyakori híg-vizes székek támadnak. Ilyen esetekben, ha a folyadékveszteség nagyobbmérvű: infusiók, transfusiók útján igyekszünk azt pótolni. Látjuk tehát, hogy mennyire súlyosbbodik a kórkép és fokozódik az orvosi felelősség, ha az otitis simplex atrophiás csecsemőn fejlődik.

Hasonlóképen más grafikont mutat egy gümőkóros csecsemő otitis simplex-sze.



III. ábra: K. E. 9 hónapos. Tbc. infectió + otitis.

Ezen a képen a lázgörbe mutat feltünő különbséget. Hosszú ideig tartó 39—40° körüli hőmérséklet. A súlygörbe kezdetben a lázas állapot alatt emelkedő (lazán kötött folyadék), amit azonban a csecsemő a reparatiós szakban egészben lead és csak később lassan kezdődik ismét az egyenletes súlygyarapodás.

Látjuk tehát, milyen különböző befolyással lehet az otitis simplex a csecsemő általános állapotára, ha a csecsemő már valami chronikus betegségben szenved. Sokszor a kezelőorvosnak sincs tudomása e chronikus betegségről (ambulantiákon) és csak ilyen közbejövő heveny betegség, illetve azok súlyosabb formában való jelentkezése hívja fel rá a figyelmet.

A kisérő tünetek két csoportba oszthatók aszerint, hogy a légutak hurutja uralkodik-e a kórképen (az otitis grippalis alakja, bronchalis, respiratorikus alak), vagy pedig a gyomor-, bélhuzam részéről mutatkoznak a kisérő tünetek (otitis gastrointestinalis alak). A csoportosítás kissé erőltetettnek látszik, a gyakorlatban azonban beválik. E két tünetcsoport persze sokszor egybefolyhat.

Női tejen táplált csecsemőkön, ahol az alimentaris factor kikapcsolható, jól láthatjuk e két alak megnyilvánulását.

H. M. 4 hónapos, 5600 gr. súlyú fiucsecsemő (dajka gyermek) jó tonus, turgor. Wa, R: ϕ Mantoux: ∘ 5-ször szopik napjában. Vizelet: ϕ. Pár nap óta lázas. Angina, tüdő felett negativ lelet. Otoscopiai lelet: mérsékelten belövelt dobhártya. Széke: rendben. Súlyban emelkedik. Két nap mulva határozott otitis, paracentesisre véres savós váladék ürül. Erősen belövelt torok, adenoiditis, tracheobronchitis. (Tüdöröntgen: negativ.) Napi két rendes szék. Étvágya változatlan. Itt tehát az otitisnek inkább grippés alakját látjuk, változatlan étvágy és jó székek mellett, hányás nélkül.

K. T. 3 hónapos fiucsecsemő, (dajka gyermek), 4200 gr. 3½ óránként szopik. Jó tónus, turgor. Wa. R: ϕ, Mantoux: ϕ, Vizelet tiszta. Pár napja lázas. Mérsékelten belövelt torok, 3 ízben hányt, súlyban 100 gr-ot esett, napi 3—4 zöldes, vizes, nyálkás szék. Dobhártyája belövelt. 2 nap mulva torka tiszta, kétségtelen otitis, (paracentesisre véres, savós váladék). Tüdőlehet negativ. Súlyban ismét esett 100 gr-ot, napi 2—3 hányás. Széke 4—5-ször naponta, zöldes-nyálkás. Öt-hat nap mulva széke minden beavatkozás nélkül megjavult. Füle két hétig folyt, (genyes fülfolyás.) Ebben az esetben az otitis simplexnek inkább a gastrointestinalis alakját szemlélhetjük a felsőlégutak hurutja nélkül.

A két eset kísérő tünetcsoportja jól elválasztható; megnyilvánulásukban több szempont játszhat szerepet. Egyik volna a constitutio; így az exsudativ, pastosus, gastroenteropatha csecsemők inkább az otitis enteralis alakjára hajlamosak, míg a lymphatikus constitutiójú csecsemők inkább a grippalis alakra. De szerepelhet a fertőzés milyensége is (pneumococcus, influenza, strepto-, staphylococcus, ritkán coli). A fertőzés útját mindkét alakban kivétel nélkül tubaris eredetűnek kell tartanunk. A szájgaratűr gyulladása per continuitatem ráterjed a tubára és ezen keresztül bejut a dobüregbe; vagy pedig váladék (orr-, garatür, bronchus) jut be a tubán keresztül a középfülbe. Élettani tevékenységek alatt is (sírás, nyelés, köhögés, tüsszentés) az orr-, garatürben lévő levegő vagy folyadék nyomás alá kerül, ezen fokozott nyomás pedig a rendes körülmények között lazán összefüggő tuba nyálkahártyáit széjjelválasztja s így szabad lesz az út a középfül felé.

A grippés alak esetében tehát könnyen elképzelhető, hogy ezen hurutos, gyulladásos gyűrűbe (pharynx, larynx, trachea) belekerül a catarrhus cavi tympani folytán a középfül is.

A gastrointestinalis alakban szintén a tubaris utat kell elfogadnunk, mert haematogen terjedés csecsemők közt ritka. Itt a felső béltractusból, illetve gyomorból hányás útján felhozott váladék kerül a tubán keresztül a dobüregbe.

Csecsemők tubaris fertőzésre hajlanak már az anatomiai viszonyok miatt is. A tubának rövidebb és szélesebb beszájadzása az orrgaratűrbe (ostium pharyngeum tubae), viszont a dobüregi beszájadzása (ostium tympanici tubae) a dobüreg elülső és felső falán magasabb és így nem alkalmas folyadék, illetve niveau kiegyenlítésre. Ezen én anatomiai viszonyok mellett sokszor szerepelnek fejlődési rendellenességek is. Csecsemők közt gyakori, hogy a

dobüreg nyálkahártyája megtartotta embrionalis jellegét, illetve sejtjeinek erős duzzadó képessége folytán az üreget kitölti. Ezen myxomatosus szövetben a gyulladás, illetve fertőzés sokkal gyorsabban terjedhet tovább és sok esetben a bakteriumoknak jó táptalajul szolgálhat.

A grippalis és gastrointestinalis alakot ezen két dajkacsecsemőn óhajtottam bemutatni; mindkét alakban a fertőzés útját is végig kísértük. Nem szabad azonban ezen gastrointestinalis alakot összetévesztenünk az otitis kapcsán támadó enteralis szövődménnyel, melyet toxikus hatásnak kell tartanunk.

Otitises complicatio előfordulhat a bronchiolitis, bronchopneumonia, empyema (morbili, pertussis), meningitis, infectiosus enteritis kapcsán.

Bronchopneumoniában akár egyidejüleg, akár később az oldódás szakában támad otitis, a kórképet mindenképen súlyosbbítja. Ilyen esetekben, ahol fontosnak tartjuk a fül naponta történő ellenőrzését, a paracentesissel ne késlekedjünk. Már kezdődő otitis tünetei esetén is végezzük el. Természetesen a pneumonia orvoslása a fő és a fül ellenőrzésén és tisztántartásán kivül az otitis döntő fontosságú csak akkor lesz, ha toxikus tünetek mutatkoznak. Ilyenkor minden vizsgálatot el kell végeznünk, hogy e súlyosbbodás (toxikus állapot) okát kiderítsük. Ismételt tüdőröntgen, szükség esetén mellkas csapolás (interlobalis exsudatum?), lumbalpunctio (enkephalitis, meningitis?), vizeletvizsgálat (pyelitis, tályog?), elektrokardiogramm (myokarditis, keringési elégtelenség). S ha mind a physikalis, mind a chemiai vizsgálatok negativ eredménynyel járnak, viszont az otitises tünetek súlyosbbodnak, antronomiát kell javalnunk. Ilyen esetekben fel kell tételeznünk, hogy az antrumból megindul a genyfelszívódás és a szervezetet toxinok árasztják el. Ha a bronchopneumonia könnyebb lefolyást mutat, de amellett a láz magas és mindkét fül erősen genyed, csupán a láz miatt újabb paracentesist vagy antrotomiát ne végezzünk, ha pillanatnyilag a láz okát nem tudjuk is a tüdőlelettel megmagyarázni. Hasonló a helyzet pneumonia, bronchiolitis esetén is. Empyemával kapcsolatosan helyzetünk csak akkor nehéz, ha toxikus állapot támad; erre közleményem második részében óhajtok kitérni. Meningitis kapcsán fontos a bakteriologiai lelet, meningococcus, tbc. esetében a fülre nézve teendőnk nincs. De ha csak gyanu is van otogen eredetre, akár serosus, akár purulens meningitis esetében, azonnali műtét javalt; sinus feltárás, dura decorticatio, esetleg punctio (tályog?).

Infectiosus enteritisben, míg toxikus tünetek nincsenek, a fül ellenőrzendő csupán (toxikus tünetek esetében az enteralis tényező zárandó ki teljes bizonyossággal).

Csecsemőkori pertussis, morbili esetén a halálozási százalék magas s az otitis csak súlyosbítja az állapotot. Ezen irányban tapasztalatunk nincs, mert ilyen osztály nem áll rendelkezésünkre.

Az otitis lefolyhat acut, subacut és chronikus alakban. Az *acut* otitis simplex egészséges csecsemőkön, mint az első ábrán láttuk, pár nap alatt lezajlik, a savós, néha genyes fülfolyás rövid idő alatt elmúlik.

A *subacut* lefolyást egyrészt olyan csecsemőkön látjuk, akik valami más chronikus betegségben szenvednek (atrophia, gümős fertőzöttség), másrészt, ha az otitis egyéb betegségekhez társult (bronchopneumonia, morbilli stb.). Ilyen esetekben a láz elhúzódik, a fülfolyás időnként erősebb, máskor meg elakad, úgy hogy sokszor ismételt paracentesis válhat szükségessé.

A *chronikus* lefolyás okát, feltéve, ha a fül részéről súlyosabb elváltozás (antrum empyema, mastoiditis) nem szerepel, szintén a csecsemő általános állapotában, esetleg leromlottságában kell keresnünk. Egy leromlott csecsemő genyes fülfolyása heteken keresztül fennállhat és kétségtelen, hogy ezen hosszú időn keresztül tartó fülfolyás, illetve dobüregbeli genytermelésből a beteg nyálkahártyáján keresztül geny szívódik fel a szervezetbe. Ezen meggondolás alapján hosszú (8—10 hét) fülgenyedések esetében, ha a szervezetben más gócbetegség kizárható s a folyás a kezelés ellenére sem csökken, ajánlhatjuk az antrotomiát. Ilyen chronikus otitisnek említésre méltó esetét kívánom részletesebben leírni.

Sz. I. 3 hónapos csecsemőt azzal a panasszal hozzák rendelésre, hogy súlyban nem gyarapszik, időnként hány. A 3 hónapos csecsemő háromizben volt más-más kórházakban megfigyelés alatt. Kórházi tartózkodása alatt súlyban alig gyarapodott. Mivel anyja szoptatni nem tudta, (gyermekágyi láz, thrombosis, sepsis) a legkülönfélébb táplálékokkal igyekeztek eredményt elérni, (női tej, vegyes táplálás, tisztán mesterséges táplálás sőt, vajlevessel is megpróbálkoztak). A 4200 gr. születési súlyú csecsemő 3 hónapos korában 3500 gr. Subfebrilis, tonusa, turgora csökkent. Wa. R: neg, Pirquet r.: neg. Vizelet tiszta, Mellkasröntgen: ϕ. Otoscopiai vizsgálat: a külső hallójárat fala mérsékelten macerált, kitörölve kevés, büzös váladékot kapunk. Mindkét dobhártyán élesszélű perforatiós nyilás látható, melyből síráskor kevés, sűrű genyes váladék ürül. A dobhártya megvastagodott, sárgás-fehéren elszineződött, s jelentékenyen macerált. Szülei szerint 10 napos korában füléből kevés váladék ürült, de ennek jelentőséget nem tulajdonítottak. Az egyik kórház kórtörténetében szerepel csupán néhány napig észlelt fülfolyása. A csecsemőt felvettük klinikánkra és 10 napon keresztül igyekeztünk súlyát kizárólag női tej táplálással gyarapítani. Minthogy ez sikerrel nem járt, sőt a csecsemő fogyott is, s emellett otitise is fennállott, egyoldali (jobb oldali) antrotomiát végeztünk. Utána a különben subfebrilis csecsemő lázas lett, majd néhány nap mulva lázatlan és súlya gyarapadásnak indult. Három hét alatt 400 gr-ot hizott. Baloldali otitise némiképen javult, de fülfolyása megmaradt. Három hét mulva egyhe hurutos, (grippés) infection ment át, s egyidejüleg fülfolyása erősbbödött, súlyban pedig megállt. Három hétig türelmesen vártuk súlygyarapodásának megindulását, illetve a fülfolyás javulását. Miután ez nem következett be, elvégeztük a balodlali antrotomiát is. Mütét után 4 nappal a különben változatlan étvágyú csecsemő hízni kezdett. Három hónap mulva (6 hónapos korában) súlya 5000 gr. 9 hónapos korában pedig 7400 gr. A csecsemőnek észlelésünk ideje alatt, míg nyálkás székei nem voltak. Az első 3 hét alatt tisztán női tejet, később vegyes táplálékot (női táplálék + ⅔ tejhigítás) egyforma szívesen fogyasztott.

Ez az eset is bizonyítja, hogy egy chronikus otitis milyen ártalmas hatással lehet a csecsemő fejlődésére, sőt mint esetünkben is, dystrophiához vezethet. A súlygyarapodás, a legkülönfélébb táplálási kisérletek ellenére, eredménytelen maradt, s csak a kétoldali antrotomia után indult meg.

A csecsemő mindkét műtétet jól birta, pár napig volt csupán lázas. Műtétkor mindkét oldalt gennyel telt antrumot találtunk, a mastoidealis sejtek is gennyel teltek, A sebek jobboldalt 5 hét, baloldalt 4 hét alatt primán gyógyultak. Ez az eset is mutatja, hogy a csecsemő általános vizsgálatához az otologiai vizsgálat mulhatatlanul szükséges.

Dystrophiás csecsemő dystrophiájának okát kutatva (lues, gümőkór stb.) mindig gondolnunk kell lappangó otitisre. Az előzmény felvételekor az anyákat efelől részletesen kérdezzük ki. Az előbb említett esetben feltételezhető, hogy a csecsemő már szülés közben fertőződött, azaz jutott be fertőzött váladék a tubán keresztül dobüregébe.

Otitis simplex esetében, midőn az otologiai lelet positiv (fényevesztett, belövelt dobhártya), de még erősebb elődomborodás nincs s az általános tünetek (magas láz, nyugtalanság, fájdalmas, megszakított szopás) határozottak, elvégezzük a paracentesist, mert azt tapasztaltuk,

hogy utána az általános tünetek ereje csökken és a csecsemő megnyugszik. Paracentesis kedvező hatását észleljük olyan esetekben is, midőn a dobhártya felszúrásakor csak kevés véres savó ürül. Ha azonban az általános tünetek nem jelentékenyek, positiv otologiai lelet esetén is előbb conservativ orvoslással próbálkozunk (carbol-glycerin, otalgan). Külsőleg borogatást, párakötést alkalmazunk. Ha a dobhártya szembetűnően elődomborodik s retentio feltételezhető, a paracentesist még általános tünetek hiányában is elvégezzük.

A paracentesist veszélytelen beavatkozásnak tartjuk s az előbb említett esetekben ajánljuk.

Paracentesis után a csecsemőt néhány órán keresztül pihentetjük (esetleg szopás kihagyás), nyugtalanabb csecsemőnek 1—2 szem sevenalettát (0.015 g) rendelünk. Bő váladék esetén a vattát gyakran cseréltetjük s a külső hallójáratot a genytől bórvizes kifecskendezéssel tisztogatjuk. A fülkagylót, illetve a bőrt vékonyan megvaselinezzük, hogy a geny föl ne marhassa. Az általános tünetek csökkentésére lázcsökkentő, esetleg megnyugtató szert rendelünk. Ha paracentesis után a láz nem csökken, ellenben a fülből váladék bőven ürül, a láz miatt ismételt paracentesist, illetve tágítást nem végzünk. Ujabb paracentesist csak jelentősebb retentiós tünetek javallhatnak.

Ha az otitist akár grippés, akár enteralis tünetek kísérik, a gyógyítás szorosan összekapcsolódik a belorvosi kezeléssel. A paracentesis indicatióját ugyanazok a feltételek adják meg, mint az otitis simplex esetében, de itt természetesen a lázgörbe, illetve súlygörbe javulására döntő befolyással nem lehet, mert itt több kóros componens szerepel. A fülgenyedés csökkentését és általában a fül-lelet javulását csak az általános állapot, illetve a kísérő betegségek javulásával vagy rendszerint javulása után láthatjuk.

A paracentesisre távozó geny bakteriologiai vizsgálata némi prognostikai felvilágosítást ad ugyan (streptococcus mucosus általában hosszabb ideig genyeszt, staphylo-pneumococcus rövidebb ideig), de csak nagy általánosságban.

Ha a kísérő tünetek, illetve betegségek lezajlása után az otitis gyógyuló hajlamot nem mutat, a fülfolyás változatlanul bő, megpróbálkozhatunk az egész testre kiterjedő quarz kezeléssel. Helyi (fül) quarzkezeléstől csecsemőkorban eredményt nem láttunk. Ilyen subacut, majd lassan chronikussá váló otitisek esetén, ha a csecsemő általános állapota javulást mutat, megmaradunk a conservativ kezelés mellett. Naponta 2—3-szori kifecskendezés mellett megpróbáljuk a bórpor, bisteril por befúvását, mucosus geny esetében (streptococcus mucosus) mucidan alkalmazását. Ha az otitis kifejlődése és lezajlása szemünk előtt történt s kezelésünk ellenére megy át chronikus alakba, közben a csecsemő általános állapota fokozatosan romlik, szóbajön az antrotomia. Rendesen 6—8 hetet várunk s ha javulásra semmi remény, csak akkor végezzük el a műtétet. Mindkét oldali otitis esetében is előbb csak egyoldali antrotomiát végzünk. A műtét kedvező hatását körülbelül egy hét mulva látjuk, amikor a csecsemő javulásnak indul, de sok esetben kedvező a másik fülre is, amely azután 2—3 hét mulva conservativ kezelésre meggyógyul.

Ha a műtét utáni javulás csak átmeneti (2—3 hét) s a másik fül állapota változatlan, 3—4 hét mulva elvégezzük a másik oldali antrotomiát is.

Az ilyen chronikus otitisek miatt végzett antrotomiát a csecsemők jól tűrik. A műtét napján s utána pár napig az addig subfebrilis csecsemő néha magas lázzal reagál, amit többé-kevésbbé elhatárolt genyes góc megbolygatásával (geny felszívódásával) magyarázhatunk. Műtét után, amelyet rendesen helyi érzéstelenítésben végzünk (csak nagyobb, 10—12 hónapos csecsemőt felületes aethernarcosisban), 6 órát koplaltatjuk a csecsemőt teadiaetán, s utána az azelőtti táplálék óvatos adagolásával kezdjük el a táplálást.

Egyszerre kétoldali műtétet nem szívesen végzünk, mert némely esetben hyperpyrexiát láttunk a műtét utáni 6—12 órában, amit esetleg eklampsiás görcs követhet. Az egyidejű kétoldali műtét ellen szól az a tapasztalat is, hogy egyoldali műtét után a csecsemő gyors javulásnak indulhat és ilyen esetben másik oldali otitise conservativ úton is gyógyul. Lehetőleg kis metszésre törekszünk, a sebeket nem varrjuk, s ügyelünk a tökéletes vérzéscsillapításra. A sebüreget műtét után feszesre tömjük, utána kötözés másodnaponként száraz tamponcserével. Ilyen esetekben a gyógyulás ideje 4—6 hét. Sipolyképződés ritka.

Ilyen chronikus otitis javalata alapján 24 esetben végeztünk műtétet, egyetlen csecsemő sem pusztult el.

Az ovarialis asthma bronchialeról.

Irta: *Pásztor Mihály dr.* nőgyógyász és szülész.

Cheran azon régi mondását, hogy: „propter solum ovarium mulier est, quod est", *Aschner* a mai felfogásnak megfelelően így módosítja: „Ob ein bestimmtes weibliches Individuum ein Vollweib, Mannweib oder Kindweib wird, verdankt es hauptsächlich der Leitungsfähigkeit seines Ovariums". Mig a kifogástalanul működő petefészek tehát a teljes nő, a Vollweib typus kifejlődését eredményezi, addig a hiányosan vagy rosszul működő ovarium fejlődési anomaliákhoz, infantilismushoz, virilismushoz vezet és különböző kóros folyamatoknak lehet közvetlenül, vagy közvetve okozója. Igy a petefészek dysfunctójával hozható oki összefüggésbe sok esetben az asthmás állapot is .

Az asthma bronchiale, mint a vegetativ idegrendszer egyik neurosisa azok közé a betegségek közé tartozik, amelyeket az okok sokfélesége jellemez a tünetek egyformaságával szemben. A roham mechanismusát illetőleg általánosságban elfogadottnak tekinthető a *Biermertől* és *Heinrich Curschmanntól* származó bronchospasmus elmélet. A bronchostenosis létrejöttében a légző tractus, különösen a bronchiolusok sima izomzatának hypertoniája, az edények és a szív hypotoniája, a fokozott bronchus elválasztás és a bronchus nyálkahártya bővérűsége játszanak szerepet.

Általában disponáló és kiváltó okokat különböztetünk meg. *Morawitz* megállapítása szerint az alapok a légzési központ vagy a központi idegrendszer egyes részeinek abnormis állapota. Ez az állapot veleszületett és örökölhető. A roham azáltal keletkezik, hogy ezen központhoz centripetalis pályák útján bizonyos izgalmak áramlanak, mint kiváltó faktorok, amelyek annyira számosak és különfélék lehetnek. Ismeretesek a psychikus, klimatikus, anaphylaxiás tényezők; különböző orrbetegségekhez, továbbá hörghuruthoz ,szamárhuruthoz, gyomor- és bélbetegségekhez társulhat asthma bronchiale.

Fontos kóroktani jelentőséget tulajdonítanak a belső secretiós szerveknek is. *Hans Curschmann* fontos szerepet tulajdonít a pajzsmirigy, a mellékpajzsmirigy, valamint a nemi szervek, nevezetesen a petefészek működése megváltozásának. Két, asthmával párosult Basedowos betegén azt találta, hogy a pajzsmirigy secretuma vagonotizálólag hatott. Egy betegén asthmás tünetek mellett jelen voltak a Chvostek és Erb fenomének, valamint a a végtagokon tetaniás tünetek, melyek kétségtelenül az asthma parathyreogen eredetére mutatnak. A thymogen asthmát kétségesnek tartja. A mellékvese megváltozott működése, úgy

a hyper-, mint a hypofunctio nem hozható oki összefüggésbe az asthmával.

A kutatók az asthma esetek tekintélyes részét anaphylaxiás megbetegedésnek tekintik, ezért figyelemreméltók *Hajós**) exakt kisérletei, melyeket lósavóval sensibilizált tengerimalacokon végzett különböző belső secretiós mirigyek kivonatainak az anaphylaxiás shokra gyakorolt hatására vonatkozólg. Megállapítása szerint sensibilizált szervezet inkább sympathicotoniás állapotban van, míg a reinjectio után az anaphylaxiás tünetek felléptekor a vagus tonusának fokozódása lép előtérbe. Hajós megfigyelése szerint a *kisérleti* anaphylaxia tünetével szemben az érzékenységet fokozza a pajzsmirigy és pancreas, csökkenti a mellékvese, a mellékpajzsmirigy, a hypophysis hátsó lebenye és nem befolyásolják az ivarmirigyek, corpus luteum és a hypophysis elülső lebenye. Mig a *klinikai* anaphylaxiás és idiosyncrasiás tünetekkel szemben a hyperthyreodismus, insulin, thymus a női ivarmirigyek functióváltozása fokozza, az adrenalin, a hypophysis hátsó lebenye, a mellékpajzsmirigy, a myxoedema csökkenti, a hypophysis elülső lebenye pedig nem befolyásolja az érzékenységet.

A légzőszervek és a női nemzőapparátus beidegzéséből is könnyen elképzelhetők a két szerv egymásra gyakorolt kölcsönhatása.. Hogy az asthmás rohamok és az ivarszervek megváltozott vagy kóros functiója oki összefüggésbe hozható, arról az irodalomban számtalan közleményt találunk. A közlemények túlnyomó része a női ivarszervekre vonatkoznak, történik azonban utalás a férfi genitalis apparatussal kapcsolatra is. Igy *Strominger* egy 32 éves férfi asthmarohamáról számol be, mely roham minden cohabitatio után jelentkezett és átlag három napig tartott. Ami a női genitaliák és az asthma oki kapcsolatát illeti, sok szó esik az asthma uterinumról, mely úgy látszik gyüjtőnév akar lenni és felöleli az egész nemzőapparatussal kapcsolatba hozható eseteket. Már pedig különbséget kell tennünk a méh helyzetváltozásából vagy a méh és függelékeinek megbetegedéséből adódó reflexneurosis és a petefészek megváltozott működése, vagy éppen dysfunctiója révén kiváltott, tehát hormonalis zavarokon alapuló asthma bronchiale között. Az előbbinek több helyen idézett példája *Chrobak* egyik esete, amikor asthmában szenvedő betegén a retroflectált méh fölemelésével sikerült megszüntetni a rohamokat. *Brügelman* gyakorinak tartja az asthma uterinumot. *Siegel* tartózkodóan nyilatkozik és a helyi genitalis kezelést suggestiv erejűnek tartja.

A női nemi élet különböző fázisaival, a menstruatióval, a terhességgel és klimaxszal kapcsolatos asthmaeseteket általában a petefészek megváltozott működése folyományaként tekintik. A szerzők felfogása azonban ebben a tekintetben sem egységes. *Aschner* szerint a légzőközpont functiózavarában a petefészek megváltozott működése nem játszik szerepet. *Novak* véleménye szerint az asthma és a genitalek közötti összefüggések publikálásakor sok súlyt helyeznek az incretorikus és keveset a psychés factorokra, pedig szerinte az incretorikus és exogen ok ártalmas behatása mellé a psyche lényeges befolyása is társul, az asthma keletkezésére és lefolyására nézve. *Louros* terhesekén eszközölt kisérletei, melyeket *Dresel* eljárása szerint végzett, azt igazolták, hogy terhességben a vegetativ idegrendszer egyensúlya megváltozik: terhességi vagotonia lép fel.

A terhességgel kapcsolatos asthmát *Schneider* astmopathia gravidarumnak nevezi és a terhességi toxicosis egy neményének tartja. *Schpoliansky* a terhességi asthmát a spasmophil diathesis egyik formájának tekinti. Ebbe a csoportba sorolja a hyperemesist, a tetania gravidarumot is, melyek a mellékpajzsmirigy lappangó elgételenségének következményei. Az elégtelenül működő parathyreoidea calciumhiányt okoz és ezen hiány következtében áll be az izomzat és a periferiás idegrendszer ingerlékenységének fokozódása. Ha az ingerlékenység fokozódása a mozgatóidegekre terjed ki, tetania, ha az autonom idegrendszerre, főleg a n. vagus pylorusbeli ágaira terjed ki, hyperemesis áll elő, a vagus bronchialis ágai tonusának emelkedése asthma bronchialét vált ki.

Az irodalmi közlésekből azt látjuk, hogy a terhesség legtöbb esetben kiváltja a rohamokat, a már meglévő asthmás állapotot pedig legtöbbször kedvezőtlenül befolyásolja. Csak elvétve fordul elő, hogy a terhesség kedvezően befolyásolja a meglévő asthmás állapotot, amint azt *Williamsonnak, Pleyernek* és *Spieglernek* is alkama volt megfigyelnie.

Spiegler egy esetében a magaslati napfénykúra után meggyogyult asszony terhessége alatt ismét rohamokat kapott a VI-ik hónapig, majd a terhesség végig rohammentes volt. *Spiegler* ennek okát a szervezet miliő megváltozásában látja, mely legalább is a terhesség második felére nezve jellemző és typikus. *Wiechmann* ezzel kapcsolatban megjegyzi, hogy az anyagcsere alkalikus oldalra való eltolódása asthma eseteben lényeges szerepet játszhatik. *Wiechmann* és *Paal* állították fel azt a tételt, hogy az asthmarohamot explosioszerűen fellépő és hirtelen lezajló alkalikus állapotok idézik elő. Mivel pedig az anyagcsere a terhesség utolsó hónapjaiban a savanyú oldalra tolódik, szüneteinek az asthmás rohamok. A szerzők legnagyobb része azonban, így *Seitz, Sauter, Barsony Jenő, Rio, Kaminer, Croom, Manscalco* és mások eseteket közölnek, amelyekben a terhesség mint kiváltó momentum szerepelt.

Az amerikai *Bradford Green* egyik dolgozatában azt a különös megállapítást tette, hogy vannak esetek, amikor az asthmas rohamok csak a hímnemű, vagy csak a nőnemű foetussal való gestatio alatt jelentkeznek, Ezt egyébként megerősítik *Williamson* adatai is, aki azt tapasztalta, hogy asthmás gravidáinak a nemek szerint könnyű, vagy nehéz terhességük volt.

A következőkben két esetemről kivánok beszámolni, hol a petefészek működése és az asthma közötti causalis kapcsolat kétségkívül megállapítható.

V. Gy.-né 40 éves, gyengén fejlett, nagymértékben lesoványodott, sápadt asszony. I. m. 14 é. korában jelentkezett, Közvetlenül az első menses után egy évig menopausa. Négy szülés, egy vetélés. Öt év óta haviverzései igen erősek, 5—7 napig tartanak. Ezen idő óta a menstruáció előtt kb. tiz nappal orrában viszkető érzése van, hamarosan nátha lesz, köhög, rá két nappal rendkivül heves légszomj, fulladás lepi meg és a rohamok oly sürün ismétlődnek, hogy ágyba kényszerül. Amint azonban a vérzés jelentkezik, állapotában némi könnyebbülés áll be, megkezdődik a nagymennyiségü köpet kiürítése és mire a menstruációs vérzés megszünik, elmulnak a fulladással járó kinzó kellemetlenségei is. Ez az állapot minden menstruáció alkalmával úgyszólván órapontossággal megismétlődik, az asszonyt minden hónapban két hétre az ágyhoz köti, oly nagy mértékben legyengíti, hogy a háztartással járó könnyebb munkák elvégzésére is alkalmatlanná lesz. Tüdőbeli betegsége miatt eddig jódot különböző köptetőket, valamint brómot és atropin pilulákat szedett, az erős menstruációs vérzés ellen pedig ergotin cseppeket kapott. Állapota folyton rosszabbodik.

Roham alatt kopogtatással a tüdő térfogatának nagyfokú megnagyobbodása, Biermer-féle dobozhang állapitható meg. Az abszolut szívtompulat eltünt. Hallgatódzáskor sipolás, búgás, füttyhang. Pulzus 110, Temp. normális, Légvételek száma 18. Hogy valódi asthma bronchiale'ról van szó, a fenti megállapításokon kívül igazolja a negativ röntgen-lelet, amelynek alapján egy esetleges sternum mögötti tumor, thymus-, vagy pajzsmirigydaganat kizáható volt. A laboratóriumi vizsgálat a köpetben Curschmann-féle spirálisokat, Charcot-Leyden kristályokat és eosinophil sejteket állapított meg. Qualitativ vérvizsgálat szerint a fehérvérsejtek aránya: polynuclearis

*) Orvosi Hetilap 1926.

neutrophil leucoyta 42%, *eosinophyl* 19%, lymphocyta 37%, mononuclearis és átmeneti 2%.

Genitalis lelet: Ruptura perinei inveterata, descensus vaginae med. grad.; vagina livid elszíneződésü, portio fellazult, külső méhszáj nyitott, Közepes mennyiségü fluor. Méh normálisnál valamivel nagyobb, puha tapintatú, környezete szabad, nem érzékeny.

Az a körülmény, hogy betegemnél a rohamok minden alkalommal csak a hószám idején jelentkeztek, az asthma gen.talis eredetére enged következtetni annyival is inkább, mert az asthmás állapotot megelőző menstruatiós zavarok, az öt év óta tartó hypermenorrhoea, a petefészek működésében beállott hormonegyensúlyzavarra utalnak.

Kezelésében a következőképen jártam el: Tisztáznom kellett elsősorban a túlerős havivérzések okát annyival is inkább, mert egy negyvenéves asszonyról van szó és ez a körülmény is egy próbaméhkaparás mellett szólt. A műtétet 1934 május 14-én végeztem. A nagymennyiségű nyálkahártyából álló kaparék szövettani vizsgálata glandularis hyperplasiát állapított meg a rosszindulatúság jelei nélkül. Egy héttel a műtét után 10%-os jodtinctura 1 cm^3-ének a méhürbe való fecskendezését kezdtem el, mit átlag öt naponként végzve 5 ízben alkalmaztam. A legközelebbi menstruatio június 3-án lett volna esedékes. Ez azonban elmaradt, ellenben május 25-én az asthmás rohamok a régi erősségben összes kínzó tüneteikkel együtt ismét jelentkeztek a már megszokott 2 heti tartammal. Novatropin bőr alá fecskendezésével sikerült a rohamokat valamelyest kupiroznom.

A kezelés második etappja gyanánt, tekintettel a beteg nagyfokú leromlottságára, arseninjectiós kúrát kezdtem meg már csak annak megállapítására is, hogy vajjon ez a kezelés éppúgy, mint a már előbb megejtett abrasio a betegséget suggestiv módon nem befolyásolja-e. Arról kellett azonban meggyőződnöm, hogy a több héten át folytatott arsenkúra a beteg erőbeli állapotán valamit javított ugyan, az asthmás állapot súlyos voltát azonban legkevésbbé sem befolyásolta sem a roboráló eljárás, sem a méhkaparás, mert a következő két menstruatiót megelőzőleg ismét súlyos rohamokat észleltem. Itt meg kell jegyeznem, hogy a méhkaparás óta két izben rendes időben jelentkező menstruatio 3—4 napig tartott közepes bőségü vérzéssel.

Ezek után abból a feltevésből kiindulva, hogy tüszőhormon tulproduction, illetve hiányos corpus luteum hormon képződésen alapuló egyensúlyzavarral állok szemben, a következő cyklus közepén, augusztus 10-én, sárgatestkivonat subcutan adagolását kezdtem meg, naponta 1 gr mirigynek megfelelő fehérje-, toxin- és lipoidmentes készítményt, a vérzés bekövetkeztéig, hat hónapon keresztül, minden hónapban átlagban 12 injectiót. Föltevésemben támpontot nyujtott az a tény, hogy az asthmás rohamok a menstruatiót megelőzőleg mindig arra az időre estek, amikor a sárgatest képződik és a virágzás stádiumában van. Ha pedig hiányos sárgatest-productio van jelen, a tüszőhormon vagotonisáló hatása fokozottabb mértékben érvényesülhet, az elégtelen mértékben képződő luteumhormon nem képes hatását ellensúlyozni. Ennélfogva elképzelhető, hogy az arra disponált individuumnál asthmás rohamok léphetnek fel. A hiányos corpus luteum mellett szólnak esetünkben egyébként az erős vérzésekkel járó mensesek is, melyek ugyan közvetlenül méhkaparás után intensitasukból valamelyest veszítettek, nyilván a hyperplasiás nyálkahártya kitakarítása és az azt követő kezelés következtében.

A hiányos luteinképződésre alapított elgondolásaimat igazolta az alkalmazott substitutiós therapia gyors és meglepő eredménye. Már a második sorozat injectio adásakor, amit szeptember 12-én kezdtem meg, constatáltam, hogy a szeptember 25-én bekövetkezett hószám előtti időszak a betegre nézve sokkal enyhébben folyt le. A roham periodusa mindössze 7 napig tartott, a rohamok ritkábbak lettek és intensitasukból a multhoz képest igen sokat veszítettek. A következő cyklusban a várt rohamok teljesen elmaradtak és azóta — már több mint egy éve — többé nem is jelenkeztek, eltekintve attól, hogy néhány ízben fulladásszerű szorongó érzés lépett fel különösen a praemenstruumban és főleg psychikus behatásokra. Ezek a kellemetlenségek azonban rohamjelleget sohasem öltöttek, a beteget munkája végzésében nem akadályozták és bróm, valamint atropin adása után gyorsan elmultak. Megjegyzem még, hogy a hormonkezelés folyamán nyálkaoldószereken, ipekakuanhán és jódon kívül egyéb medicatiótól tartózkodtam, nehogy a kezelés és az eredmény helyes megítélésében zavarjon.

Ezen esetem és a kezeléssel elért kitünő eredmény igazolja *Adler* és más szerzők azon megállapítását, hogy az érő folliculus hormonja a vagustonust fokozza, míg a corpus luteum hormonja a sympathicus tonusát emeli. Tüszőhormon túlproduction, illetve corpus luteum hormon hiányos képződésén alapuló asthmás állapotokban tehát a luteintherapia helyénvaló. Hans *Curschmann* constatálta, hogy az asthma, miként egyéb visceralis reurosis is, a menstruatiós typust követheti és a rohamokat az ovarium fokozottabb vagotonisáló hatásának tulajdonítja. *Weinberger, Offregeld* saját tapasztalataikból feltételezik, hogy a női nemiszervek hormonalis folyamatai az asthmával vonatkozásba hozhatók. A corpus luteum *Offergeld* szerint csak akkor hatásos, ha az ovarium hyperfunctiója és az időbeli összefüggés kimutatható.

S. F.-né 48 é, I. M, 15 é. korában, azóta 28 naponként 5—6 napig, közepes erősséggel, görcsök nélkül. Két abortus utána ereti gyermeket szült. A gyermekágyban lázas lett. A 3 heti lázas állapot után jobb oldali petefészek daganatot állapítottak meg. Mivel az ajánlott felszívó kezelés eredményre nem vezetett, 1922-ben hasmütétnek vetette alá magát, mely alkalommal a daganatot eltávolították. Mütét után mensesei rendben folytak. 1931-ben vérzései ritkábban jelentkeznek és ezzel egyidőben gyakran, főleg az elmaradt menstruációk idején kínzó légszomjat érez, mely a megfulladásig fokozódik. Családjában asthmáról nem tud. Az eddigi gyógykezelések nem jártak eredménnyel.

1932 június 14-én került kezelésembe, amikor egy rendkivül heves rohamot észleltem. Igen erös dyspnoe, alig tud beszélni, cyanozis, halálfélelem. Légvételek száma percenként 24. Temp. 37.3. Pulzus 108, Mellkas belégző állásban, légzéskor alig tágul. Tüdőhatárok: elül a bordaiv, hátul a scapularis vonalban a 11-ik borda alsó széle. Az absolut szívtompulat eltünt. Tüdők felett doboz-hang, hallgatódzáskor sípolás, búgás, füttyhang. Szívhangok tiszták, pulmonaris II. kissé ékelt, Vérnyomás 140 higanymm. Fokozott patellarisreflex és élénkebb dermographismus. Rendes nagyságú méh anteflexioban kissé jobbrahelyezve, jobb parametrium megrövidült, nem érzékeny, baloldal szabad.

A fenti tünetek, valamint az eosinophilia, a Curschmann-féle spiralisok és a Charcot-Leyden kristályok kétségtelenné teszik az *asthma bronchale* diagnosisát. Abból, hogy a tünetek a kezdődő klimax idején keletkeztek, az asthma keletkezése és az ovarium hiányos működése közötti összefüggésre lehet következtetni. Ez a feltevés ugyan ellentétben áll többek közt *Aschner* felfogásával, aki a kifogástalanul működő ovariumot vagotonisáló mirigynek mondja, a climaxos zavarokat pedig a vagus tonus csökkenésének, illetőleg a sympathikus tonus emelkedésének tulajdonítja. *Curschmann* szerint ez nem találó, mert hiszen, amint ő *Schickelevel* szemben megállapította, pl. az adrenalinérzékenység climaxos neurosisokban nem gyakori, sőt ritka jelenség. Ugyanígy van ez más sympahticotoniás tünetekkel is, melyek egyszer jelen vannak,

máskor hiányoznak. A vagotoniás és sympathicotoniás tünetek együttes előfordulását *Curschmann* heterotoniának nevezte el. Ezen az alapon könnyen elképzelhető a molimina climacterica gyüjtőnév alatt szereplő tünetek: mint a vasomotoros zavarok, szédülés, hevülések, szívdobogás és az asthma bronchale együttes előfordulása. Az elmondottak alapján a climaxban fellépő asthma bronchiale is oly hormonalis zavar következményeként tekinthető, melynek elsődleges oka a petefészek hiányos működése.

A kezelést illetőleg erélyes organotherapia látszott célravezetőnek. Ezért három hónapon keresztül minden második nap a Richter-féle *glanduovin forte* nevű készítményből adtam 2 köbcentimétert bőr alá. Az eredménnyel nagyon meg voltam elégedve, mert a kezelés alatt egyetlen egy roham sem jelentkezett és a beteg azóta is — immár több mint három éve — teljesen tünet- és panaszmentes.

Számos asthmakutató *(Hajós, Curschmann)* hangsúlyozza, hogy minden egyes asthmás beteg külön megfejtésre váró probléma. Igy csak alapos megfigyelés és megfontolás után vonhatunk le helyes következtetést a sematisálást kizáró, individualis kezelésre.

Összefoglalva az elmondottakat megállapíthatjuk, hogy a bronchialis asthma a női ivarszervekkel oki összefüggésbe hozható. A terhességhez és a menstruatióhoz csatlakozó rohamokat minden valószínűség szerint a tüszőhormon, a folliculin vagotonisáló hatása váltja ki. A climaxban jelentkező asthma pedig oly hormonalis zavar következménye, melynek elsődleges oka a petefészek működésének kiesése. A menstruatióhoz csatlakozó és tüszőhormon túlproductión alapuló asthmás állapot okszerű kezelésére a corpus luteum kivalóan alkalmas. A climaxban jelentkező asthma kezelésére petefészek-kivonat hoz jó eredményt a tüneti kezelés mellett.

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

A liquor sav-basis egyensúlya meningitis tuberculosában.*

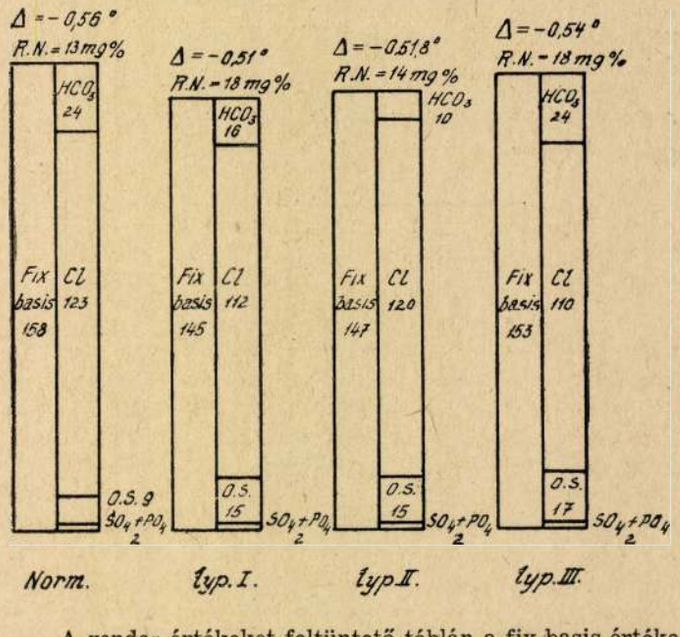
Irta: *Wollek Béla dr.* és *Kulcsár Margit dr.*

Ismeretes, hogy a meningitis tuberculosában a liquorban jelentékeny chemiai elváltozások találhatók, melyek kórjelző jelentőségűek. Számosan kimutatták, hogy meningitis tuberculosában a liquor chlorja csökken. *Benoliel* szerint a chlorcsökkenés nem állandó: a betegség kezdetén a chlor több is lehet. *Scheller* és *Geldrich* rámutatott arra, hogy a tejsav a meningitises liquorban jelentékenyen megszaporodik.

Minthogy egyes anyagcserebetegségekből tudjuk, hogy mind a sav, mind a chlor elváltozásai csak részei, tényezői egy kationokból és anionokból álló rendszernek, mely a sav-basisegyensúlyt determinálja, ezért valamennyi savi és basikus gyök együttes meghatározásával igyekeztünk teljes képet szerezni az osmotikus nyomás és sav-basisegyensúly összefüggéséről. A vizsgálatot a betegség előrehaladt szakában, lehetőleg rövid idővel a halál beállta előtt végeztük, mert ekkor várhattunk nagyobb eltéréseket.

Eljárás: a fagypontot mikro-Beckmann-készülékben, az organikus savat (O. S.) *Csapó-Mihalovics* eljárása szerint, a chlort *Korányi-Rusznyák* szerint, a bicarbonátot *van Slyke* volumetriás eszközével, a M. N.-t *Kjeldahl* szerint határoztuk meg. A liquor anorgonikus phosphor-tartalma *Steiner* szerint gümős meningitisben 1.4—1.6 mgr %-ról 1.7—3.0 mgr %-ig emelkedik. Mivel ez a változás a sav-basisegyensúly teljes képét alig befolyásolja, mellőztük a P meghatározását. A PO_4-t és SO_4 mennyiségét eseteinkben 2 milliaequivalens értékűnek vesszük. A fix-basis értékét valamennyi anion összegéből számítottuk ki. A fix-basis *Fiske* szerinti meghatározása ugyanis tudvalevően igen körülményes, hibahatára semmivel sem kisebb, mintha a fix-basist számítás útján határozzuk meg. Hogy az így kapott érték valóban megfelelt a fix-basis értékének, bizonyítja az, hogy a Δ-ból és M. N.-ből kiszámítható érték úgyszólván tökéletesen egyezett az anionok összegéből kiszámított basisértékkel.

Áttekinthetőség kedvéért a leggyakrabban előforduló typusokat *Gamble* ábrázolási módja szerint egy közös ábrában foglaltuk össze.



A rendes értékeket feltüntető táblán a fix-basis értéke *Hamilton*-tól ered. Ő középértékben 160 milliaequivalensnek találta. Gyermekkorban valószínűleg 1—2-vel kevesebb. Az organikus sav szabályos értékét *Csapó-Mihalovics* 11-ben határozta meg. Mi ezt kevesebbnek vesszük: kb. 9-nek; *Csapó* ajánlatára ugyanis phenolphthalein helyett phenolvörös indicatort használtunk, mely az *átmeneti szint* alacsonyabb pH-nál mutatja, mint a phenolphthalein. A normalis liquor fagyáspontcsökkenését *Véli* és *Pauncz, Teschler* s mások nyomán —0.56°-nak vettük.

Tárgyalásunkat a chloron kezdjük.

Valamennyi esetünkben csökkent chlort találtunk. Érdekes kiemelnünk, hogy ez a chlorcsökkenés mindig basiscsökkenéssel jár együtt. Oly képet kapunk tehát, melyet a vérben *Csapó* és *Kerpel-Fronius* hyposalaemiának nevezett el. Az együttes chlor- és basiscsökkenés magyarázza a liquor hyposmosisát, a mért magas fagypontot. Adataink szerint tehát nemcsak chlorcsökkenésről, hanem valódi sóregulatiós zavarról van szó. A chlor- és basiscsökkenés nem halad valamennyi esetben párhuzamosan, így pl. a II. ábrán mutatott esetben a basiscsökkenés nagyobb, mint a chlorcsappanás, viszont a III. ábrán vázolt typusban a chlorcsökkenés nagyobb, mint a basiscsökkenés. Mind e különbség döntő fontosságú a bicarbonát értékének kialakulására, melyre a következőkben részletesen ki fogunk térni.

Az organikus sav valamennyi esetben szaporodott, ez a tény összhangban van *Csapó-Mihalovics, Geldrich* leírá-

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1935. évi nagygyülésén tartott előadás nyomán.

sával, a kóros savszaporulat jelentékeny része valószínűleg tejsav *(Csapó)*. A savszaporulat a rendes értéknek majdnem kétszerese, kivételesen csaknem háromszorosa.

Valamennyi esetünkben többé-kevésbbé csappant bicarbonát értékeket kapunk. Minthogy a bicarbonát mennyisége a liquorban főként 3 tényező: a basis, a chlor és az organikus sav viselkedésének függvénye, érthető, hogy a legalacsonyabb értéket kb. egyforma savszaporulat mellett akkor kapjuk, ha a basis jobban csökkent, mint a chlor (II. ábra). Ebben az esetben az alacsony bicarbonat keletkezésében a csökkent basisnak (relative magas chlornak) és a szaporodott organikus savnak egyforma szerepe van. Ellenkezőleg a II. ábrán vázolt esetben a nagy chlorcsökkenés és relative alig csökkent basis egyidejű szerves savszaporulat ellenére úgyszólván rendes bicarbonátot eredményez.

Érdekes, hogy egyik esetünkben (R. M.) két egymásutáni napon végzett meghatározáskor a 24 óra alatt beállott chlorcsökkenés folytán a relativ chloracidosis következtében csökkent bicarbonát jelentékenyen emelkedett.

Eseteinket táblázatban csoportosítottuk, azok mindenben megfelelnek az ábrán charakterizált typusoknak, ezért részletes megbeszélésüket mellőzhetőnek gondoljuk.

Sorszám	Név, kor	△ C°	R. N. mg %	Cl	OS	HCO_3	Fix-basis
				milliaequivalens pro liter			
1.	F. F. 2 év	—0.51°	17.8	112.4	14.7	15.6	144.7
2.	P. M. 3 év	—0.53°	23.3	112.4	15.1	17.4	147
3.	R. M. 10 hó	—0.518°	—	120.6	14.47	10.2	147.2
3/a.	R. M. 10 hó	—0.502°	10	111.4	15.1	17	145.5
4.	N. K. 6 év	—0.52°	27.9	112.6	15	17	146.6
5.	G. I. 9 év	—0.522°	15.7	109.6	19.2	22.3	153.1
6.	S. E. 2½ év	—0.523°	29.1	105	19.9	19.9	147.2
7.	J. M. 9 év	—0.51°	24.3	106	15.3	20.7	144
8.	B. J. 8 év	—0.44°	18.2	93.6	22.9	13.4	132
9	N. Gy. 10 hó	—0.54°	18	110.6	17.3	23.2	153
10.	P. K. 3½ év	—0.517°	40	107.6	18.3	15.9	143.8
11.	M. J. 5 év	—0.48°	15	96.5	18.3	22	138.8

Valamennyi esetünk laboratoriumi adatok, illetőleg boncolati lelet alapján biztos gümős meningitis volt.

Ismeretes, hogy ma a liquort a régi filtratiós elmélettel ellentétben a plexus chorioideus secretumának tartjuk. Csak így magyarázható, hogy a serum és liquor szervetlen chemiai összetételében jelentékeny különbség van: a chlortartalom a liquorban nagyobb, a cukortartalom kisebb, mint a serumban. Ennek a magas liquorchlornak a célja nem egyéb, mint egy, a serumban előforduló, a liquorban hiányzó savi gyöknek: a fehérjének a pótlása. Meningitisben az agyhártyák Blut-Liquorschranke áteresztőképessége fokozott (festékek, brom, jodsók stb.). Felvetődik az a kérdés, hogy a liquor chlortartalmának csökkenése nem a fokozott áteresztőképesség következménye-e, vagyis a liquor és serumchlor próbálnak kiegyenlítődni. A filtratiós elméletnek ellene szól, hogy a liquor és serum szervetlen alkatrészei között teljes kiegyenlítődés még akkor sem fordul elő, amikor a Blut-Liquorschranke áteresztőképessége fokozott, a liquor tehát még meningitisben is elsősorban secretumnak tekintendő.

Mi okozza a liquor chlortartalmának csökkenését? *Hamilton* már 10 évvel ezelőtt rámutatott arra, hogy meningitisben nemcsak a liquor, hanem a serum chlortartalma is csökken; ezt igazoliák *Móritz* vizsgálatai is. Ilyen módon talán a liquor chlortartalmának csökkenése csak következménye a serumchlor csökkenésének, ez utóbbi lenne az első, míg az előbbi csak másodlagos jelenség. Vizsgálataink azonban azt mutatták, hogy a liquorban nemcsak a chlor, hanem a fix-basis mennyisége is csappan, vagy-s tágabb értelemben sózavarról van szó, a liquorban sócsökkenés van. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a chlor- és fix-basiscsökkenés bizonyos mértékben egymástól független, a kettő között nincs szoros párhuzamosság. Pontosabban meghatározva nemcsak a chlor, hanem a natriumanyagcserében is zavarok vannak. Ugyanezt mutatják *Móritz* serumbeli vizsgálatai. Közeli tehát az a gondolat, hogy a liquorban és serumban mutatkozó só-, illetőleg Na és Cl anyagcserezavar annyiban függ össze, amennyiben mindkettőt egy központi sószabályozási bizonytalanság idézi elő. A hyposmosist, a fagypontcsökkenés alacsony voltát a sócsökkenés magyarázza.

A bicarbonát csak az esetek egy részében csökkent, míg máskor a súlyos állapot ellenére teljesen rendes. A bicarbonát nagyságát egyik oldalt a fix-basis, másik oldalt a chlor és organikus sav egymáshoz való viszonya szabja meg. Hiányozhat a bicarbonátcsökkenés még nagyfokú organikus savszaporulat ellenére is, ha a liquor chlortartalma erősebben csökken, mint fix-basistartalma. Súlyos acidosis jön létre azonban, ha fix-basis csökken jobban, mint a chlor. Ennek oka, hogy ilyenkor a chlor is, az organikus savtöbblet is csökkenti a bicarbonátot (chlor + org. acidosis). Az esetek legnagyobb részében, ha a bicarbonát egyáltalában csökken, ezt kizárólag az organikus savtöbblet idézi elő. Az organikus savszaporulat főleg helyi jelenség s a tejsav okozza, mert már *Csapó* és *Mihalovics* rámutatott arra, hogy a liquorban nagyfokú organikus savszaporulatot találhatunk anélkül, hogy a serum organikus savtartalma a szokásosat felülmulná. Ez a körülmény is a filtratiós elmélet ellen szól. Kizárólagos chloracidosist nem észleltünk. A maradék-nitrogen csak kivételesen szaporodik, az esetek zömében rendes.

Összefoglalás: 1. Meningitis tuberculosában csökken a liquor chlor- és fix-basistartalma, bár a kettő között szoros párhuzamosság nincs. A fix-basiscsökkenéssel kapcsolatban a liquorban a sóconcentratio alacsony; ez okozza, hogy a fagypont magasabb a rendesnél.

2. A bicarbonát az esetek egy részében normalis, máskor csökkent. A bicarbonátcsökkenést legtöbbször kizárólag a szerves savszaporulat idézi elő, kivételesen az organikus savszaporulat mellett a chlor is szerepet játszik benne. Kizárólagos chloracidosist nem találtunk.

Irodalom: 1. *Mestrezat:* Annales de Med. et Chir. infantile, 16. k. — 2. *Beck* és *Steiner:* O. H. 1923. 40. sz. — 3. *Csáki:* M. O. A. 1923. 24. k. — 4. *Benoliel:* C. r. Soc.

Biol. Paris. 93. sz. (1925.) — 5. *Scheller:* Münch. Med. Wschr. 73. k. 1926. — 6. *Goldrich:* Jahrbuch f. Kinderheilk. 124. k. 1929. — 7. *Csapó—Mihálovics:* M. O. A. 1928. — 8. *Steiner:* Jahrbuch f. Kinderheilk. 124. k. 1929. — 9. *Gamble:* Journ. of. biol. Chem. 1923. — 10. *Hamilton:* Journ of. biol. Chem 65. k. 1925. — 11. *Veli* és *Pauncz:* M. O. A. 1924. 21. k. — 12. *Teschler:* Deutsche Zeitschrift. f. Nervenheilkunde. 103. k. 1928. — 13. *Csapó* és *Kerpel:* Wien. klin. Wochenschr. 1933. 39. sz. — 14. *Móritz:* Adatok a meningitis tuberculosa pathologiájához I. Gyermekorvos Társ. X. nagygyülésén tartott előadás.

Az Erzsébet Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Neuber Ernő ny. r. tanár).

Az ozaena kezelése sympathicodiaphtheresissel.

Irták: *vitéz Dániel Elemér dr.* és *Szekér Jenő dr.* egyet. tanársegédek.

Az ozaenát még ma is jogosan az elméletek betegségei közé számíthatjuk. Bár már a Krisztus születése előtti időkből találhatók feljegyzések az ozaenáról, mégis sem okára, sem kezelésére vonatkozólag általánosan elfogadott álláspont máig sem alakult ki.

A betegség okára nézve igen sok elméletet állítottak fel (sorvadás, fertőzés, lues, tbc., belső secretiós, neurotikus, avitaminosis) és kezelésére vonatkozólag is igen sokféle kisérlet történt. Az utóbbi időben azonban mind több híve akadt az ozaena neuroticus-endokrin elméletének. Az ozaenának neurotikus eredetére *Zarniko* már régen felhívta a figyelmet. Azóta több szerzőnek a megfigyelése igazolta, hogy különösen a sympathicus idegrendszer és az ozaena között bizonyos összefüggések vannak. Ezen az uton már több gyógyító kísérlet is történt. *(Woloschin).*

Klinikánkon az alsó végtag trophoneurotikus betegségeiben az utóbbi időben többször megpróbáltuk a *Doppler* ajánlotta sympathicodiaphtheresist (Sy. D.). A Sy. D.-t ugyanolyan javallatok alapján végezhetjük, mint a periarterialis sympathectomiát (verőér sympathicus fosztás). Míg azonban a periarterialis sympathectomiánál az érkörüli sympathicus rostok vezetését mechanikus eltávolitás utján szüntetjük meg, addig *Doppler* azt vegyi anyag (phenol) segítségével éri el. *Doppler* eljárását a periart. sympathectomiával szemben több szempontból előnyben kell részesíteni. Ezeket a szempontokat röviden összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a Sy. D. technikailag sokkal egyszerűbb, rövidebb idő alatt keresztülvihető, veszélytelenebb és ami a legfontosabb, gyökeresebb.

Miután *Doppler* eljárását másmérészetű betegségekben kipróbáltuk és többszörösen meggyőződtünk veszélytelen és eredményes voltáról, megpróbáltuk az ozaena kezelésére is felhasználni. Elgondolásunkban különösen attól az activ hyperaemiához hasonló állapottól reméltünk jó eredményt, melyet *Doppler* eljárása után más esetekben is megfigyeltünk.

Klinikánkon eddig 4 ozaenás betegünket operáltuk *Doppler* eljárása szerint. A műtétet minden esetben a következőképpen végeztük. Az állkapocs alsó szélétől kiinduló és a fejbiccentő mellső szélével párhuzamosan haladó kis metszésből megkerestük az art. carotis communist és azt közvetlenül az oszlása előtt, anélkül, hogy előbb *Leriche* szerint az adventitiát lehámoztuk volna 4—5 ccm 4%-os phenol-oldattal körülfecskendeztük. Ezután hasonló töménységű phenol-oldatba mártott kis törlővel a verőér falát többször végigmassiroztuk. Ezzel a beavatkozás véget is ért és csak a seb réteges zárása következett. Az egész műtét pár percet vesz csak igénybe. A műtétet mindig 0.5%-os novocain infiltratios érzéstelenítésben végeztük.

Műtéteink eredményéről az alábbiakban közölt kórrajzi kivonatokban számolunk be.

1. Eset. L. J. 17 éves földmíves, 3 éve orrát sokszor kell fujni, a beszáradt orrváladékot csak nehezen tudja eltávolitani, ugyanazon idő óta szagot nem érez, feje sokat fáj. Orvosa orrát ecsetelte, ő maga otthon orrmosásokat végzett, de nem gyógyult meg.

St. pr.: mindkét orrjárat tág, a kagylók sorvadtak, az orrban büzös pörkök. A garat-nyálkahártya fényes, száraz, helyenként tapadó, zöldes-ságrás váladék, büzös lehellet.

1934. V. 12-én műtét: Sy. D. jobb oldalt. — *V. 13.* rekedt, Gégelelet: a jobb hangszalag kissé abducált helyzetben, a hangrés nem záródik. — *V. 14.* „Tiszta, könnyü a feje", szagot kezd érezni. *V. 16.* kapocseltávolítás, pp. sebgyógyulás. — *V, 18,* Jó közérzet, feje műtét óta nem fáj, szaglása tovább javul, orrából a pörköt könnyen ki tudja fujni, a büz lényegesen csökkent. — *V. 29.* Rekedtsége javul, a jobb hangszalag mozgása még csökkent, hangadáskor csak kis rés marad. — *VI. 10.* Nagyon jól érzi magát; minden szagot érez, orrát ritkán kell fujnia, igen kevés a pörkképződés. Hozzátartozói lehelletének semmiféle kellemetlen szagát nem érzik. Hangja tiszta. Kevés, csak helyenként tapadó pörk. A hangszalag jól mozog. — *1935. V. 7-én:* műtét óta fejfájása teljesen elmulott, szaglása kifogástalan, az orrbüz megszünt. Orrából csak 2—3 hetenként fuj ki beszáradt váladékot. Az orr-garat nyálkahártyáját nedvesnek találjuk, igen kevés, zöldes-sárgás pörk, büze nincs.

2. Eset. S. N. 24 éves villanyszerelő, 2 éve munkatársai, kik büzös lehellete miatt nem szerettek vele együtt dolgozni, orvoshoz küldték. Bajának kezdetére pontosan nem emlékszik, csak akkor kezdett vele törődni midőn mások figyelmeztették rá. Szaglása már évek óta nincs, orrát sokat kell fujnia és gyakran fáj a feje.

St. pr.: Tág orrjárat, sorvadt kagylók, beszáradt büzös váladék, a garatnyálkahártya fényes, szagérzék nincs. *1934. XII. 12-én műtét:* Sy. D. jobb oldalt, — *XII. 13:* rekedt, műtét óta nehezen nyel. A jobb gégefél kissé vizenyös, emiatt a jobb hangszalag nem látható, a hangrés nem záródik. — *XII. 14.* Feje tiszta, nem fáj, szagot kezd érezni. Orrából a pörköt könnyebben ki tudja fujni, mint azelőtt. — *XII. 15.* nyelési panasza nincs, a vizenyő a gégében elmult. A jobb hangszalag abducált állásban. — *XII. 16.* Kapocseltávolítás, pp. sebgyógyulás. — *XII. 17.* Igen jó közérzet, feje nem fáj, szaglása napról-napra javul és mindig többféle szagot tud megkülönböztetni. A pörkösödés csökkent, nem büzös. — *XII. 22.* Hangja nem oly rekedt, hangoztatáskor a hangrés nem oly tág, a jobb hangszalag mozgása csökkent. — *I. 7.* Fejfájása teljesen megszünt, minden szagot érez. Orrát csak ritkán kell fujni, akkor is könnyen eltávolodik a pörk. Orrbüz nem érezhető. — *I. 15,* Hangja tiszta, a jobb hangszalag jól mozog. — *II. 20,* Panaszmentes, kevés pörkösödés. — *V. 4.* Fejfájása műtét óta teljesen elmult. Szaglása már a műtét utáni első napon kezdett visszatérni és azóta is állandóan javul. Eleinte csak az átható, inkább kellemetlen szagokat tudta megkülönböztetni, de később a finomabb, kellemesebb szagot is megérezte. Az orrbüz már az első héten megszünt. A pörkösödés tetemesen csökkent, de kevés még az utóbbi időben is észlelhető. Orrlégzése műtét óta szabad, tiszta. — Hangja teljesen visszatért, a hangszalag müködése rendes.

3. Eset. K. S-né, 49 éves. 17 éves kora óta büzös a lehellete, feje sokat fáj, mindig náthás. Egy év mulva elvesztette szaglását, s csak 24 éves korában, terhességének ideje alatt érzett szagot rövid ideig. Az utóbbi években olyan büzös az orra, hogy nem akarnak vele egy szobában maradni.

1933. IV.-ban keresi fel először klinikánkat, s oly büzös a lehellete, hogy távozása után a vizsgáló helyiségeket szellőztetni kell. A beteg vidéki, rendszeres kezelésre nem tud bejárni; utasításokkal láttuk el. A házi kezelésre a büz keveset javult, de fejfájása továbbra is megmaradt.

Jelen állapot: nyeregorr, az igen tág orrjáratban büzös pörk, erősen sorvadt kagylók, a garatban tapadó pörk a nyálkahártya fényes, a lehellet igen büzös, semmi szagot nem érez. Wasserman: negativ. — *1935. I. 8-án:* műtét: Sy. D. jobb oldalt. — *I. 9.* feje nem fáj, műtét óta rekedt. Az operált oldalon a gégerész vizenyősen duzzadt, emiatt a jobb hangszalag nem látható, a hangrés nem záródik. — *I. 11.* Szagot

mütét után már másnap kezd érezni, a mentholos olajat erös szagnak jelzi. — *I. 13.* Kapocseltávolítás, pp. sebgyógyulás, Az orrbüz sokat csökkent, a pörkképződés kevesebb és feltünö, hogy sokkal könnyebben tudja kifujni. — *I. 15.* A gégevizenyó megszünt, a jobb hangszalag abducált helyzetben, nem mozog, a rekedtség változatlan. — *I. 18.* Fejfájása mütét óta megszünt szaglása az utóbbi napokban még jobb, a pörkképződés kevesebb, a két orrjárat között különbséget nem tud tenni. *I. 20.* Hangja tisztább, a jobb hangszalag kissé mozog. — *I. 29.* Orrbüz csak közelről érezhető, s igen kis mértékben. — *II. 12.* Jól érzi magát, hozzátartozói lehelletének semmi szagát nem érzik. Hangja javult, a jobb hangszalag jól mozog, de hangoztatáskor nem jut a középvonalig. — *III. 4.* Orrát csak 4—5 naponként kell fujnia, képződik ugyan kevés pörk, de az könnyen kifujható. — *V. 7.* Fejfájása teljesen megszünt, szaglóképességét visszanyerte. Feltünö az orrbüz igen nagy javulása. Igaz ugyan, hogy a 3 év előtti vizsgálathoz képest a büz conservativ kezelésre is javult, de mütét óta majdnem teljesen elmult, közelről is csak olykor érezhető. A pörkképződés tekintetében is jelentékeny javulás észlelhető. Átlag csak 6 naponként kell orrát tisztitania és még régen csak nehezen tudta a pörköt kifujni, mütét óta az könnyen elávolítható.

4. Eset. H. R. 21 éves nő. Szagot soha nem érzett. 10 éves korában iskolatársai nem akartak mellé ülni büzös lehellete miatt. Sokat fáj a feje. Fejfájása miatt orvosa vasat és arsent szedetett vele, levegőváltozás céljából más vidékre küldte, fejfájása azonban nem javult. 3 év óta áll kezelésünk alatt (vaccinatio, Gottstein tampon, 2 év előtt Halle mütét). Halle mütét után a pörkösödés kevesebb lett, de egyéb panaszai változatlanok maradtak.

Jelen állapot: Büzös lehellet, a szagérzés teljesen hiányzik. Az orrjárat nem tág, (Halle mütét), az orr-garatnyílásában sorvadt, helyenként tapadó pörk. — *II. 6-án mütét:* Sy. D. jobb oldalt. — *II. 7-én* rekedt. Gégevizsgálatkor megállapítható, hogy a jobb hangszalag abducált helyzetben mozdulatlan, vizenyö nincs. Az erös szagokat megérzi és általában kellemetlennek mondja, virágillatot nem érez meg. — *II. 10* Kapocseltávolítás, pp. sebgyógyulás. Feje mütét óta nem fáj, az orrbüz csökkent, — *II. 12.* Szaglásvizsgálat: rothadó szag kellemetlen érzést vált ki, a mentholt erös csípös szagúnak jelzi, fejét elkapja ha az üveget az orra alá tartjuk. A csukamájolajat émelyitönek érzi, attól hányingere keletkezik. Jácintparfume illatát kellemesnek mondja, a narancs szagát érzi, de meghatározni nem tudja. — *II. 28,* Igen jól érzi magát, rekedtsége is javult. — *III. 10.* szaglása folyton javul, az ételekben válogatós, pl. foghagymás ételt a szaga miatt nem esz meg. — *IV, 3,* Édes anyja hálásan mondja el, hogy leánya mütét óta teljesen megváltozott jókedvü, énekel, táncol. Régebben egészen életúnt volt. Mütét óta mintha kicserélték volna. Rekedtsége elmult. — *IV. 29.* Mütét óta fejfájása nincs. Szaglása teljesen jó, pedig mütét előtt azt sem tudta, mi az a szag. A pörkösödés mennyiségében kevés a változás, de a mütét előtt sem volt sok, mert a Halle-mütét kedvezően befolyásolta. Orrbüz hozzátartozói szerint nincs, vizsgálatkor sem érezhető.

Eredményeink összefoglalása előtt foglalkoznunk kell a beavatkozás egyetlen átmeneti kellemetlen következményével, a rekedtséggel. A rekedtség recurrens paresis miatt következik be. Ez azonban nem tart sokáig, 1—2 hónap mulva nyomtalanul eltünik. A rekedtség már 2—3 hét mulva javul, részben a másik oldali hangszalag pótló működése, részben a paresis javulása következtében. A recurrens paresis kifejlődésének lehetősége miatt *Doppler* mütétjét nem tanácsos egyszerre mindkét oldalon elvégezni, mert ennek súlyos következményei lehetnek. Esetünk azonban azt mutatják, hogy erre nincs is szükség, mert egyik oldalon végzett beavatkozás után a hatás mindkét oldalon egyformán jelentkezett.

Eredményeinket az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. A legfeltünőbb a fejfájás gyors és végleges megszünése.

2. Feltűnő a szagérzés visszatérése.

3. Kétségtelen az orrbüz igen nagyfokú csökkenése, illetve megszünése.

4. A pörkképződés tekintetében is nagy a javulás. Mütét után a pörkfelpuhító eljárást nem kell többé alkalmazni és a 4—6 nap alatt képződő kevés pörk könnyen kifujható.

A fenti észlelések alapján úgy látszik, hogy az ozaena keletkezésében és fennmaradásában a sympathicus idegrendszernek bizonyos szerepe van és kétségbe nem vonható, hogy a *Doppler* által ajánlott Sy. D.-sel a betegség kedvezően befolyásolható. Nagyobb számú és hosszabb ideig tartó észlelés volna hivatott eldönteni, hogy eredményeink csak látszólagosak-e, illetőleg csak átmenetiek, vagy olyan természetüek, hogy ezen az alapon tovább dolgozva az ozaenát maradandóan is redményesen befolyásolhatjuk.

Méhen kivüli és méhen belüli terhesség egyidőben.

Irta: *Schürger Sándor dr.*, a kispesti szülőotthon főorvosa.

Neugebauer 1907-ben a világirodalomból 244-et, *Costa Romulus* 1932-ben 281 esetet gyüjtött össze. Az elsőt 1893-ban hazánkban *Doktor Sándor* a nőgyógyászati szakosztály ülésén mutatta be. A méhenbelüli terhesség vetéléssel végződött, a méhenkivülinél 31 cm hosszú volt a macerált magzat. A másodikat 1896-ban *Ligeti* közölte: a tuboovariális terhesség mellett a méh harmadik hónapban volt terhes. A harmadik esetet *Rosenberger* mutatta be a Közkórházi Orvostársaság 1906. november 21-iki ülésén: a kéthónapos pete a fibromás méhben foglalt helyet, a másik a bolkürtben fejlődött. A következővel *Limbacher* a Pozsonyi Orvostársaság ülésén foglalkozott: a méhenkivüli embrio 1.5 cm, a három hét mulva elvetélt macerált magzat 8 cm hosszú volt. 1914-ben *Bogdanovics* esetében mindkét magzat elérte a terhesség végét. A méhenbelüli magzat spontan született meg, a méhenkivüli a szülés után három hétre hasmetszéssel jött a világra. Mindkettő élt. 1932-ben *Wolf* közli *Nyomárkay* esetét, aki ezt a Közkórházi Orvostársaságban be is mutatta. Ezekhez csatlakozik a mi esetünk.

S. Gy.-né, Anyja ikreket szült, nagyanyjának hármas ikrei voltak, Utolsó havibajának ideje bizonytalan (máj. 17?). Július 22-én hasában görcsök jelentkeztek, azóta naponta többször elájult. Nem vérzett. Lázas nem volt. Július 26-án, felvételkor nagyfokban vérszegény, hasa puffadt, érzékeny. Lágyékában tompulat, ami fektetésre feltisztul. — Méh kisökölnyi, Douglas némileg ledomborított, érverése szapora, anaemiás jellegü. Száma 110—120. Kórisme: Grav. Extraut. rupt. tubae. Hasmetszés: hasban 1.5 l. hig vér. A méh férfiöklönyi. A baloldali kürtöt a haematocele zsákjából kiemelve rajta jókora diónyi orsószerü duzzanatot látunk, amely fillérnyi terjedelemben ki van kopva. A ruptura helyén kitüremkedik a pete mellékrész kicsi embriójával (2 cm). A kürtöt kiirtjuk, a hasat zárjuk. Sima gyógyulás. Aug. 12-én hazabocsátjuk,

Ujrafelvétel aug. 16-án, Néhány nap óta darabos vérzése és görcsei voltak. Szédül. Igen anaemiás. Szapora anaemiás pulzus. Méh ludtojásnyi nagyságú, újjnyira megnyilt méhszájból peterész lóg ki. Erős vézés, elvérzéssel fenyeget. A foetust polypfogóval távolitjuk el, a méhet újjal takarítjuk ki. A méhtartalom jókora tojásnyi petemellékrész volt. A szövetteni vizsgálat placenta szövetet állapított meg. *(Hints dr.)* Augusztus 27-én gyógyultan távozik.

Egyidejű méhenkivüli és méhenbelüli terhesség, tulajdonképen ikerterhesség, az ikrek sajátságos elhelyezkedésével, a többes terhességre való öröklődő hajlam tehát ide is vonatkozik. Az ikerterhességre vonatkozó hajlamot esetünkben is kimutathattuk: a beteg anyjának ikrei, nagyanyjának hármas ikrei születtek.

Ilyen terhesség létrejötte superfoetatión nem alapulhat. A superfoetatio elfogadható magyarázata bizonyítva nincs. Fenti esetben tehát két petesejtnek kell megtermékenyülni, ezek származhatnak egy vagy két tüszőből.

Az egyik megtermékenyített petesejt ilyenkor méhenbelül, a másik méhenkivül ágyazza be magát. A méhenbelüli pete fejlődésre kedvezőbb ágyat talál, tehát jól fejlődik, a méhenkivüli pete beágyazódására nem kedvezőek a viszonyok, ezért fejlődésben elmarad. A pete ágyának e kedvező, vagy kedvezőtlen volta adja a magyarázatát, hogy a méhenkivüli magzat miért kisebb mindig. A méhenkivüli magzat még akkor is kisebb, ha mindkettő elérte a terhesség végét. A méhenkivüli embrio esetünkben is kisebb volt. A magzatok közötti nagyságkülönbség sem szolgálhat tehát a superfoetatio bizinyítékául.

A két pete sorsa igen különböző. Az egyik terhesség rendszerint korán szakad meg. Miután a méhenkivüli pete fejlődésére kedvezőtlenebbek a viszonyok, ezért először inkább a méhenkivüli terhesség szakad meg, tubaris vetélés, vagy ruptura formájában: előtérben áll a méhenkivüli terhesség változatos tünetcsoportja. és műtét válik szükségessé. A műtétet előbb-utóbb a méhenbelüli terhesség megszakadása kiséri, előfordulhat azonban, hogy műtét után a méhenbelüli terhesség zavartalanul tovább fejlődik, sőt elérheti a terhesség végét is és a magzat élve születik meg. Az irodalmi közlések szerint hasonló szerencsés eset nem is nagyon ritka. *Neugebauer* szerint ez 14 %-ban következik be. A természetnek valóságos csodájaként arra is van példa, hogy mindkét magzat elérte a terhesség végét. Ilyen *Rumford—Miller*, *More—Starley* esete. *Chrobak* 5 nappal, *Wilson* 26 nappal, *Starley* 6 héttel a méhmagzat megszületése után operálta az egyidejű méhenkivüli terhességet. *Bogdanovics* említett esetében a méhmagzat megszületése után 3 hétre hasmetszéssel jött a világra az élő méhenkivüli magzat. Sőt *Niessen—Geoffroy* érett hármas ikrekről tesz említést, ezek közül 2 méhenbelül 1 méhenkivül fejlődött.

Felismerése korántsem könnyű. A kórismében tapasztalt szülész is tévedhet. Különösen a méh fejlődési rendellenességeivel, adnex tumorral, myomával, petefészekdaganattal, exsudatummal, appendicitissel téveszthető könnyen össze, vagy csak a boncolás tisztázza a kórképet. Semmi nehézség nincs, ha a méhenbelüli terhesség rejtve marad és a tubaris vetélés, vagy ruptura uralja a kórképet. Ilyenkor, mint esetünkben is meglepetés a műtét után bekövetkező vetélés. Nehezebb a felismerés, ha először a méhmagzat elvetélése következik be és a méhenkivüli terhesség rövidebb-hosszabb ideig tovább tart. A továbbfejlődő méhenkivüli terhesség könnyen a vetélés szövődményeként fogható fel, izzadmánynak, adnex tumornak, pelveoperitonitisnek stb. minősíthető. Ha mindkettő egyszerre szakad meg, vagy a méh-embrio elvetélése után a vetélést befejező műtéthez közvetlenül csatlakozik a tubaris ruptura, a kórisme számára legnehezebb helyzet áll elő. A vetelés lefolyása kapcsán elkerülhetetlen, részben előzetes, részben az észlelés ideje alatt előállott tekintélyes vérveszteség, de a befejezés traumája maga is elfedheti az igazi képet úgy, hogy nem gondolunk párhuzamos méhenkivüli terhességre. Mire a hasi katastropha döntésre késztet, lekéshetjük a műtétet.

Egyidejű méhenkivüli és méhenbelüli terhességgel nem tévesztendő össze az a nem is ritka jelenség, amikor a méhenkivüli terhesség műtéte után a méh deciduáját vetélés lefolyását utánozva löki ki. Többizben láttam, hogy vérzés és szülőfájások kiséretében megnyilt a méhszáj és tojásnyi-lúdtojásnyi nagyságú petemellékrésznek imponáló tömeget szült meg a méh. Csak szövettani vizsgálat derítheti ki, hogy nem vetélés történt, hanem csupán a decidua ürül ki a méhből, amelyet a felrakódó és szervülő véralvadék formált ilyen sajátságossá.

Azon veszedelmek sorozatával, amelyet az egyidejű méhenkivüli és méhenbelüli terhesség az anyára jelent, csak úgy vehetjük fel eredményesen a küzdelmet, ha ismerve és számolva a fenti lehetőségekkel, a kórismét idejében állítjuk fel.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A tobozmirigy-therapia jelentősége a hypersexualitás leküzdésében. *Carl. v. Bauer.* (Wiener Med. Wschr. 1935. 37. szám.).

A tobozmirigy kivonat (Epyphisan) alkalmazásáról 3 érdekes esetet közöl, a wieni I. ker. törvényszék kórházából. Két foglyon, akik nemcsak kifejezetten hypersexualis, hanem abnormalis sexualis tüneteket mutattak, epyphisan (Richter) alkalmazására úgy a physiologikus, mint a psychologikus tüneteket tartósan meg lehetett szüntetni. Az egyik esetben különösen renitens félidiótáról volt szó, aki éjjel-nappal állandóan masturbált és viselkedésével inkább állathoz, mint emberhez hasonlított; naponta 2x3 ampulla epyphisan injectiót kapott 4 héten keresztül, amelynek hatására nemcsak a masturbálás szünt meg teljesen, hanem viselkedésében is nyugodtabbá vált, sőt könnyebb olvasmányok olvasására is rá lehetett birni. Természetesen továbbra is szellemileg csökkent értékü maradt, szerző azonban joggal veti fel a kérdést, hogy a korai ifjúságtól bevezetett ily kezelés nem adott volna-e még jobb eredményeket. A másik két eset hasonlóképen sexualis abnormis egyénekre vonatkozik, akik ugyancsak néhány heti epyphisan gyógykezelésre munkaképesekké és elégedettekké váltak.

A residualis N viszonya a carbamid N-hez a serumban. *Nonnenbruch* és *Weiser.* (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1935. 178. k. 239.)

A carbamid-N normalis körülmények között a maradék N-nek csak a felét teszi ki. A fentmaradó N-t residuális N-nek nevezzük. A residuális N egészséges emberben szigorúan állandó, míg pathológiás körülmények között megváltozhat. Igy érdekes, hogy májbetegeken anélkül, hogy a carbamid emelkednék, a residualis N a normalisnál lényegesen nagyobb lehet. Carbamind adagolásra nemcsak a res. N megy vissza normalis értékre, hanem evvel párhuzamosan a beteg általános állapota is lényegesen javulhat. Hasonló eredmény érhető el parenterális májkészitményekkel is.

Gömör dr.

Anaemiák gyomor- és bélműtétek után. *Fleischhacker* és *Klima.* (Zeitschr. f. Klin. Med. 1935. 129 k. 2. f.)

Anaemia perniciosa 200 esetében 9-szer, chloranaemia achlorhydrica 120 esetében 18-szor talált az anamnesisben gyomor- és bélműtétet. A chloranaemiások közül mind a 18 nő volt, az anaemia perniciosások közül 5 nő és 4 férfi. Az anaemia egy eset kivételével mindig csak évek multva követte a műtétet.

A gyomornak vagy a bélnek műtéti megkisebbítése önmagában még nem ok anaemia kifejlödésére. 2 esetben gyomorresectio után polyglobuliát is talált. Valószinü azonban az, hogy bizonyos esetekben a műtét alapján olyan másodlagos ártó hatások fejlödhetnek ki, melyek anaemiát okozhatnak.

Felhivja a figyelmet még arra, hogy chloranaemia achlorhydricában gyakori tünet spasmus megjelenése különösen az oesophagusban és a rectumban.

Kleiner György dr.

Sebészet.

A sebkimetszés kérdéséhez. *Verth, M.:* (Der Chirurg 1935. 14. sz.)

A sérülés és sebellátás közti időt lehetőség szerint meg kell rövidíteni, a sérülés körülményeitől függően 6—24 órán belül van helye a sebkimetszésnek. Egyes osztályokon a leggyakrabban előforduló sérülések szerint (pl. bánya sérülések, utcai sérülések, gépsérülések stb.) szabják meg a maximális időt. Mindig megfelelő érzéstelenítéssel kell végezni. A környező börterületet legjobb úgy megtisztítani, hogy közben a sebet letakarjuk, s magát a sebet csak az érzéstelenítés után jódozzuk be. Minden szabadon fekvő szövetet el kell távolítani ha csak nem okozunk ezzel anatómiai vagy müködésbeli kiesést. Harapott és tapasztalás szerint veszélyes szúrt sebe-

ket, kimetszés után antiseptikusan és *nyitva* kell kezelni. *Kis* üzületekben kimetszés után Chlumsky-oldatot cseppentünk be s csak a bőrt, *nagyobb* üzületeknél pedig az üzületi tokot is varrjuk. Lőtt sebeknél a legnagyobbfokú individualisálásnak van helye, s csak ritkán varrjuk a sebet primára. Minden esetben aseptikus és rögzítő kötést (sín) alkalmazunk.

Migray Jenő dr.

Perforált gyomor és duodenalis ulcusok resectiójáról. Prof. *W. Koenecke.* Oldenburg. (Bruns. Beitr. 1935. 162. o. 2. sz. 1935).

Szerző 41 operált esete kapcsán a 11 év alatt mütétre került perforált gyomor és duodenalis ulcus mütéti gyógyitásáról számol be, s annak a nézetének ad kifejezést, hogy a sebésznek ilyen perforált esetekben, ha erre a megfelelő technikai felkészültsége és manuatitása meg van, a resectiót kell választania, mely tartós gyógyulásra a legtöbb kedvező kilátást nyujtja és sokkal kisebb mortalitással jár, mint a többi eljárások.

Ha a beteg általános állapota nem engedi meg, megelégszünk a perforált fekély átvarrásával, de ha a beteg felgyógyulása után a panaszok ismét fellépnének, fetétlenül elvégezzük a resectiót.

Hogy a resectio kapcsán Billroth I.-et vagy II.-ot csinálunk, az a duodenumnak és környezetének elváltozásaitól függ. Ha Billroth I. kivihető, ez az eljárás az ajánlatos, tekintve a beteg szempontjából oly életbevágóan fontos időnyereséget.

Puskás Jenő dr.

Traumás pneumokephalus. *E. Passarge.* Hamburg. (Ztb. f. Chir. 62 . évf. 51. sz.)

Eltekintve a diagnostikus célokra alkalmazott enkepalo- és ventriculographiától minden levegő felhalmozódás a ventriculus systemában pathologikus és leginkább súlyos koponyasérülésre utal; ez esetben a levegő helyet foglalhat a subarachnoidealis térben, sőt ha az agyállomány roncsolódott, intracerebralisan is. Ezért különböztetendő meg a levegő localisatiója szerint az extracerebralis subduralis pneumatokele az intracerebralis pneumatokeletól, míg ha a levegőgyülem a ventriculus systemában van: pneumokephalusról beszélünk.

A kórképek lényegét tanulmányozva, kimondja, hogy a tisztán traumás pneumokephalus keletkezése bizonyos előfeltételekhez van kapcsolva, amiből könnyü belátni előfordulásá ritkaságát. Szükséges, hogy valamely légtartalmú koponyacsontüreg egy nagyobb subarachonoidealis térrel communikálva nyiljék meg. A behatoló levegő természetes úton a Magendie és Luschka lyukakon keresztül a ventriculus sistemába kerülhet. A levegő eddig ismert direct útja (subarachnoidealis tértől a roncsolt agy állományáig a ventriculusba áttöréssel) csak nagyon súlyos koponyasérüléseken jön szóba.

Séra Imre dr.

Gyermekgyógyászat.

Spasmophil gyermekek elektrokardiogrammja. *Aschenbrenner* és *Bamberger.* (Klin. Wschr. 42. sz. 1935.)

Az esetek túlnyomó többségében az S—T szakasz megnyúlik, amiből a systole tartalmának elnyulására következtetnek. Az ok a szív hypodynamiája, amit a hypocalcaemia vált ki. A tetaniás elektrokardiographiás elváltozásokat parenteralis calcium adagolással minden esetben meg tudták szüntetni. Magnesiumsulfat és chloralhydrat hatástalanok voltak. Éppen ezért manifest tetania esetében a szokásos antirachitises kezelésen kivül fontosnak tartják naponta 1—2-szer 10 ccm. 10%-os calcium parenteralis adagolását.

Kiss Pál dr.

Az essentialis gyermekkori thrombopenia kezeléséről. *Schiff.* (Klin. Wschr. 42. sz. 1935.)

Két Werlhof-féle betegségben szenvedő betegéről számol be. Az elsőt cebionnal (ascorbinsav) per os, továbbá májjal, friss gyümölccsel s naponta 5 nyers tojássárgájával kezelte. 1 hónap alatt sikerült ezzel a kezeléssel a vérlemezkék számát 25.000-ről 200.000-re emenli s a vérzési időt 11½ percről 3½ percre csökkenteni.

Második betegét ugyanigy kezelte, csak tojássárgáját és májat nem adott neki. Az első 8 nap alatt, tehát a cebion per os adagolása idején a vérlemezkék száma erősen csökkent s csak a másodnaponkénti intravenás 0.10 gr.os cebion injectióra kezdtek a vérlemezkék szaporodni.

Az injectio napján a vérlemezkék száma emelkedett, míg a rákövetkező napon inkább csökkent.

Lactoflavin (tojássárgája) injiciálására hatást nem tapasztalt.

A második esetben a vérlemezkék száma 40.000-ről 100.000-re emelkedett. Ezen az első esethez képest, kisebbfokú reactiót egyelőre (kellő tapasztalat hiányában) nem hozhatja a tojássárgájának hiányával összefüggésbe.

Wollek Béla dr.

Fényhatás és diphtheria. *Raschdorf.* (Deutsche Med. Wschr. 36. sz. 1935).

Szerző Németország 1 évi anyagán összeállította januártól decemberig a hetente előfordult diphtheriás betegek számát. A diphtheriás megbetegedések legkisebb számban azokban a hetekben fordulnak elő, melyekben leghosszabbak a napok. A megbetegedések száma az év 25-ik hetében, mely a leghosszabb napok hete, minimumra csökken. A napsugarak behatásának időtartama és a megbetegedések száma közti összefüggés alapján szerző ajánlja, hogy a diphtheria prophylaxisa szempontjából tartózkodjanak télen is minél tovább a gyermekek a szabadban.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Az oltási karcolások száma és a himlő elleni védettség közti összefüggésről. *M. Hohlfeld.* (Jahrb. f. Kk. 145. k, 1935,)

Az idevágó irodalom részletes ismertetése után szerző 579 gyermek ujraoltásában tapasztaltakról számol be. Ezekben 12.6%-ban látott kifejezett pustulát, mely megfelelt a primaer oltásban látható pustulának, vagyis az immunitás ezeken teljesen megszünt.

A primaer typusú erős pustula 3.6%-al gyakrabb volt oly gyermekeken, akiken csak 2 oltási heg volt látható, mint a 3 oltási heggel bírókon.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Szemészet.

Az agytumorok diagnostikájának segédeszközei. *P. Hilpert.* (Klin. Mon. f. Aug. 1935. 578. old.).

Részletesen foglalkozik a liquordiagnostika, röntgenlelet, agypunctio, encephalographia, arteriographia jelentőségével. Legkevésbbé fontos a liquorvizsgálat, mert ez a tumor helyére vonatkozólag mit sem mond, inkább bizonyos specifikus elváltozásokra utal, (lues, sclerosis multiplex, stb.). A koponya röntgenvizsgálatakor ügyelni kell a sella turcicára, a mészárnyékokra, melyek gyakoriak a tumorban, a sziklacsont állpotára az acusticustumorokkal kapcsolatban, a koponyatetőn észlelhető nyomási jelenségekre. Az agypunctio nagyon értékes módszer a localisatio szempontjából. Az encephalographia az agykamrák állapotára utal. Az arteriographiában contrast anyagot injiciálnak, amely árnyékot ad az agy erei ben röntgenképen.

Weinstein Pál dr.

Capillarmikroskopia a szemészetben. *Viallefont és Lafon.* (Francia Szemorvostársaság 1935.)

Szerzők szerint nincs összefüggés a szembajok és a köröm alatti capillarisok általános morphologiája között. De zavarok találhatók a capillaris keringésben, nevezetesen látóidegsorvadásban és főleg chronicus glaucomában, lassúbbodott a keringés, a venosus ág kanvargósabb és tágultabb, az áramlás szemcsés. Retinaleválásban nem volt egyöntetü a lelet.

Grósz István dr,

A tabeses látóidegsorvadás malaria kezelése. *E. Heinsius.* (Zeitschr. f. Aug. 1935. 298. old,).

A tabeses látóidegsorvadás kezelésében Behr nézetét fogadja el, mely szerint a spirochaeták toxinjai izgató ag hatnak a látóideg endo- és perineuralis septumaira, amelyek burjánozni kezdenek és összenyomják az idegrostokat. Nagyon fontos a therapia megkezdése előtt a pontos látótérvizsgálat, mert ebből következtetést vonhatunk, hogy vajjon a rostok nagy része bántalmazott-e vagy sem. Ugyanis az előbbi esetben akár specifikus kezelés, akár a malária kúra hatására szétesö spirochaetákból sok toxin szabadul fel a látóideg belsejében és a sorvadás gyorsan progrediál. A malaria kúra hatására a sejtek protoplasmája nagy mértékben activálódik, histiocyták, makrophagok termelődnek, amelyek a spirochaeták ellen hatnak. Sok esetben látta malaria kúra után a látóidegsorvadás megállását. Minthogy e betegség kezelés nélkül feltétlenül rosszabbodik és vaksághoz vezet, a malaria kúra még az esetben is megkisérlendő, ha az látásromlást okoz, mert a kúra nélkül is bekövetkeznék az.

Weinstein Pál dr.

Bőrgyógyászat.

Periarteriitis nodosa kiterjedt bőrjelenségekkel. *F. Goldschlag* és *A. Chwalibogowski.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 171. k. 6. f. 1935).

Szerzők 5 éves betegük esetét ismertetik, amelyből kitünik, hogy 1½ ével ezelőtt előbb a jobb, majd a bal térd láz kíséretében megduzzadt, később pedig élénkvörös foltok keletkeztek az alsó végtagokon, amikor is polyarthritis rheumatica és erythema nodosum diagnosisát állították fel. Két hét alatt a tünetek visszafejlődtek, hogy három hónap elmultával 39 fokos láz mellett ismét visszaterjenek a felső és alsó végtagokon, ahol a bőr lívid-barnásan elszinezódött, 10 fillérnyi foltokkal volt borítva, melyeknek középső része enyhe beszürödést mutatott. Mindkét térdizület enyhén duzzadt, nyomásra érzékeny, a vizeletben nyomokban fehérje, a fehérvérsejtek száma 26.700. A tünetek 3 napos lefolyás után javultak, majd 2—3 hét elmultával újabb visszaesés következett a bőrön folyton tovaterjedő kiütésekkel. A vér culturális vizsgálattal sterilnek bizonyult. A vörösvérsejtek száma: 3—3.6 millió. A vizelet üledékében cylinderek és fehérvérsejtek. Patellaris és talpreflexek fokozottak, majd clonusos átmenet positiv Babinski és Rossolimo. A bőrön látható foltok papulosusak, ezektől függetlenül urtikás és beszürödött foltok, urtikás papulas, továbbá tallérnyi szederjes kerek és trapez alakú gocok voltak láthatók, melyeknek centruma foltosan besüppedt. A végtagok egész felületét véredényhálózat szövi át. Egyes ágak villámcapásszerü rajzolatot mutatnak, a nivóból kiemelkednek és tapintásra kötegszerü beszürödés észlelhető. A szöveti képben feltünő a mediának erös ártalma (leukocytákból, lymphocytákból, fibroblastokból és sok eosinophilsejtből álló beszürödés).

Hasonló bőrjelenségeket evvel a betegséggel kapcsolatban mások még nem irtak le. *Gruber* szerint a periarteritis nodosa egy septikus megbetegedésnek részjelensége az arteriás rendszerben. A veredenyelváltozások allergias reactiónak felelnek meg, amiben nem a kórokozónak fajlagossága, hanem a véredényrendszer reactiójának azonossága a mértékadó különböző fertőzések (lues, erysipelas, polyarthritis stb.) eseteiben. Prognosis kedvezőtlen. Szerzők esetében a salvarsan-injectiók nem akadályozták meg az újabb tünetek felépését. Betegük jelenleg tünetmentes a livedo racemosa maradványai meg láthatók.

Preininger Tamás dr.

Az ember penészgomba-megbetegedései és azok therapiája. *Maria Hilgermann.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 171. k. 6. f. 1935).

A penészgombák nem annyira ártalmatlan saprophyták, mint azt sokan gondolják. Azok különböző bőrelváltozásokat hozhatnak létre. *(Selenew, Ballagi).* A gombák megtelepedési hajlama a bőrön a bőrnek ú. n. savköpenyniányától feltételezett. Felsorolja az ide vonatkozó megfigyeléseket és theoriákat, továbbá ismerteti saját állatkisérleteit, melyekből kitünik, hogy a penészgombák az állatokra is pathogenek lehetnek. *(Ballagi* és *Laubál).* Egyes ekzémák eseteiben a penészgombák kórokozó voltát igazolja a sikeres vaccinatherapia is. Szerző az autovaccinákat legalább négy hétig bouillonban tartott tenyészetekből készíti, ezeket steril mozsárban szétdörzsöli és Seitz-filteren átszüri, majd a szürlethez 0.5% toluolt ad. A vaccinák adagolásában nagy fontosságot tulajdonit a vérképnek. Minél több az egymagvú neutrophil leukocyták száma, annál inkább óvatos az adagolásban. A betegek általános erőbeli állapotára is tekintettel van. Kevert infectiók eseteiben bakterium-vaccinákat is adagol. 11 beteg kórtörténetét közli, amelyekből kitünik, hogy fenti therapia idült ekzémák eseteiben nemcsak gyógyulást, hanem maradandó immunitást is eredményez. Therapiájában a gombától feltételezett megbetegedések specificumát, a jódot is felhasználja.

Preininger Tamás dr.

Elméleti tudományok.

Gyors eljárás a diphtheria bacillusok kimutatására. *Bradhy, Lenarsky, Smith és Gaffney.* (Jour. A. M. A. 1935. 104. 1881.)

A diphtheria serum alkalmazása életmentő lehet, ezért fontos a diagnosis gyors megállapitása. Steril vattás pálcikát normalis lószérumba márt, mielőtt kivenné gyengéden a kémcső falához nyomkodja, azután láng fölött melegíti, hogy a vatta felületén levő serum coaguláljon. Az igy elkészített pálcikával veszi a torok és orr váladékot, a pálcikát 4 óráig incubátorba helyezi és azután tárgylemezre keni. Incubátor helyett elegendő, ha az orvos a pálcikát tartalmazó kémcsövet a mellényzsebében hordja 4 órán keresztül, ezért az eljárás a gyakorló orvosok részére is megfelelő. Diphteria betegeknél ilyen módon nyert eredmények jobbak, mint a Loeffler agaron nyert eredmények. Igy pl. 65 klinikailag biztos diphteria eset közül a gyors eljárással 64, Loefflen culturával csak 61 adott positiv eredményt. Az eljárást sikerrel alkalmazták bacillusgazda-vizsgálatok elvégzésére is.

Petrilla Aladár dr.

Vizsgálatok a nicotinos hyperglykaemia mechanizmusára vonatkozóan. *R. Hazard, Ch. Vaille.* (Arch. Internat. de Pharmacodynamie et de Therapie. 1935. LI.),

Ép állaton nicotin befecskendezés a vérnyomást emeli, a szívverést gyorsitja és a vér cukortartalmát növeli. A vérnyomás emelkedéséről régóta tudjuk, hogy részint a mellékvese fokozott adrenalin termelésének eredménye, részint pedig a mellékvesén kivül ható tényezők következtében jön létre, (érmozgatóközpont izgalma). A szerzők vizsgálatai alapján chloralhydrat narcosisban kutya vérének cukortartalma átlag 40.7%kal emelkedik 0.005 gr. pro kg. venába adott nicotin só hatására. Mindkét mellékvese kiirtása után 21.35% csak a vércukor emelkedése. Ép állaton 20—30 perc alatt érte el a vércukor a legnagyobb értéket, mellékvese nelkülieken 5—10 perc elteltével. Vizsgálták nyulakon a nicotin hatását 0.20—0.08 gr. pro kg. spartein adagolása mellett. Ilyenkor a vér cukortartalma 20—25%kal fogyott az esetek többségében. A vérnyomás párhuzamosan és egyidejüleg változott a vércukor ingadozásával.

A kisérletekből megállapitják, hogy a nicotin vércukor emelő hatása két tényezőtől függ: 1. Suprarenalis factortól. (Adrenalin mobilisatio.); 2. Extra suprarenalis factortól. Itt szerepelhet a cukor szabályozó központra gyakorolt közvetlen natás, (ennek izgatására mellékvese nélkül is vércukor emelkedés jön létre,) továbbá a májra vagy más szövetekre kifejtett hatás. A kérdés meg nincs tisztázva.

Kiderül a vizsgálatokból az is, hogy sparteinnel kezelt állatokon a nicotin csak igen ritkán emeli a vércukrot, többnyire csökkenti azt, vagy nincs rá hatással.

Horváth Imre.

A scarlatinás reconvalescens savó prophylactikus és therapeutikus értékéről. *Hoyne, Levinsos és Thalhimer.* (Jour. Am. Med. Ass. 1935. 105. 783.)

Chikagóban szerzett tapasztalataikról számolnak be. A betegek fogékony és fertőzés lenetőségének kitett hozzátartozói közül 862-őt passiv immunisálásban részesitettek és 97.2% scarlatina mentes maradt. Azok között, akik az immunisálás ellenére megbetegedtek, a scarlatina enyhény modificáit formában zajlott le. A therapeutikus célból alkalmazott serum a betegségi tüneteket enyhitette, a szövődmények kifejlődését hátráltatta és számukat csökkentette, különösen akkor, ha idejében adták. A késői és már complikált esetekben kevésbbé volt értékes. A serummal kezelt esetekben halálozás is alacsonyabb volt. Kellemetlen reactiókat a serum alkalmazásától nem láttak.

Petrilla Aladár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Wechselbeziehungen von Atmung und Kreislauf. (Nauheimer Fortbildungs-Lehrgänge. Bd. XI. 153 lap, 50 ábra. Steinkopf, Dresden u. Leipzig, 1935. Ára 10 Mk.)

Klinikusokon kivül anatomus, physiologus, pharmakologus és fürdöorvos is szerepel az előadók között. A tekintetbe jövő anatómiai viszonyokat *Benninghoff* ismertette, *Rein* pedig a légzés és a vérkeringés élettani kapcsolatairól beszélt. Szerinte nem az oxygenszükséglet, hanem a vér szénsavtartalma szabályozza a légzési volument és a légzésnek és a vérkeringésnek szabályozása alapján teljesen független egymástól. *Straub* elfogadja *Brauer* pneumonosisát, melyet nézete szerint főképen a hajszálérlumen és az alveolus közti szövetrétegnek a pangás folytán vastagabbá válása okoz. Ezért csökken decompensatióban az arteriás vér oxygentartalma. A kardialis dyspnoe létrehozásában nézete szerint lényeges szerepe van az oxygenhiánynak, az esetek egy részében a szénsavfelhalmozódásnak és még a tejsavnak is. Janssen az oxygen és szénsavbelégzésnek javallatairól és a légzőközpontra, az erekre és a szívre ható gyógyszereknek alkalmazásáról beszélt, *Schoen* pedig a kis vérkörbeli pangást és ennek gyógyitását tárgyalta. *Knipping* az anoxaemia különféle alakjáról, *Schilling* a vér pathophysiologiájáról

keringészavarokban és a keringésnek megváltozásáról a verbetegségekben tartott előadást. *Siebeck* beszélt az empyysema, a thoraxdeformitás hatásáról a keringésre és a keringés functio-probával foglalkozva azt mondotta, hogy ezeknél többre becsüli a jó anamnesist. Spirygmographiás vizsgálatai alapján *Herbst* arra az eredményre jut, hogy az intrapulmonalis nyomás csökkenése a vérkeringést előmozdítja, emelkedése gátolja és hogy a belégzés megnyúlása növeli, a kilégzés megrövidülése pedig csökkenti az áramlási volumen. Végül még *Weitz* az előadássorozat tárgyára vonatkozó röntgen-kymogrammos megfigyelésekről, *Goldwitzer-Meier* a szénsavas fürdő hatásáról, *Dietlen* a tuberculosisról és vérkeringésről, *Muntsch* pedig a harci gázoknak a keringésre és a légzésre hatásáról beszélt.

Az előadók, közöttük szakmáinknak nagyon kiváló művelői, sokfele szempontból világították meg a keringés és a légzés összefüggéseinek fontos és nehéz kérdéseit. Az előadások tanulságos és élvezetes olvasmány nemcsak annak, aki e kérdések mai állásáról tájékozódni óhajt, hanem a gyakorló orvos is haszonnal fogja azokat olvasni, mert nem ritka, hanem gyakori állapotok értelmezésével és gyógyításával foglalkoznak.

Herzog prof.

Landois' s Lehrbuch der Physiologie des Menschen: *Prof. R. Rosemann.* (Urban és Schwarzenberg. Berlin 1935. 858 o. Ára, füzve: 18, kötve 20.50 Márka).

A közismert, az orvosnemzedékeket immár 50 év óta képző hatalmas munka a 21. kiadásban jelent meg újra, ami legkifejezőbben mutatja értékét. Iránya most is ugyanaz, mint az előbbi kiadásoké; elsősorban a gyakorló orvosok érdekeit tartja szem előtt. Ezért röviden és világosan kitér az élettani folyamatok kóros eltéréseire is, sőt a megfelelő fejezetek előtt a szövettant is tekintetbe veszi. *Rosemann* prof. óriási munkát végzett, amidőn a könyv régi keretét új anyaggal igyekezett megtölteni. A különböző fejezetekben sok új tényt ismerünk meg, a hozzátartozó irodalmi adatokkal együtt és így a tények állásáról legtöbbször tiszta képet nyerünk. A referensnek egy párszor mégis az volt az érzése, hogy néha talán radikálisabban kellett volna eljárni; régi, kevésbbé alapvető tények mellőzésével több új megfigyelést kellett volna ismertetni. Igy pl. a belső secretio fejezetében, különösen a hypophysisről szóló részben. Vagy talán mégis helyes lett volna, ha csak röviden is, vázolni azt, hogy a sympathicus és parasympathicus izgalomnak a sejtekre ráterjedése a már biztosan kimutatott közvetítő anyagok (intermediators) segélyével történik, ami a physiologiában és a pharmakologiában egész új fejezeteket nyitott. Mindenesetre tény az, hogy olyan hatalmasan fejlődő tudománynak, mint az élettannak, minden fejezetét egy embernek a maga egészében áttekinteni és arról helyes ítéletet alkotni lehetetlen. A könyvnek nem is ez a célja, hanem az, hogy alapos, irodalmi adatokkal is kellőleg felszerelt, bevezetést adjon az élettani folyamatokról. Ennek természetesen tökéletesen eleget is tesz.

Simon S. dr.

Die Bierhefe als Heil-, Nähr- und Futtermittel. *dr. Julius Schülein.* (Theodor Steinkopff Verlag. Dresden-Leipzig. 1935. 194 oldal. Ára: 9 Rm.)

Élelmiszeranyagaink összessége nem állandó szám, hanem az idők folyamán bővülő, illetőleg szűkülő lista. E listán aszerint tünnek fel és le az új vagy régi élelmiszeranyagok, mint az „élelmezéstani célalkalmasság" elvének többé- vagy kevésbbé felelnek meg. Párhuzamot vonhatunk itt gyógyszerkincsünk változásaival, ahol az idők folyamán igen sok pótolhatatlannak hitt szer tünt el a feledés homályában. A változásokat főleg két tényező irányítja. Egyik *a tudományos ismeretek fejlődése,* másik nem egyszer *az üzleti érdek.* Az élelmezés területét tudományosan hosszú ideig kizárólag a *táplálkozástan* uralta és mindazok a reformtörekvések, melyek a tömegek és egyének élelmezésénél megnyilvánultak, táplálkozástani elméletek jegyében állottak. Igy hódítottak éveken keresztül a fehérjekészítmények, jelentek meg vendéglők étlapjain kalóriaszámok, hogy legujabban a vitaminok divatos jelzőjének adjanak helyet. Az üzleti érdek szívesen fordul e tanok felé és készítményeit előszeretettel díszítette „kalóriadús", vagy „vitamindús" jelzőkkel, mert így értéket vélt kölcsönözni olyan készítményeknek, melyek a közönség által leginkább elismert értéknek, az *élvezeti értéknek szükében, vagy hijjával voltak.* Az élesztő egyike a legfontosabb konyhatechnikai segédanyagoknak, mely a tészta-, cukrász és sütőiparban nélkülözhetetlen. Mai formájában a sörgyártásnál jelentkező élelmiszeripari termék, mely megbízhatóságával, állandóságával és részben talán olcsóbb árával is teljesen kiszorította a konyhatechnikailag kevésbbé célalkalmas sörélesztőt. Azon az oldalon, ahol a sörélesztő fogyasztásának növeléséhez érdek fűződik, nem kímélik a költséget és fáradságot utóbbi előnyeinek hangsúlyozására. Sajnálatos módon legelsősorban a *vitamintartalom* kérdését vette elő és dolgozta fel tudományos szinvonalon a szerző és a sörélesztő gyógyító és tápláló értéke felől túlságosan messzemenő következtetéseket von le. Semmiképen sem valószínű, hogy az emberre vegyes élelmezés mellett a veszélyek olyan serege leselkednék és hogy ezek elhárítására olyan körülményes óvóintézkedésekre volna szükség, mint amilyeneket a könyv felsorol. Az élesztőnek, mint gyógyszernek megvannak az eddig is ismert orvosi javallatai és a klinikai tapasztalatok fogják ezek számát növelni, vagy csökkenteni. Hogy a sörélesztő mint segédtakarmány mennyire válik be az állattenyésztésben, afölött az állatorvosi gyakorlat hivatott ítélkezni.

Soós Aladár dr.

Rövid szemészet, gyakorló orvosok részere. Irta: *dr. Szokolai Ede,* a szombathelyi közkórház főorvosa. (Szombathely, Martineum könyvnyomda, 1935, 63 oldal.)

A könyvecske szerzője megérezte, hogy a gyakorló orvosnak a specialis szakmákban is kell bizonyos jártasság. E célnak nem felelhet meg a medikuskorban használt tankönyv, de a szigorlónak szánt compendium sem. Az általános orvosi gyakorlat különleges igényeinek megfelelő szemészeti szakkönyvünk nincs. *Szokolai* ilyennek szánta könyvecskéjét, de félek, hogy túlrövid. Megfelelő volna az olyan, amely a tankönyv és a kis füzet között állana. A könyvecske beosztása és tartalma sok tekintetben eredeti és érdekes.

Horay Gusztáv dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 8-i ülése.

Bemutatások:

Udvardy L.: *Pulmonalsklerosis.* 4. pulmonalsklerosist mutat be, amelyek közül kettő primaer, 2 secundaer pulmonalsklerosis volt. A röntgenkép nagyon jellegzetes, a szív jobbra növekszik meg, a pulmonalis ív erősen elődomborodik. A betegségnek 3 szaka van, az első szak hosszú, ilyenkor klinikai tünetek nincsenek, a 2. és 3. szak a cardialis szak, ekkor a prognosis már teljesen kilátástalan. A digitalis hatástalan.

Pólya J.: *Immediatprothesis a fél alsó állkapocs kivétele után.* Az 53 éves férfinek a bal alsó állkapocs fogmedernyujtványát elpusztító foghusrákja volt, amely az alsó ajakra, pofanyálkahártyára, szájfenékre és a retromaxillaris tájra átterjedt. Nagy, kemény nyirokcsomók az állalatti tájban. Ezeket a szájbeli daganattal s az alsó állkapocs bal felével együtt az art. carotis externa előzetes lekötése után egy tömegben részint élesen, részint égetéssel eltávolította. A visszamaradó üregbe a beteg saját állkapcsát helyezte (drótvarattal a megmaradt állkapocsfélhez erősítve), s utána a szájüreget tamponálva a börsebet egyesítette. Az állkapcsot előzőleg kifőzte, eltávolított ró'a minden lágyrészt, megkisebbítette és ertisollal vonta be, ami a rothadást megakadályozta. A beteg láztalanul, simán gyógyult, a saját állkapocsból készített prothesis jól bevált, az arc formáját megtartotta. A kiirtott daganat carcinoma planocellulare. (*Zalka*).

Előadások:

Paul B.: *Májműködés és vízanyagcsere.* Hepatocellularis ikterusban szervedő betegek vízanyagcseréjével foglalkozik a betegség különböző szakait véve alapul. A bőrbe adott physiologiás konyhasó oldat okozta dudor eltünési idejében mérése, szabályszerüen a betegség folyamán többször meghatározva, jó felvilágositást nyujt arról, hogy a betegség mely stádiumban van. A betegség első szakában a szervezett oedamakészsége fokozott a kiürített folyadék mennyisége nem felel meg a bevitt mennyiségnek. A gyógyulási szakban az oedemák lecsapolódnak, a kiürített folyadék meghaladja a bevitt mennyiséget. Az első szakban, a máj Head-zónájának izgatására, a kiválasztott vizelet mennyisége alig emelkedik, míg a gyógyulási szakban a Head-zóna izgatására a diuresis fokozásával reagál a szervezet. A vér víztartalma a betegség tetőfokán lényegesen

magasabb, mint a normalis és csak a regeneratio előrehaladtával csökken. Valószínűnek tartja, hogy a máj u. n. hormonalis tevékenysége teszi a bevitt vizet „veseképessé" és a parenchyma betegségeiben a májnak ez a functiója éppen úgy szenved, mint pl. a szénhydratanyagcserében oly fontos szerepe. Tekintettel azonban arra, hogy a vér kolloidalis szerkezetének fenntartásában ugyancsak igen fontos szerep jut a májparenchyma működésének és tekintettel arra, hogy ugyanazok a tényezők, melyek a diuresist fokozzák hepatocellularis ikterusban egyben a vér betegesen eltolódott kolloidális rendszerét is a normalis irányba terelik, feltehető, hogy a májnak a vízanyagcserében betöltött szerepe, csak a kolloidális rendszer változtatásán keresztül, minden ú. n. hormonalis ténykedés nélkül, jut érvényre.

br. Korányi S.: Többek között *Hamburger* kisérleteiből ismeretes, hogy az isotonia megzavarása heterotoniás oldatok intravenás befecskendezése után, még a vesék kiirtása után is, gyorsan corrigálódik. A catarrhalis osmoregulatio leghatalmasabb szerve a máj. *Duzár* térfogatváltozásait hypo- és hypertoniás oldatok i. v. befecskendezése után csecsemőkön röntgennel mutatta ki. A májzár kétségtelenül chemiai is lehet, mint ilyen szorosan összefügg a colloidok vízkötését szabályozó ionconstellatiónak és annak közvetítésével a vegetativ idegrendszernek állapotával, de a központi idegrendszerével is, amint azt pl. *Marx* kisérlete bizonyítja, s amelyben vízivás suggerálása a vérnek olyan physikai chemiai változására vezet, mint a vizitatás maga.

Hetényi G.: Kérdi, hogy ikterus catarrhalisban az említett vízforgalmi zavarok az ikterus lezajlása után is fennmaradhatnak-e? Ha igen, e tény talán felhasználható volna az ikterus catarrhalis utáni latens hepatopathiák felismerésére.

Rosenthal J.: Más megfontolásokból kiindulva több év előtt javasolta, hogy az eputak infectiójának esetén novurit alkalmaztassék. Valószínűnek véli hogy e szernek alkalmazása a májparenchyma bántalmazottságának befolyásolására alkalmas azáltal, hogy a májban megkötött vízmennyiség rovására a diuresist növeli. Emlékeztet arra, hogy a vér complement tartalma acut polyarthritis kapcsán is jelentősen csökken: a vérsavó eme tulajdonságának megváltozása aligha függ egyedül a májparenchyma épségétől. Ismeretes, hogy a vérsavó trypanocid hatása bizonyos májbetegségek kiséretében eltünik; újszülöttek vérsavójának sincs trypanocid hatása. A jövő van hivatva azon kapcsolatok kiépítésére, melyek a trypanocid hatás és a kóros májműködéshez füződő megváltozott kolloid egyensúly között fennáll.

Sümegi I.: Átoltható patkányrákban szenvedő állatok májlaesiója kapcsán fellépő vizanyagforgalmi zavart ismerteti, amely a chlor- és cholesterin anyagcserével szoros összefüggésben van. Az állatokon észlelhető vizforgalmi zavar májkészítmények adagolásával jól befolyásolható.

Paul B.: Hogy vajjon a vizanyacsere zavara az ikterus lezajlása után hosszabb ideig fennáll-e, azt most folyó vizsgálatok hivatottak eldönteni. A novurit jó hatása kétségtelenül dehydratáláson alapul.

Doleschall F.: *Enkephalomeningitis endemia.* 1935 május—augusztus hónapokban 31 megbetegedést észlelt a debreceni belklinikán, melyek közül 20 mindenben megfelelt a most általában meningitis epidemica serosának nevezett kórképnek. 11 eset azonban enkephalitisnek fogandó fel: álmatlanság, diplopia facialis bénulás, psychicus zavarok, negativ liquorlelet miatt. A meningitis epidemica serosát tehát az enkephalitisnek csoportjába kell sorozni, ezeken belül a mostani endemia leginkább a japán enkephalitishez hasonlít. Az a tény, hogy gyakran fordul elő Heine—Medin-esetekkel egyidőben, nem bizonyít: jelen epidemia alatt néhány Heine—Medin mellett a várhatónál több tbc.-s meningitis és herpes zooster is észleltetett. Az epidemia létrejöttét tehát úgy látszik valami ezideig ismeretlen körülmény teszi lehetővé, mely különösen fogékonnyá teszi a központi idegrendszert különféle aetiologiájú megbetegedésekre.

Manninger V.: Egy sorozatban, 1918. novemberétől 1919. márciusáig látott halmozódást (98 esetet) éspedig az influenzajárvány után. Ebből a fertőzés utáni toxikus befolyás biztosítottnak látszik.

Geldrich J.: Az elnevezést nem tartja helyesnek, mert ez a megbetegedés sem nem meningitis, sem nem epidemiás, sem nem serosus. Lényegileg ultrafiltrabilis virus által okozott megbetegedés. Ennek felelnek meg a liquorelváltozások is: ugyanis míg az igazi meningitisben a cukor mindig jelentékenyen és tartósan csökken, addig ennél normalis, ill. legfeljebb kisfokú és csak rövid ideig tartó és kismértékü csökkenés észlelhető. Ugy viselkedik a NaCl és a P is. Fontosnak tartja az ú. n. időben előfordult Heine—Medin-esetekkel összefüggésnek a tisztázását.

Doleschall F.: A lumbalpunctio jó hatását szintén észlelte. A meningitis epidemica serosa elnevezést nem tartja a legjobbnak, de meningitis jellegét a megbetegedésnek elvitatni nem lehet.

Fornet B.: *Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez.* (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Belák S.: Állatkisérletben a gyomorbélcsatornában különösebb sérelem nélkül lokalisan anaphylaxiás jelenségeket kiváltani nem lehet. Oka az lehetne, hogy a bél nyálkahártyában állítólag histaminbontó fermentum van. Más szervekben súlyos gyulladások állíthatók elő, pl. sensibilizált állaton pneumoniát az allergen belégzésével.

Bosányi A.: Osztályán polyvalens dy. savót is alkalmaz egész friss esetekben. Nagyszámú esetben adta a savót klysma alakjában is, de jó hatást nem látott. Néhány esetben azonban bélizgalmat látott. — Ok lehet talán a savó carboltartalma. Az allergiás reactiók gyógyító hatását osztályán is tapasztalták, *Peleskei* közölte is ezeket az eseteket. Hangsúlyozza a dy. bakteriológiai diagnostikájának megbízhatóságát.

Ötvös E.: Felhivja a figyelmet az általa kb. 15 évvel ezelőtt kezdeményezett és jelenleg is eredménnyel alkalmazott nagymennyiségü folyadékkal végzett kezelésére. Azt ajánlja, hogy a Fornet-féle localis serumtherapiát a bél előzetes mosásával vezessék be.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának december 13-i ülése.

Előadások:

Kántor J.: *Scarlatinás otitis és sinusthrombosis.*

Krepuska G.: A sarlach otitis nagy roncsolással járhat, ami nem áll arányban a fájdalommal. A sarlachos beteget állandó otologiai ellenőrzés alatt célszerü tartani és bizonyos praeventiv szabályokat betartani (feje ne legyen nagyon mélyen, hanem félig ülő helyzetben feküdjön és egyenes testtartás mellett táplálkozzon). Anatomiai praedispositio is már döntő lehet a szövődmények kialakulásában (proximális — lateralisan fekvő sinus, pulposus csecsnyúlvány, csontalkat —) ez utóbbi alapos kitakarítása fontos. Az újabban bevezetett serologiai kezelésekkel igen szép eredmény érhető el főleg azáltal, hogy megelőzően adva, a vörheny lefolyását enyhíti és a szövődmények kifejlődését gátolja.

Szatmári S.: Teljesen helytálló az a megállapitás, hogy az sc. otitisnél a szövet, illetve a csont roncsoló folyamata gyorsan kifejlődik. Ezért a műtéteket lehetőleg korán végzik A sinus csontos tokot egész hosszában szabaddá tesszük és különös gondot fordítunk a sinust körülfolyó cellarendszer gondos feltárására. Ha thrombosis jelenlétét tételezik fel, a sinust incindálják és kissé vérezni hagyják, hogy az esetleges rögöcskék kimosódjanak.

Szász T.: *A tuba mirigyeinek kisérletes vizsgálatairól.* A tuba falának hatalmas nyákmirigyrétege megfontolásai alapján „normális" körülmények között nem termelhet kifelé ürülő váladékot. mert ez akadály volna a levegő útjában. A mirigyek elválasztó működése a csillószőrös mozgás, a kehelysejtekben kevés nyákképződés mellett a mirigyek a garat felől a középfület támadó ártalmak elhárításának állanak szolgálatában és a dobüreg akkor lesz beteg, ha e védőgátak gyengék. Kutyák tubamirigyeinek új szövettani technikával történt feldolgozása után, a vetített képsorozatokon látható durva különbséget találta az atropin, a pilocarpin és a baktériumos fertőzés hatásában. Míg a kehelysejtmüködés ugyanaz az atropin után a normalisan is látott módon üres a lumen és nyákkal duzzadásig teltek a mirigyek, addig pilocarpin után szabad nyák tapad a falakon, de a mirigyek kiürülnek és nem termelnek új váladékot. Szopornyicás kutyák beteg tubái viszont nyákkal telt lumenüek, a mirigyek pedig az atropinhatás szövettani képére jellemző módon teltek, bizonyítékául továbbdolgozásuknak; arra engednek kö-

vetkeztetni, hogy ép állapotban csak a kehelysejtek termelnek nyákot, a mirigyek pedig valóban csak erős ingerek hatásakor. Megfigyelései összhangban vannak *Pawlow* megállapításaival, aki a nyál- és gyomor fundusmirigyek kisérletes vizsgálatai után specifikus működéseket tulajdonít a mirigyműködésnek, válaszképen az ingerek különbözőségére. Ő is beszél ártalmakat elhárító szerepéről és tubamirigyek *Krause* és *Rüdiger* óta ismert összefüggése a glossopharyngeussal és a sympathicussal, szintén finom reagálóképességre enged következtetni.

Pogány Ö.: A tuba szerepe nem teljesen tisztázódott és a tubamirigyek szerepét illetőleg csatlakozik *Szász* felfogásához, hogy a tuba mirigyek szerepe védekezés a garatból bejutni igyekvő infectió ellen. Ezt a kérdést el lehetne dönteni úgy hogy a tuba garati nyilását kell megfigyelni, hogyan viselkedik a tubát ért ingerekkel szemben.

Fialovszky B.: Fejemíti *Pawlownak* a kutya hallási felső hanghatára megállapítására vonatkozó kisérleteket, amelyek különböző mirigy-működések vizsgálatai útján történnek.

Krepuska G.: A kisérletekre használt kutya fülkürtjének a porca különbözik az emberétől, mert a kutya tubáinak zárásához szükséges horog hiányzik és így lehetséges, hogy a finomabb szövettan és ideg ellátás viszonyokban is különbség van. Az emberi tubának acinosus mirigyrendszere a medialis falon van elhelyezve, míg a hártyás falon a zsirszövetből álló párna ugyancsak a tuba zárását igyekszik elősegiteni. Az isthmus tuba felett a submucosa nélküli nyálkahártya nem köbhámmal, hanem csillószőrös hámmal van ellátva. Nagyon erősen vascularisált, sőt cavernosus jellegü az alatta levő kötőszövet. A cavernák ideges behatásra telődnek és a tuba lumenét elzárhatják. Az acinosus mirigyek lobos folyamatokban erősen secernálnak. A tuba idegvégződései is egészen különlegesek. Az idegszálacskák összefüggésben vannak a duc-sejtcsomókkal, melyeknek esetleg különböző, de emellett fontos szerepük van. Kehelysejtek a tuba egész hosszában megvannak, míg az acinosus sejtek csak az ostium pharyngeum tubae-hoz közel találhatók. Nagyobb nyirok mirigyek még a Gerlach-féle tubáris tonsillában. Az előadó által az acinosus mirigyek elválasztó sejtjeiben leirt atropin hatásra előálló elváltozások előidézésében a mirigy sejteket és kivezető csöveket körülvevő kötőszövet összehúzódása és így comprimáló hatása is figyelembe veendő. Előadó ezen állásfoglalását, mely szerint a tuba acinosus mirigyeinek élettani szerepe csak az lenne, hogy lobos folyamatokban hypersecretioval reagálnak, különben állandó nyugalomban lennének, hozzászóló nem fogadhatja el, mert ezekben kell, hogy normális élettani szerepük is legyen,

Wein Z.: Nehezen tudja összeegyeztetni, hogy a tubamirigyek védőműködésének eredményeként felvett nyálkadugasz gátolhatná a bakteriumok felvándorlását a dobür felé, mert: 1. az nem zárhat tökéletesen, 2. lehet, hogy maga is kitünő táptalaj és 3. ha tényleg jelen volna, az általa okozott dobüri pangás talán még inkább elősegitené a felhatolt csirok megtelepedését. Közelebb fekvő a gondolat, amint az előadó is utalt rá, hogy a fokozott nyálkaképződés és az ezzel kapcsolatos, garatfelé irányuló erélyes nyálkaáramlás a felhatolni készülő bakteriumok kimosása által szolgálja a védelem ügyét, ami fokozhatja a csillószőrök kiküszöbölő munkáját.

Kerekes Gy.: Orrmellékmirigy-nyálkahártyán tett megfigyelései azt mutatják, hogy corpusculáris elemek továszállitására aktiváló hatása van a burkoló nyáknak.

Szász T.: *Ad. Pogány: Gyergyai* pharyngoskopon át megfigyelt emberi tubanyilásokon sohasem látott váladékot ürülni, de csakhamar nyák jelent meg bennük akkor, ha kis vattatampont dugott a nyilásba.

Ad. prof. Krepuska: Eltekintve attól, hogy a kutyatuba szerkezete úgyszólván tökéletesen azonos az emberével, az a megjegyzés, hogy még a magasrangú emlősökön végzett kisérletek eredményei sem vihetők át az emberre, annak beösmerése volna, hogy a kisérleti állatokból készült hekatombák hiábavalók. A mirigysejteken *Haidenhein* óta ösmert módon atropinra előállott a vetitett metszeteken is látott elváltozások semmiféle összefüggésbe nem hozhatók a környező szövetek, vagy erek physikai hatásával. Hozzászóló érvei között nem talált olyanokat, amelyek a tubamirigyek működésének az előadottakból különböző, másféle élettani szerepét csakugyan be is bizonyitanák.

Ad. Wein: Maga is állitja, hogy a megfelelő erejü fertőzés a mirigyek szolgáltatta védőgátat végre legyőzi.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának december 18-i ülése.

Holitsch R.: *A sigmabél diverticulosisa.* 72 éves férfi két éve érez hasában baloldalt alól fájdalmat. Időnként bélmeredevedések, görcsös fájdalom és székrekedés. Fájdalmas resistentia a bal csípőtányérban. Klinikailag alapos gyanu a sigmabél rákjára. Contrastbeöntés: a sigmabél haustrái mélyebben befüződtek, a haustrák csucsán cseresznyemagnyi és nagyobb gömbalakú üregek, amelyek szük nyakkal közlekednek a haustrákkal. A nyálkahártyaredő vaskosabb, de mindenütt megtartott. Ennek alapján körjelzés: diverticulumok, amelyekben pangó bélsár nyálkahártyagyulladást és ez reflexes bélgörcsöt okoz. A lefolyás igazolta a körjelzést: beöntések és laxansok mellett három év óta jól érzi magát

Vesedaganatot utánzó vesevérzés. 50 éves férfi, bőséges vérvizelés, fájdalom nélkül. Intravenás pyelographia, baloldalt szabályos vesemedence jobboldalt a vesemedence nagyobb része és alsó kelyhei nem telődnek. Egy hónap mulva ismételt pyelographia: változatlan lelet. Vérzése nem ismétlődött, közérzete jó, testsúlya nem fogyott. Vérnyomása fokozott. Három hónap mulva megint pyelographia: jobboldalt a vesemedence telődése jelentékenyen jobb, mint azelőtt. Két hónap mulva retrograd pyelographia: jobboldalt is szabályos vesemedence és kehelyrajzolat. Nyilvánvaló, hogy a vesemedence telődési hiányát hypertensióval magyarázható vesevérzésből ottmaradt vérrög okozta, amely csak fokozatosan, hónapok alatt tünt el.

Weisz M.: *A cukorbaj szemészeti vonatkozásai.* Előadó a poliklinikai beteganyaggal kapcsolatban részletesen foglalkozik a retinális diabetesszel, a cukorbajosok szürkehályogképződésével és a cukorbajos comával összefüggő hypotonia bulbival. Következő megállapításokra jut: A retinitis diabetica a cukorbajos beteg ideghártyájának arterioskleretikus, ill. hypertoniás érfalmegbetegedése. A fiatalkori cukorbetegek szürkehályogképződése fajlagosnak fogható fel, az öregkori cukorbajban előforduló kataraktaképződés általában úgy megy végbe, mint a katarakta senilis.

A cukorbajos comával összefüggő hypotonia bulbi ismereteink mai állása alapján a szövetek nagyfokú vízeltolódásain és colloidchemiai tulajdonságaik megváltoztatásán kivül valamely specifikus méreganyagoknak a szem belnyomására gyakorolt hatása útján jön létre.

Továbbiakban röveden megemlékezik a cukorbajjal összefüggő egyéb szemészeti elváltozások.

Kenedy D.: *Szövetanyagok szerepe a kisérleti viszketésben.* Szerző számos kisérlet alapján ahhoz az eredményhez jut, hogy a kisérleti viszketés előidézésére használt anyagok nem ingerlik közvetlenül a hámban ülő idegvégeket (a hüvely nélküli idegrostok, amelyekről *v. Frey* kimutatta, hogy a bör fájdalomérzését. *Török* szerint a viszketés érzését is közvetitik), hanem hatásukra sajátos anyagok („P" prurigen anyagok) képződnek, amelyek a viszketést előidézik.

Magyar Phonetikai Társaság dec. 18-i ülése.

Kalmár B.: *A légzési technika különféle módjait* ismerteti és kiemeli, hogy a helytelen légzés a hangra ártalmas befolyást gyakorol. Ezért a pedagógiai énektanítás megoldását és a fúvó hangszerek kezelésére is alkalmas légzési technika felülvizsgálatát ajánlja. Javasolja, hogy az énekpedagógia és fúvós hangszerek mesterei a helyes légzés ellenőrzése érdekében a Gärtner-féle pneumographot alkalmazzák.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének december 18-i ülése.

Napirend előtt **Ratkóczy N.** alelnök üdvözli *Kelen Béla* elnököt tanári jubileuma alkalmával, amit az ünnepelt keresetlen szavakkal köszön meg.

Markovits I.: *A Chaoul-féle röntgen-besugárzási eljárás és alkalmazása:* A daganatos megbetegedések röntgenkezelésének legfontosabb problémája az volt, hogyan lehet a daganatra olyan nagy menyiségü röntgen- és radiumsugarat bocsátani, mely azt elpusztitja, anélkül azonban, hogy az egészséges környező részek is bántalmaztatnának. Sikerült

egy olyan röntgenlámpát készíteni, melyből a puha röntgen-sugarak a lámpa egyik végén lépnek ki. Mivel a röntgenlámpa ezen nyulványa csak kb. 3 cm átmérőjű, az új rötgencső nemcsak arra alkalmas, hogy annak végét, hol a sugarak képződnek, a beteg felületre ráfektessük, hanem arra is, hogy testüregekbe bevezetve a cső végét, a test belsejében lévő daganatot direct sugározzuk be. — *Chaoul* puha sugarakkal (60.000 Volt feszültség) igen kis fokus-bőrtávolságból dolgozik. Ennek folytán a sugárzás a mély felé rohamosan csökken, annyira, hogy pl. 5 cm mélyben a felületi adagnak csak kb. 10%-a van még meg. Az új eljárás ezen hatásában nagyon hasonlít a radium hatásmódjához. *Chaoul* igen kis beesési mezőből (10—20 cm²) igen nagy dosisokat (5—8—10,000 r. egység) ad. A kezelés naponta 4—5 perces s 12—20 napig tart. A kezelést csak akkor szakítja meg, ha a daganat megkisebbedése már megindul. Eddig olyan esetei is vannak, melyeket három és fél évig figyel meg s mostanáig a gyógyult daganatok sem nem recidiváltak, sem pedig a besugárzási helyen késői áramlom nem mutatkozott. A besugárzás utáni bőrreactiók erősek. Kb. 5000 r. applikálása után epithelitis sicca, nagyobb dosisokra epithelitis exsudativa. A reactiók kb. 3—4 hét alatt lezajlanak s helyükön normalis bőr látszik, esetleg kisfokú atrophiával. A nyálkahártya reactiói ugyanolyan simán zajlanak le, mint a bőr reactiói. A kezelést kb. 8 hét multva meg lehet ismételni.

Kisfaludy P.: Az ismertetett Chaoul-féle eljárás csaknem nélkülözhetetlen minden olyan intézetben, ahol a felületi kezelést igénylő rosszindulatú daganatok gyógykezelésére radium nem áll rendelkezésre. Bemutat egy beteget, igazolásául annak, hogy vannak olyan esetek, hol viszont keményebb sugarakra van szükség, mint pld. a már az előzőleg is sugárkezelésben részesültek. Betege sternumán egy férfi ökölnyi kifekélyesedett mammái fölött pedig atrophiásált bőrrel fedett egy-egy gyermekfejnyi daganat található. E területekre eddig több mint 4000 röntgen r-t adtak. Mivel a daganat erre az aránylag nagy röntgendosisra csak alig reagált, a bemutató rádiumtüzdeléses és moulage kezelést (1½ platina szürő) végzett, melyre az előbb említett daganatos tünetek elmultak. Ezt az eredményt az erősen kiszűrt kemény gamma sugaraknak tulajdonítja, melyekkel ily módon sikerült a már az előző besugárzásoktól megviselt bőrön keresztül is a daganat elpusztításához szükséges elegendő sugármennyiséget juttatni.

Kelen B.: Kisfaludy hozzászólására megjegyzi, hogy a radium-tok filtervastagsága a gamma-sugárzás keménységét számbavehetőleg nem befolyásolja, mert annak jellemző hullámhosszúsága állandó (0.005 A) és filterrel nem befolyásolható. Kísérletileg beigazolt tény, hogy a sugárkeménység variálása a szövetekre gyakorolt hatásban különbséget nem okoz, hanem egyedül csak az elnyelt sugárquantum a mérvadó. A filtervastagság fokozása csupán a betasugarak tökéletesebb elnyelése tekintetében bir jelentőséggel.

Huszár L.: *A Chaoul-féle röntgenlámpa.* A Chaoul-röntgenlámpa speciális építési módja a contact-therápia alább felsorolt követelményeiből következik: 1. Igen kis fókusz-bőrtávolság (3—5 cm); 2. A minimális fókusztáv elérése nemcsak a bőrfelületen, hanem üregi kezelésekben is; 3. puha sugárzás; 4. kis besugárzási mezők (10—20 cm²) 5, nagy percdosis (100—150r/min.).

A Siemens-féle Chaoul-lámpa érinthető Tuto-kivitelben készül és egy földelt csörnyulványa van, amelynek végében foglal helyet az antikatód (fokusz). Ez ideálisan megoldja a legkisebb fókusz-bőrtáv kérdését úgy a bőrfelületen, mint a testüregeken. A lámpa 60 kV csúcsfeszültséggel jár, 4 mA terheléssel s a percdósisa 5 cm fókusztávról 100—150 r/min-t is eléri. A kis mezőnagyságot a csörnyulványra húzható fémburokkal érjük el, ezek közt törtvonalu, ferde tubusok is vannak. A pontos beállításhoz minden irányban igen könnyen mozgatható csőtartó-állványra van szükség.

A Debreceni Orvosegyesület december 5-i ülése.

Bemutatások:

Szauter B.: *Tropikus malaria és orbánc együttes előfordulásának esete.* A beteg a malariás fertőzést 8 nappal felvétele előtt a debreceni hőforrás közelében bal arcfelén szúnyogcsípés folytán szerezte. Innen indult ki az orbánc, Hőmérsék állandóan 39 és 40 között mozog. A harmadik napon előadó szerint kidolgozott új eljárással (sürítés) félhold alakú tropica gametákat mutatott ki. Az idei nyár-őszi időszakban ez már a harmadik tropikus malaria esete.

Neuber E: Rámutat két filariás betegének therapiájára, amikor mind a két beteget malaria kúrával kezelte. Eddig filariás betegeken malaria therapiát nem alkalmaztak, *Neuber* is azért folyamodott a gyógykezelésnek ehhez a módjához, mert az egyik filariás betegnek egy ízben súlyos erysipelasa volt, amelynek lezajlása után a filariás rohamok egy időre kimaradtak. Hozzászóló abból indúl ki, hogy erysipelas mint láz- és áthangoló therapia ha nem is gyógyítólag, hanem javítólag hatott a filariás beteg állapotára, már csak ezért is, mert néhány hétre a mikrofilariák a véráramból eltüntek. Miután erysipelas therapiát filariás betegein nem alkalmazhatott, tehát egy másik, még sokkal hatalmasabb láztherápiát: malaria-therapiát vezetett be, mely aranykúrával kombinálva mindkét betegének teljes gyógyulását eredményezte. Ebből a két esetből kiviláglik, hogy malaria-fertőzés magas temperatúrával, a mikrofilariáknak és filiariáknak életfeltételeit kedvezőtlenül befolyásolja, sőt azokat el is öli és így a beteget meggyógyítja.

Kovács F.: Felhívja a figyelmet arra, hogy ecetsavas eljárást a malaria-hordozók kimutatására háború alatt már kiterjedten használták az u. n. vastagcsepp vizsgálatoknál,

Jeney E: Sporadicus malariafertőzések esetén mindig kell gondolni arra is, hogy malariás vidékről jövő közlekedési eszközök (vonatok, különösen a hálókocsik, sőt repülőgépek) közvetítésével hurcoltatnak be az anophelesek.

Láng S.: Malaria tropica esetről eddig bejelentés a tiszti főorvosi hivatalhoz nem érkezett. 1934-ben elég sok tertiana esetet jelentettek be a Halápról, ahol 2 kis területű belvizes terület körül észleltünk eseteket.

Thurzó J.: A fertőző betegségek vetélkedése igen érdekes megfigyeléseket szolgáltathat. A világháború alatt alkalmam volt Szerbiában és Albániában fertőző betegségek együttes előfordulását számos esetben észlelni. A malaria tropica és tertiana együttes előfordulása igen gyakori. Egyik betegség sem nyomja el a másikat, A quartana legtöbbször csak egymagában fordúl elő. Igen érdekes észlelete volt többízben az, amikor visszatérő lázban szenvedő beteg kiütéses typhusba esett. A vérkészítményben szinte hemzsegő Obermayer-féle spirochaeták az exanthematicus ismeretlen kórokozója vetélkedése folytán egy csapásra nyom nélkül eltüntek. A recurrens és a kiütéses typhusra vonatkozó észleletei alapján felvetődik az a gondolat, hogy — amennyiben a kiütéses typhus ismertlen kórokozójának egész enyhére mitigált alakulatát megismerhetnők — akkor a paralysis fertőző gyógykezelésére esetleg ezt is felhasználhatnánk.

Jankovich L: *Fehérvérüség csirkében* (big liver disease). Egy vizsgálatra beküldött levágott csirkének szerveit mutatja be s különösen annak máját, amelyik hízott libamáj nagyságát érte el, sárgás, de tömött volt. A szövettani vizsgálattal kiderült, hogy a májmegnagyobbodás diffus leukaemiás beszűrődésnek felel meg, amelyet más szervekben is, így pl. a vesékben is meg lehetett találni, habár jóval kisebb mértékben. Bár pontos azonosítás nem volt lehetséges, bemutató az esetet mégis csontvelő eredetű fehérvérüségnek (myelogen leukaemia) tartja, amely már a véráramba is áttört. A betegség tyúkoknál nem ritka, átoltható, az előzetes rögzítés azonban az átolást nem tette lehetővé.

Előadás.

Kovács F.: *A következményes ivarcsatorna szükületek ritkább alakjairól,* — Ezek klinikai fontosságát emeli ki, a veleszületettekkel és atreisiákkal szemben. Megkülönböztet 1, hormonalis eredetü. 2. mechanikai sérülés. 3. vegyi és hőhatás által, 4, sugárártalom által előidézett, 5 fertőzéses, 6 daganatos, 7. idegen test által okozott gynatresiákat. Különösen a hormonalis eredetü szükületekkel fog'alkozik, mint amelyek eddig úgyszólván teljesen ismeretlenek, A hüvelyben és a test egyéb felszines részein előforduló fekélyek keletkezésénél is felhívja a figyelmet a hormonalis összefüggésre, két beteg kórtörténetének ismertetésével. A mechanikus gynatresiák között a müvi vetélések ilyen következményeit tárgyalja bemutatásokkal. Maró folyadékok által előidézett sec, gynetresiákra is kiterjeszkedik. Conclusiói a következők: 1, A hormonalis zavarok a közismert kellemetlenségeken (vérzés, amenorrhoea, meddőség, kísérő tünetek stb) kívül fekélyképződéshez, gynatresiához vezető zavarokat is okoz-

hatnak, 2, Az ivarcsatornában (és a test egyéb helyein is) fellépő tisztázatlan jellegű fekélyek okai után kutatva gondolnunk kell hormonalis zavarokra is, 3, A hormonalis eredetű fekélyek fajlagos kezelése nélkül csak renyhén és torzító hegekkel gyógyúlnak. 4. Müvi vetélések még legszakszerübben végezve is olyan gynatresiára vezethetnek, amelyek esetleg csak súlyos csonkító mütéttel gyógyíthatók, 5, A nem malignus eredetü méhvérzések gyógyítására a rádium csak a legnagyobb megszorítással alkalmazandó, épúgy mint a nyálkahártyát roncsoló egyéb kezelések is, 6. Az ivarcsatorna bármilyen eredetü (vegyi, thermikus, traumás, fertözéses stb.) fekélyes és lobos folyamataiban a gyógyulás gyorsítása és a hegesedése, tehát későbbi szükület vagy elzáródás megelözése céljából minden esetben ajánlják a hormon-kezelést.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 11-i ülése.

Előadás:

Heiner L.: *Lichen ruber planus vagy salvarsan-arany dermatitis.* Közel egy időben két betegen észlelt lichen ruberszerü exanthemát, egyiken neosalvarsan, másikon solganal B kezelés után. A további lefolyás alatt kiderült, hogy a salvarsan után fellépő kiütés valódi lichen ruber volt, melynek még kiváltásában sem volt a salvarsannak szerepe; a solganal B után fellépő exanthema azonban valódi aranydermatitisnek bizonyult.

Bach I.: Aranykezelés után fellépő toxikus tünetek tuberculotikusokban aránylag sokkal ritkábbak, mint izületi megbetegedésekben. Ennek oka valószinüleg abban rejlik, hogy a tuberculotikusok inkább sympathico-, az arthritikusok inkább vagotoniásak. Fenti esetben is a vér alacsony calcium tükre (6.9 mg%), valamint a nagyfokú eosinophilia (44%) a vagusrendszer túlérzékenységére mutat. Alacsony calciumtükör és eosinophilia fellépte az aranykezelés abbahagyását teszi tanácsossá. Aranykezelés előtt a vegetativ idegrendszer vizsgálata fontos és vagotoniások a kezelésből kizárandók.

Rejtő K.: *A Finsen-sugarak szerepe a bőrtuberculosis elleni küzdelemben.* A szegedi bőrgyógyászati klinika Finsen intézetét ismerteti s kimutatja, hogy az abban kezelt lupusos betegek 78%-a meggyógyult, 19%-án pedig lényegesen javultak az elváltozások.

Eredményei úgy orvosi, mint szociális szempontból egyaránt indokolják a klinika lupus-gyógyító intézetének mindenáron fenntartását.

Waltner K.: *A gabonanemüek hatása a csontrendszerre.*

Egyetemi gyógyszertár felállitásának tervezete 1813-ban.

Irta: *Győry Tibor dr.,* egyet. c. rk. tanár.

A napoleoni háborúkkal kapcsolatos pénzértékromlás az élet összes viszonylataiban súlyosan éreztette hatását. A pénz vásárlóereje az eredeti értéknek egyötödére csökkent s 1811-ben hivatalosan is kimondták a csökkentést és utóbb még egy devalvatiót kellett végrehajtani. Hogy mit jelentett ez az állapot egy egyetemi tanárra nézve: ezt a helyzet illustratiójára óhajtjuk felhozni. Amikor a nagyszombati egyetem első öt orvostanárát kinevezték, tehát 1770-ben, *van Swieten* befolyására 1200 frt. évi fizetést állapított meg Mária Terézia a számukra. Hogy ez a fizetés mily gondtalanságot biztosító nagy összeget jelentett, legjobban mutatja az az összehasonlításra igen alkalmas tény, hogy ugyanakkor Bécsben egy magasrangú katonatisztnek a fizetése, akinek fogatot is kellett tartania, 300 frt. volt. Az 1200 frt-os dotatio azonban a napoleoni időket követő értékromlás idején is megmaradt eredeti összegszerűségében, s éppen csak a kari senior kapott 200, a prosenior pedig 100 frt. fizetéstoldalékot. Hogy hová jutottak egyes, egykor magánvagyon felett is rendelkező professorok, egy-két kiragadott esettel rávilágíthatunk. *Szening János,* a bonctan és szülészet szerencsétlen combinatiójú két tárgyának professora, 1806 febr. 13.-án bekövetkezett halála után több mint 16 ezer forint adósságot hagyott hátra, mellyel a mészárosnak, fűszeresnek, szabónak, cipésznek stb., szóval a mindennapos élet nélkülözhetetlen cikkei szállítóinak tartozott s az Országos Levéltár ma is őrzi azt a vaskos feljegyzési füzetet, melyben a bajbajutott sajnálatraméltó özvegy az utolsó fillérig feljegyezte az apró tételekből összeverődött nagy adósság-összeget.

A nagyérdemü *Winterl Jakab József,* az első öt tanár egyike, aki mostohán dotált két tárgyának, a chemiának és botanikának a kellékeire fordította a magánvagyonát, amiért felesége el is hagyta, annyira elszegényedett, hogy végül is eladta házi berendezésének egy részét, ruhái rongyokká váltak s nagybetegen még tüzifát sem tudott vásárolni. Mindezt tőle magától tudjuk meg abból a felségfolyamodványból, melyet két hónappal az 1809 november 24-én bekövetkezett halála előtt nyujtott be, indokolásául hozva fel az anyagi helyzetén való némi könnyítés iránti kérelmének. Winterl az akkori árfolyam szerint kiszámitotta, hogy 1200 forintnyi fizetésének mindössze már csak 266 frt. 40 kr. valutáris érték felelt meg. Felhozta, hogy a tanár az egyetlen, ki fizetésének javulását nem remélheti, azon iskolatársaival szemben, kikből időközileg tábornokok, püspökök lettek. Folyamodványát azzal fejezte be, hogy nem kéri az 1200 frt.-nak megfelelő 6000 frt-ot, mert hisz a tanárok mindig méltányolni tudták az állam nehéz helyzetét, hanem ennek csak a felét, 3000 frt.-ot. Kérelmének sem teljesítését, sem elutasítását nem érte meg Winterl; több mint 38 évi becsületes, önfeláldozó munkálkodás után fázva, lerongyolódva fejezte be küzdelmes életét.[1])

Mekkora szegénységről tesz bizonyságot az a folyamodvány is, melyben *Weleczky János,* a sebészet lectora a kineveztetése után az udvari kamarai illetékkiszabó hivatal (taxatoratus officium camerae aulicae) által 1811-ben kirótt 37 frt. 40 kr., illetve 7 frt. 32 kr. valuta megfizetése alóli felmentéséért esedezik,[2]) melyet azonban el nem engednek neki.

Érdeklődésünkhöz közelálló példákkal óhajtottuk megvilágítani a szóbanforgó esztendők gazdasági leromlottságát s a pénz elértéktelenedését. Ily körülmények közt könnyen elgondolható, miféle mikroskopikus értéket jelenthettek azok az összegek, amelyeket az egyetem orvosi karához tartozó intézetek kaptak évi ellátmányul: Az anatomiai múzeum 50, a természetrajzi 100 s az állatorvosi tanintézeté 100 frt.-ot. E mellett egyre sürgősebbé vált már a gyakorlati bonctani, a műtősebész-képző és egy önálló szülész- és bábaképző intézet felállitása, melyeknek a fenntartására szintén pénzre volt szükség; de itt is előrevetette magát a gond árnyéka, vajjon megtesznek és elégségesek lesznek-e az arra fordítható összegek?

Efféle bénító gondolatok vehettek erőt 1813-ban az orvoskari tanártestületen, de szerencsére ezeknél is jobban a tespesztő helyzeten való segités akarata, amidőn a szeptember 13-iki ülésén a kar egyhangulag elhatározta, hogy egy egyetemi gyógyszertár felállítására kér engedélyt a helytartótanácstól és pedig avégből, hogy az annak üzeméből befolyó tiszta jövedelmet a tudomány oltárára teszi le: abból segíti meg a már fennálló s a még létesitendő intézményeket.

[1] Orsz. Levéltár: Literario-politica 1809. Fons 8, pos, 336.

[2] Orsz. Levéltár: Literario-politica 1811, Fons 8. pos, 268.

Az elgondolás a következő volt. Az egyetemi gyógyszertár szállitaná nemcsak a gyógyszereket a klinikai kórházaknak, s a nyers drogue-okat a különböző tanszékeknek (természetrajz, physika, chemia, anatomia stb.), de rendelkezésére állana a nagyközönségnek is. Számításokat is végzett a kar a várható jövedelemre vonatkozólag. Pontos kimutatást készített az 1799/80—1811/12-ig terjedő 13 évről, melyből megállapította, hogy a jelzett idő alatt összesen 46.803 frt. 33½ krt.-t tett ki a klinikák gyógyszerfogyasztása, vagyis évente átlag 3600 frt.-ot bankócédulában azaz 720 frt.-t valutában, az állatorvosi tanintézet pedig 1301 frt. 29 kr.-t vagyis évente 100 frt. $^{11}/_{13}$ kr.-t bankóban, azaz 25 frt. $1^{4}/_{5}$ kr.-t valutában. Ezenfelül az orvoskari intézetek 745 forintot költöttek a szóbanlévő 13 év alatt gyógyszerekre és drogue-okra. Ezek az összegek még magsabbra rúgtak volna, ha a gyógyszerészek engedményeket — többnyire 20%-ot — nem tettek volna, amit egyébiránt könnyen megadhattak, minthogy 120—150%-os nyereséggel dolgoztak.

Ha a felállítandó egyetemi gyógyszertár veszi át a szállitást, a befolyó haszonból kvótaszerűleg kivánja támogatni az orvoskari intézményeket. De lesz annak más előnye is, elsősorban a tudomány hasznára. Az egyetemi gyógyszertárban nyernének ugyanis, tudományos felügyelet és irányítás mellett, alkalmazást a tehetségesebb gyógyszerészek, s az egyetemi hallgatók is jobb kiképzésben fognak részesülni, ha ebben a gyógyszertárban ismerkedhetnek meg a gyógyszertannal s a vényirástannal, az ars formulandi-val, a tanárok vezetése alatt. Azonkivül a gyógyszerkönyv eszméje is itt fog leggyorsabban és legjobban megvalósulni.

A gyógyszertár tudományos felügyelete a chemia és botanika tanárára, a gazgasági felügyelet a provisorra fog bizatni.

Nagy hasznot fog jelenteni a gyógyszertár helye is, mert előnyösebb helye egyik pesti gyógyszertárnak sincs. Nagy forgalmat biztosit az egyetemi gyógyszertárnak, hogy az egyetem orvoskari épületében állittatik fel a Hatvani és az Ujvilág-utca (platea Hatvanensis et Novi Mundi) sarkán, s a Kecskeméti-utca felől is sok külföldi vásárló (emtores extranei) várható, főleg a heti piacok s még inkább a vásárok idején. A szomszédos Hatvani-, Magyar-, Kolbachi-, (ma Reáltanoda), Sarkantyú-, Megyeház-, Ujvilág- és Király-utcákban (platea Hatvanensis, Ungarica, Kolbachensis, Calcaris, Comitatus, Novi Mundi et via Regia) is sok nép lakik s a régi füvészkert (a mai Ferenciek bazára) helye is idővel megtelik házakkal. Az egyetemi gyógyszertár felállitása nem fogja sérteni a többi 5 pesti gyógyszertár: a tábori patika, az Offenbach, Petz, Fribauer és Gömöri-félék érdekeit, mert azok elég messze esnek a Hatvani és Ujvilág utcák sarkától. Az egyetemi gyógyszertár hasznát azonban nem csak ez a nagyforgalmú hely biztosítja, hanem a gondos és pontos administratio, s maga a fenntartó facultás neve; a kiadásokat pedig csökkenti az, hogy nem kell helyiségbért fizetni s nincs mögötte egy család, melyet a gyógyszertártulajdonosnak el kell tartani, s amely ebben a fényűző korban (!) sokba kerül.

A kar tervezete az Ujvilág utcai épület földszintjét rendezte be a felállítandó gyógyszertár céljaira s ezt gondos és szabatos rajzzal illustrálva mellékelte a felterjesztéshez. Sorjában következtek — északi irányba sorakoztatva — a tervezett helyiségek: az elárusitó officina, a laboratorium, a vendégek helyisége, a provisor szobája, az anyagraktár, oldalt a famulusok szobája, az edényraktár, a földszintről lépcsőkön lemenve: az aquarium, a fa-, mellette a szénraktár; a padlás növényszárításra volt berendezendő.

A kidolgozott költségelőirányzat szerint a gyógyszertár felállítása és berendezése az épületben szükségesekké váló átalakításokkal együtt 30.000 frt.-ba kerül, ami azonban idővel, főleg a jobb viszonyok beálltával, meg is térül.

Végül kijelenti a kar, hogy az egyetemi gyógyszertár létesitésének igazi akadálya nincsen, legfeljebb a gyógyszertárosok félelme és nyereségvágya fog mint ilyen jelentkezni.

Az egyetemi magistratus october 27.-én foglalkozott az orvosi kar gyógyszertári tervezetével s azt felette üdvösnek tartotta, miért is arra kérte a m. kir. helytartótanácsot, hogy azt engedje megvalósitani; amennyiben pedig a gyógyszertár felállítása nem sikerülne a jelenben, mert a szükséges befektetésekre nincs meg a pénz, vagy ha úgy találtatnék, hogy a meglévő patikák száma elegendő, akkor őriztessék meg a terv a jövőre s az új patikanyitási engedély az egyetemi gyógyszertár részére tartassék fenn.

A magistratus felterjesztése a kar tervezetének mellékletével felérkezvén a helytartótanácshoz, itt november 30.-án röviden úgy intéződött el az ügy, hogy kimondatott: „Többféle mérlegelés alapján, főleg azonban az egyetemi alapnak kivált ezidőszerinti felette szűkös voltánál fogva, a felterjesztésnek nem lehet helyet adni."[3])

Ime megfellebbezhetetlenül így esett a kútba az orvosi karnak egy igen üdvös és úgy a tudomány, mint a gyakorlat érdekei szempontjából megvalósitásra érdemes tervezete: az egyetemi gyógyszertár felállítása 1813-ban.

A ma működő és virágzó egyetemi gyógyszertár csak 1907-ben állittatott fel, de csak kisebb részben azzal az anyagi célzattal, mely soha meg nem született elődjének lett volna a nemes rendeltetése. A mai egyetemi gyógyszertár, illetve 1935 szeptembere óta már egyetemi gyógyszerészeti intézet, csakugyan mintaszerűen ellátja a kilnikákat, a gyógyszerészképzésben pedig jelentékeny szerepe van, bevételi feleslegei nincsenek s így maga is fenntartásra szorul, nemhogy tudományos intézeteket tudna anyagilag támogatni.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. *Szabó József* professzort a *Société d'anthropologie de Paris* 1936 január 9-én tartott ülésén *külföldi levelezőtag*-jává választotta. — A vallás- és közokt. miniszter dr. németprónai *Wolff* Károlynak, a sz.-föv. közkórházak központi igazgatójának „Vérkeringési szervek kórbonctana" című tárgykörből, dr. *Salacz* Pál egyetemi tanársegédnek a „Nőgyógyászati műtéttan" című tárgykörből, dr. *Thurn-Rumbach* István egyetemi tanársegédnek a „Nőgyógyászati műtéttan" című tárgykörből, dr. *Schilling* Béla egyetemi tanársegédnek a „Szülészeti műtéttan" című tárgykörből, dr. *Perémy* Gábor egyetemi tanársegédnek „Az idegbetegségek diagnostikája" című tárgykörből, dr. *Rötth* András állami szemkórházi alorvosnak „A szem kórtana" című tárgykörből, dr. *Buday* László egyetemi tanársegédnek „Belorvosi alkattan", dr. *Bajkay* Tibor egyetemi tanársegédnek „Az orr, garat és gége betegségei a mindennapi gyakorlat szempontjából" című tárgykörből és dr. *Földvári* Ferenc egyetemi tanársegédnek „A bőrgyógyászati therapia" című tárgykörből a budapesti királyi Pázmány Péter tudományegyetem orvostudományi karán *egyetemi magántanárrá történt képesitését* jóváhagyólag tudomásul vette s őket e minőségükben megerősitette.

Halálozás. günther witzi *Büttner Károly dr.* körorvos f. hó 5-én hivatásának buzgó teljesítése közben szerzett betegségében, életének 42-ik évében elhunyt.

Az Országos Balneologiai Egyesület alapszabályai értelmében kongresszusát miden második évben vidéken tartja.

---

[3] Orsz. Levéltár: Literario-politica 1813. Fons 8, pos, 332,

A Balatoni Intéző Bizottság felkérésére az említett egyesület ezévi kongresszusát valamelyik balatoni gyógyhelyen, vagy üdülőhelyen előreláthatólag május 1., 2. és 3-án rendezi.

Autótulajdonos orvosok tömörülése. Az autóval rendelkező orvosok a Budapesti Orvosok Túrista Egyesületének keretében külön szakosztályban csoportosultak. A szakosztály lehetővé akarja tenni az autótulajdonos orvosok számára a magyarországi és külföldi gyógyfürdők, természeti szépségek felkeresését, hazai és külföldi, egyéni és társasutazások szervezését. A szakosztály tagjai számára biztosítani kívánja mindazokat a gazdasági és erkölcsi előnyöket, amelyek az autós orvosokat, — mint turistákat és orvosokat — megilletik. A szakosztály első csoportos kirándulását husvétra tervezi. A szakosztály tagja lehet minden autótulajdonos orvos. A szakosztályi tagság külön díjjal nem jár, az egyesületi tagsági díj évenként mindössze P 8.— Belépni szándékozók részére közelebbi felvilágítással szolgál a Budapesti Orvosok Turista Egyesületének elnöksége (VI., Benczur utca 39/b.)

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete pályázatot hirdet az Erzsébet Királyné Sanatoriumban megüresedett stomatológus rendelőorvosi állásra. A megbízás elnyerésének előfeltétele: 1. A törvények és rendeletek által előírt minősítés. 2. A szakorvosságnak, valamint annak igazolása, hogy a pályázó legalább 5 éven át klinikai, kórházi vagy ambulatóriumi stomatológiai rendelésen működött. Felkérik a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy okmányokkal kellően felszerelt kérvényüket a Sanatorium-Egyesület elnökségéhez címezve, annak titkári hivatalában (Budakeszi erdő, Erzsébet Királyné Sanatórium) f. évi március hó 15-ig nyújtsák be.

Helyreigazítás. Lapunk 5-ik számában *György Ede* dr. cikkében a 101-ik oldalot a 6-ik bekezdés utolsó sorában „utánpótlásra" helyett *utótáplálásra*, a 7-ik bekezdés utolsó sorában „táplálékot nyujtjuk" helyett táplálékot *tovább* nyujtjuk olvasandó.

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).

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Jelen számunkhoz dr. Egger Leó és Egger I. gyógyszer-szervegyészeti gyár, Budapest *Tophacetyl* és *Tophin*-ról szóló prospektusát csatoltuk.

Kimutatás 1936. február 2—8-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	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	67	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	3	—	1	—	3	—	5	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—
4. Békés	335.874	6	—	1	—	7	2	12	—	—	—	—	—	107	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	2	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	7	1	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	25	2	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	5	2	1	1	2	—	3	—	—	—	—	—	27	2	—	—	—
8. Csongrád	148.353	5	3	2	—	3	—	3	—	—	—	2	—	78	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	5	—	—	—	4	2	3	—	—	—	—	—	70	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	59	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	1	1	1	—	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Heves	322.207	4	—	—	—	7	—	6	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	9	1	—	—	2	1	8	1	—	—	—	—	96	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	36	4	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—	58	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	9	1	3	—	33	1	32	1	—	—	—	—	160	4	—	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	52	1	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	1	12	—	—	—	1	—	5	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	7	1	1	—	11	2	15	—	—	—	1	—	35	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	1	—	—	3	—	1	—	—	—	—	1	7	—	2	—	—
21. Tolna	267.133	1	1	1	—	7	—	18	—	—	—	—	—	8	2	—	—	—
22. Vas	273.776	1	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	8	1	9	—	—	—	1	—	66	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	—	—	—	1	—	3	1	1	—	1	—	67	—	—	—	—
25. Zemplén	149.043	4	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	7	—	8	—	41	—	59	1	—	—	2	—	53	3	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	—	—	6	—	9	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.8.8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	2	—	1	—	3	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
X. Szeged	138.287	2	—	1	—	7	1	3	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	96	12	23	1	185	18	258	5	3	1	8	1	1204	25	2	—	—
Előző évben:		65	16	7	5	261	14	224	7	4	—	1	—	1051	13	3	—	—

Csukamájolaj helyett

Videa

(VITAMIN D ÉS A)

A és **D** vitaminokban gazdag, magas concentratioju, természetes hal-olajokból extrahált, internationalis egységekben standardizált.

CONCENTRÁLT TISZTA *D* ÉS *A* VITAMIN.

Szagtalan, iztelen, világos **olaj** és csokoládéval bevont **dragéek.**

ÁLLANDÓ VITAMINTARTALOM, PONTOS, KELLEMES ADAGOLÁS!



A) avitaminozis

étvágytalanság, csökkent resistentia, keratomalacia stb. esetén

VIRGIN

CONCENTRÁLTAN,
szagtalan, iztelen olajban és csokoládés dragéeban, internationalis standard egységekben nyujtja a
TISZTA *A*-VITAMINT.

Vitamin tartalma állandó. Pontosan adagolható. Bevétele kellemes.

A VIDEA és a VIRGIN toxikusan ható melléktermékeket nem tartalmaznak.

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

HETIREND

A Közkórházi Orvostársulat február 10-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: I. *Vargha László:* Bronzdiabetes ujabb esete. 2. *Torday Árpád: a)* Szívbántalomhoz csatlakozott feikarthrombosis esete. *b)* Essentialis thrombopenia. — Előadások: 1. *Mikó Vilmos:* A sárgaság sebészetének néhány kérdéséről. 2. *Réffy Ferenc:* A szappanok szerepe a börgyógyászatban.

A Budapesti királyi Orvosegyesület február 15-én d. u. 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Bemutatások: 1. *Györgyi Géza:* Az ágyéki csigolyák haránthyulványainak féloldali összecsontosodása, — adat a spondylosis deformans kórszármazásának tanához. 2. *Flesch Ármin:* Adams-Stokes syndroma másfél éves gyermeken. — Előadások: 1. *Nádor-Nikitics István:* A tüdőgümőkór idősségének megállapítása (idősségi diagnosis). 2. *Markovits Imre:* A daganatok röntgenkezelésének új módszere (Chaoul-eljárás).

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának február 17-i előadását *Laub László* dr. tartja „A diagnistikus és therapiás technika fejlődése a gégészetben" címmel.

Az Országos Közegészségi Egyesület előadássorozatának február 18-i előadását a közegészségtani intézet tantermében d. u. 6 órakor *Ambrus Tibor* gyógyszerész tartja „Embervédelem egykor és ma" címmel.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai orvosi kara február 20-án este fél 7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Stern* Árpád: Gyertya a hólyagban. *Hoffmann* Ida: Wilson-féle betegség 14 éves leánygyermeknél. Előadások: *Feldheim* István: Histidin therapia alkalamazása gyomor és duodenum fekélyes megbetegedésénél. *Kalocsay* Géza: Broncho- és oesophagoskopia belgyógyászati vonatkozása.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Rákbizottsága február 20-án d. u. 6 órakor a II. sz. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet (Üllői-út 26. I. em.) tantermében tartandó tudományos ülésének napirendje: Bemutatások: 1. *Szathmáry* Sándor: Diffus meningeális carcinoma esete. 2. *Habán* György: A hasnyálmirigy kivezetőcsörendszerének papillomatosisa és rákja. Előadások: 1. *Putnoky* Gyula: Neorohormonok hatása az átoltható állati daganatok növekedésére. 2. *Kövesligethy* Iván: A rádium szerepe a vulvarák gyógyításában.



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 * ◀ ●

Magyar származásu
pentamethylentetrazol:

TETRACOR-CHINOIN

synthetikus analepticum

Csomagolások a nagy gyakorlat számára:

Injectio, 5 amp. (à 0.10 g Tetracor)	P 3.70
Solutio, 10 ccm cseppentő üvegben	P 3.60
Tabletta, 10 db (à 0.10 g Tetracor)	P 3.60

Intézeteknek különleges, nagy csomagolások

● ▶ * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * CHINOIN * ◀ ●

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

80. évfolyam. 8. szám. Budapest, 1936. február 22.

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.



Kalmopyrin

Acetylsalicylsav calcium porban és tablettában.

Tofamid

Phenylchinolincarbonsavas és phenyl-dimethyl-dimethylaminopyrazolon kombináció

Hyperol

Szilárd hydrogensuperoxyd a szájüreg fertőtlenitésére

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R. T. BUDAPEST X.

Ideges nyugtalanságot

neurasthéniát

levertséget és félelemérzést

megszüntet a nappali megnyugtatószer

ABASIN

EREDETI CSOMAGOLÁSOK:
Cső 10 és 20 tablettával à 0,25 g.

BAYER

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

Uj készitmény

ANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: Orbánc, Sepsis, endocarditis, Furunculosis, Otitis

5×5 ccm . . . . P 4.—

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST

A debreceni m. kir. Tisza István-Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálása egészségügyi szempontból.

SOR-SZÁM	NÉV (csak chiffre kulccsal állapítható meg) SZÜLETÉSI ÉV	SZÜLŐK FOGLALKOZÁSA	KLINIKAI VIZSGÁLATOK						LABORATORIUMI VIZSGÁLATOK						JEGYZET
			DERMATOLOGUS, VENEROLOGUS	BELGYÓGYÁSZ	SEBÉSZ	IDEGGYÓGYÁSZ	SZEMÉSZ	GÉGÉSZ és FÜLÉSZ	STOMATOLOGUS	RÖNTGENOLOGUS	SEROLOGIAI REACTIOK LUESRE	ALLERGIÁS REACTIOK TBC-re	VÉRKÉP és egyéb VÉR-VIZSGÁLATOK	VIZELET-VIZSGÁLAT	KÖPET-VIZSGÁLAT	ANTHROPOMETRIAI VIZSGÁLATOK	
149.	K. O. 1915. IX. 26.	gazda	Tatuálás.	Neg.	Pes plano-valgus et hallux valgus l. d.	Neg.	∫ 25/0 — 1·0 D = 60/0 25/0 — 1·0 D = 60/0 Myopia o. u.	Neg.	Amph. 8-asok x	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: +	Vércsoport: A	Neg.		s.: 63·5 d: †† m.: 175 h. sz.: b (s) ü. m.: 87 sz. sz.: b m. k.: 90 l. sz.: 16·2 v. l. k.: 54 l. h.: 17·5 p.: 72 l. m.: 12·0 ocr. 68 m. a.: 11·4 j. sz. 14·4	
150.	J. O. 1917. IV. 25.	tisztviselő	Hypertrichosis.	Neg.	Sine morbo chirurgico.	Neg.	∫ 120/0 120/0	Neg.	1 caries 7 amalgam 1 porcellán amph. 8-asok x	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg.	Vércsoport: O	Neg.		s.: 57 d: — m.: 176 h. sz.: sz (s) ü. m.: 88·5 sz. sz. b m. k.: 80·5 l. sz.: 15·3 v. l. k.: 53·5 l. h. 18·5 p.: 80 l. m.: 13·1 ocr: 72 m. a.: 10·7 j. sz.: 13·7	
151.	E. P. 1907. XI. 22.	tisztviselő	Hypertrichosis. Alopecia seborrhoica.	Szíve balra egy ujjal nagyobb.	Sine morbo chirurgico.	Neg.	∫ 120/0 120/0	Cerumen l. d. Pharyngitis.	2 caries XIII. tagú híd (acél) 3 amalgam 8-asok x amph.	Mindkét irányban megnagyobbodott hypertrophiás szív.	Wa R. I Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg	Vércsoport: B	Neg.		s.: 71 d: †† m.: 167 h. sz.: sz (s) ü. m.: 84·5 sz. sz.: b m. k.: 89 l. sz. 15·4 v. l. k.: 54 l. h.: 18·7 p.: 76 l. m.: 11·5 ocr.: 80 m. a.: 11·9 j. sz.: 14·4	
152.	G. P. 1915. II. 13.	tisztviselő	Acne vulg. Hypertrichosis.	Neg.	Os tibiale internum bilat.	Astheniás mellkas, élénk reflexek. Dermographia. Neurasthenia.	∫ 20/0—0·75 D ⊃ + 2·5 Dt 115° = 60/0 ∫ 30/0—0·75 D ⊃ + 2·5 D t 110 = 60/0 Astigmia mixta u. o.	Neg.	1 caries 1 amalgam 1 porcellán II. hiány, sávi 8-asok x	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R. neg.	Vércsoport: A	Neg.		s.: 56·5 d. †† m.: 177 h. sz.: sz (s) ü. m.: 93 sz. sz.: k m. k.: 82 l. sz.: 15·6 v. l. k. 56 l. h.: 18·6 p.: 72 l. m.: 13·1 ocr: 68 m. a.: 11·5 j. sz.: 14	
153.	L. P. 1917 IX. 19.	tisztviselő	Lepothrix.	Bal csucs felett rövidült kopogtatási hang. Bal felső lebeny felett számos szörtyzörej.	Status post appendectomiam. Sine morbo chirurgico.	Neg.	∫ 60/0 60/0	Cerumen l. s. Deviatio septi nasi.	1 amalgam amph. 8-asok x	B. felső lebenyben több fibrosus góc. B. hilus kötegesen széles.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: l. h.	Vércsoport: A	Neg.		s.: 58·5 h. sz.: f (s) m.: 172 sz. sz.: b ü. m.: 92·3 l. sz.: 15·6 m. k.: 80 l. h.: 17·9 v. l. k.: 53 l. m.: 12·2 p.: 88 m. a.: 11·8 ocr.: 92 j. sz.: 14·4 d.: ††	
154.	H. P. 1916. VIII. 6.	tisztviselő	Neg.	Neg.	Sine morbo chirurgico.	Neg.	∫ 60/0 60/0	Neg.	1 caries 3 amalgam II. hiány amph.	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg	Vércsoport: A	Neg.		s.: 65·5 h. sz.: sz (g) m.: 170 sz. sz.: k ü. m.: 89 l. sz.: 15·1 m. k.: 91 l. h.: 18·1 v. l. k. 53 l. m.: 11·9 p. t 80 m. a.: 11·3 ocr.: 80 j. sz.: 13 d.: †	
155.	A. P. 1915. X. 12.	tisztviselő	Neg.	Neg.	Varicocele l. sin.	Neg.	∫ 60/0 60/0	Crista septi l. s.	3 caries 8 amalgam II. hiány amph. fogkő	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg.	Vércsoport: O			s.: 61 d.: — m.: 172 h sz.: b (s) ü. m.: 83 sz. sz.: b m. k.: 83 l. sz.: 15·7 v. l. k.: 54 l. h.: 18·2 p.: 84 l. m.: 12 ocr.: 84 m. a.: 11·5 j. sz.: 13·9	
156.	J. P. 1914. X. 12.	iparos	Lepothrix. Erythrasma.	Neg.	Pedes plano-valgi.	Neg.	∫ 30/0 — 1·0 D ⊃ — 0·5 D t 30° = 60/0 ∫ 5/0 — 3·0 D = 60/0 Astigmia myopica composita o. d. Myopia o. s.	Neg.	2 amalgam III. hiány III. harapás amph.	Hypertrophiás szív.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: +	Vércsoport: O	Neg.		s.: 81·5 h. sz.: sz (s) m.: 174 sz. sz.: k ü. m.: 91·5 l. sz.: 16·2 m. k.: 94·5 l. h.: 18·7 v. l. k.: 56·5 l. m.: 12·9 p.: 80 m. a.: 12 ocr.: 76 j. sz.: 14·2 d.: —	
157.	P. P. 1914. IX. 2.	gazda	Neg.	Neg.	Varicocele l. sin.	Neg.		Neg.	4 amalgam II. hiány amph. fogkő 8-asok x	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: +	Vércsoport: B	Neg.		s.: 64 d.: ††† m.: 172 h. sz.: sz (s) ü. m.: 91 sz. sz.: b m. k.: 81·5 l. sz.: 16·3 v. l. k.: 56·5 l. h.: 18·4 p.: 80 l. m.: 12·5 ocr.: 72 m. a.: 12 j. sz.: 13·6	
158.	K. P. 1914. V. 15.	katonatiszt	Neg.	Neg.	Pedes plano-valgi.	Ingerlékeny, türelmetlen, nyugtalan, élénk reflexibilitas, hyperhidrosis. Neuropathia.	∫ 5/0 — 2·75 D ⊃ — 1·0 Dt 165° = 60/0 ∫ 5/0 — 2·75 D ⊃ — 0·75 Dt 155° = 60/0 Astigmia myopica composita o. u.	Crista septi l. s.	11 caries magas II. hiány amph. fogkő	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: +	Vércsoport: O	Neg.		s.: 65 d.: †† m.: 168 h. sz.: sz (s) ü. m.: 88 sz. sz.: b m. k.: 92 l. sz.: 16·1 v. l. k.: 55 l. h.: 18·8 p.: 80 l. m.: 11·9 ocr.: 76 m. a.: 11·4 j. sz.: 14·2	
159.	J. P. 1915. XII. 8.	tisztviselő	Neg.	Neg.	Epididymitis traumatica l. s.	Neg	∫ 3/0 — 4·0 D = 100/0 60/0 — 0·75 D = 100/0 Myopia o. u.	Cerumen l. d.	6 amalgam 3 porcellán II. hiány amph.	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg.	Vércsoport: B	Neg.		s.: 58·5 d.: ††† m.: 171 h. sz.: sz (s) ü. m.: 87·5 sz. sz.: k m. k.: 89 l. sz.: 15 v. l. k.: 54 l. h.: 18 p.: 72 l. m.: 11·6 ocr.: 72 m. a.: 10·9 j. sz.: 13·3	
160.	B. P. 1915. V. 15.	tisztviselő	Cicatrisatio post combustionem.	Neg.	Pes plano-valgus traumaticus. Torticollis min.-gradus.	Neg.		Pharyngitis.	2 caries I. hiány amph. fogkő	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg.	Vércsoport: AB	Neg.		s.: 66 d.: — m.: 171·5 h. sz.: sz (s) ü. m.: 88·5 sz. sz.: k m. k.: 93 l. sz.: 15·4 v. l. k.: 53·5 l. h.: 18·4 p.: 80 l. m.: 11·6 ocr.: 72 m. a.: 11·5 j. sz.: 13·2	
161.	J. P. 1917. I. 25.	tisztviselő	Erythrasma.	Szív mindkét irányban nagyobb. Csúcsban systoles zörej.	Sine morbo chirurgico.	Neg.	∫ 8/0 — 2·75 D = 60/0 12/0 — 3·0 D = 60/0 Astigmia myopica composita o. d. Myopia o. sin.	Ektomia facta.	2 amalgam II. hiány IV. harapás amph.	Mitralisan configurált, megnagyobbodott szív.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: ++	Vércsoport: O	Neg.		s.: 88 d.: †† m.: 175 h. sz.: f (s) ü. m.: 90 sz. sz.: b m. k.: 95 l. sz.: 15·1 v. l. k.: 54·5 l. h.: 18·2 p.: 84 l. m.: 12·7 ocr.: 88 m. a.: 12·1 j. sz.: 14·4	
162.	Á. M. 1917. VII. 16.	tisztviselő	Neg.	Neg.	Pedes plano-valgi.	Neg.	∫ 100/0 100/0	Crista septi l. d.	9 caries magas amph.	Neg.	Wa R. I.: Wa R. II.: S. G. R.: Kahn R.: } neg.	Moro R.: neg.	Vércsoport: AB	Neg.		s.: 60·5 d.: — m.: 167 h. sz.: sz (s) ü. m.: 91 sz. sz.: b m. k.: 84 l. sz.: 18·8 v. l. k.: 53·5 l. h.: 17·9 p.: 92 l. m.: 12·1 ocr.: 88 m. a.: 12·1 j. sz.: 13·3	

MINTALAP

NEUBER EDE „A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból“ című cikkéhez.

80. évfolyam. 8. szám. Budapest, 1936. február 22.

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:

Neuber Ede: A debreceni Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból. (159—167. oldal.)

Hady Antal: A gyomor- és nyombélfekélyátfúródás 150 műtött esetének késői eredményei. (167—170. oldal.)

Vitályos András és Boér László: Az omnadin immunbiologiai hatásmechanismusáról. (170—174. oldal.)

Haszler Károly és Simon Lajos: Biologiai eljárások a genyes sebek kezelésében. (174—176. oldal.)

Tóth Sándor: A tüdőverőér thrombosisa terhesség alatt. (176—178. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. (178—179. oldal.)

Könyvismertetés: (180. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (180—182. oldal.)

Vegyes hirek: (182. oldal, és a borító lap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból.*

(Táblázatos melléklettel.)

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr., egyet. tanár,
az Országos Antiveneriás Küzdelem miniszteri biztosa.

Munkatársai: Benedek László dr., Fornet Béla dr., Hüttl Tivadar dr., Jeney Endre dr., Kreiker Aladár dr. és *Verzár Gyula dr.* egyet. tanárok, *Csilléry András dr.* szakelőadó és vitéz *Solth Károly dr.*, statisztikus, szkfv. tisztiorvos.

A vizsgálatok végzésében résztvettek: Schlammadinger József dr., Skutta Árpád dr. tanársegédek és *Horváth Dénes dr.* (bőr- és nemibeteg klinika), *Paul Benő dr., Udvardy László dr., Alföldy Zoltán dr.* tanársegédek (belklinika) *Orsós Jenő dr.* egyet. m. tanár (seb. klinika), *Nagy Mihály dr.* tanársegéd (ideg és elmeklinika), *Tatár József dr.*, tanársegéd (szemklinika), *Jakabfi Imre dr.* (fül-, orr- és gégeklinika), *Bohn Ede dr.*, tanársegéd (stomatologiai polyklinika), *Gärtner István dr.* egyet. m. tanár, *Herpay Zsombor* (közegészségtani intézet), *Erdős Elza* védőnő, *Bodor Eta* irodakisasszony és 5—6 beosztott ápolónő.

Mielőtt a debreceni I. éves hittan-, jog-, orvostan- és bölcsészettanhallgatók egészségügyi vizsgálatairól beszámolnék, egész röviden kívánok kitérni azokra a megállapításokra, benyomásokra és tapasztalatokra, amelyeket öt év alatt a debreceni I. oszt. elemi iskolás gyermekek vizsgálatai kapcsán szereztem. A debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulók és a debreceni I. éves egyetemi hallgatók egészségi állapota között már csak azért is szoros kapcsolat áll fenn, mert a debreceni egyetemi hallgatók tekintélyes része a debreceni elemi és más alföldi iskolákból rekrutálódik. Érdekes tehát annak a megfigyelése, hogy a közbeeső 12 esztendő milyen befolyással volt egészségügyi állapotukra

Előbbi egészségügyi felvételek ma már a lehető legszélesebb alapon történnek; tulajdonképen minden egyes gyermeknek tekintetjük a biologiai telekkönyvét, kataszterét. *E vizsgálatok elsősorban a megelőzést kívánják szolgálni.* Ezért különösképen súlyos természetű fertozó betegségek ellen irányulnak, főleg pedig arra törekszenek, hogy a fertozö betegségeket felkutassak, a fertőzött tanulókat meggyógyítsák, vagy ha az rövid időn belül nem sikerül, akkor a súlyosabb fertőző betegségben szenvedő tanulókat az iskola padjaiból kiemeljék, s ezáltal az egészséges tanulókat a fertozés veszedelmétol megóvjak. Vizsgálataikat főleg *a syphilis, a tuberculosis, a trachoma, a bélférgek* stb. felkutatására állítottuk be. A nem fertőző betegségek felvétele is megtörtént, annál is inkább, mert klinikáink és intézeteink úgyszólván teljes számban résztvettek e vizsgálatok elvégzésében.

Azonban nemcsak a gyermekek fertőző betegségeire terjedt ki figyelmünk, hanem a családtagokéra is. Védőnőnk ugyanis a fertőzött, vagy a fertőzésre gyanus tanulók családját személyesen vagy írásban felkereste, s felszólította, hogy a debreceni bőr- és nemibeteg klinikán az esti órákban (6—8 között) jelentkezzek, ahol a családtagok számára külön rendelést tartottunk, s amennyiben betegségük dermatologiai, vagy venerologiai vonatkozású volt, úgy helyben láttuk el tanáccsal, illetve kezeléssel, ha pedig egyéb szakmához tartozott, akkor a megfelelő szakklinikára, vagy magánorvoshoz utasítottuk.

Mindenesetre már itt kívánom felhívni a figyelmet arra, hogy a *felkutatás minden esetben megtörtént, tekintet nélkül a család vagyoni helyzetére, kezelésben azonban csak szegénysorsú, vagyis szegénységi bizonyítvánnyal rendelkező betegeket részesítettünk,* a jómódúakat zárt levélben tanáccsal és kezelési programmal orvosukhoz utasítottuk. E vizsgálatok kapcsán tehát a betegnek talált gyermekek therapiában is részesültek, ami igen természetes; *a gyógyítással is elsősorban praeventiós munkát kívántunk végezni,* amennyiben elértük azt, hogy pl. tuberculosisból, syphilisből, s egyéb fertőző betegségekből gyógyult gyermekek az egészséges tanulókat már nem fertőzhették, vagyis azt, hogy az *egészséges tanulók fentebb említett betegségek szempontjából egészségesek is maradtak.* Nem szenved ugyanis kétséget, — amint azt munkáimban mindenkor kiemeltem —, hogy e súlyos fertőző betegségekben szenvedő, vagy utóbbiakból kigyógyult gyermekek fejlődésükben többnyire visszamaradtak, amiről az anthropometriai felvételek legjobban tanuskodnak.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1936. január 11-iki ülésén tartott előadás.

öt év alatt kb. 5%-ban találtunk syphilisben szenvedő, illetve arra gyanus, 4%-ban pedig activ és 20%-ban inactiv gümókóros tanulót. A syphilises gyermek családjában pedig rendszerint egy vagy több vérbajos beteget találtunk, tehát ezzel a vizsgálati módszerrel Debrecenben öt év alatt közel 1000 syphilises beteget kutattunk fel. A legfeltünőbb, és a legszomorúbb pedig az, hogy a gyermekek szüleinek legalább is 70—80%-ában nem volt tudomásuk arról, hogy ők és gyermekeik vérbajban szenvednek.

A syphilis és egyéb súlyosabb természetű idült fertőző betegségek felkutatásában tehát rendkívül fontosságú, hogy a családban egy beteg tagot fedezzünk fel, mert akkor a további kutatás már jóval könnyebb, s többnyire sikerül is a családnak ugyanabban a betegségben szenvedő tagjait megtalálni. Vonatkozik ez elsősorban a világrahozott syphilisre, amelyben a vérbajos I. oszt. elemi iskolás gyermekek családtagjai elég tekintélyes számban szenvednek, *Épen ezért rendkívüli fontosnak tartom az úgynevezett systematikus vizsgálatokat, még pedig periódikusan, az életkornak bizonyos szakaszaiban.* Igy pl. házasság előtt (házasság előtti tanácsadás), graviditáskor, újszülötteken, az óvódában, I. elemi iskolában „egészségügyi sorozás" *(Neuber)* alakjában, a középiskolában, s végül az egyetemen amint azt már szóban és irásban gyakran kifejtettem. Az életnek több állomására beállított egészségügyi vizsgálatokra már csak azért is nagy szükség van, mert az életnek különböző szakaszaiban történhetik syphilissel, tuberculosissal, gonorrhoeával stb. fertőzés, amelyről a beteg főleg a betegség kezdeti szakaiban igen gyakran nem is tud, s ezért fontos, hogy a vizsgálatok minden tanulón és hallgatón a legnagyobb alapossággal történjenek, vagyis teljes klinikai és laboratoriumi felkészültségünkkel, mert különben a fel nem ismert fertözöttek mint élő bakteriumkultúrák bolyongnak embertársaik között, s azok számára veszedelmes fertőzési forrást jelentenek.

Ifjaink életének egyik ilyen rendkívül fontos állomása amikor az egyetemre beiratkoznak. Régebben, az ú. n. boldog időkben, a háború előtti igazi békében az Alma Mater megelégedhetett azzal, hogy hallgatóinak úgyszólván csak szellemi javakat juttatott, ma azonban ez korántsem elegendő, mert az országnak minden testben és lélekben egészséges emberre szüksége van, arra kell tehát törekednünk, hogy egyetemi ifjaink testben is a legelőnyösebben fejlődjenek, vagyis egészségügyi szempontból teljesen intact emberek legyenek, illetőleg azokká váljanak. *Minden eszközzel elő kell tehát segítenünk fiataljaink biologiai katasterének feljavítását,* elsősorban pedig meg kell akadályoznunk azt, hogy a vérbajos, gümókóros stb. beteg hallgatók az egészségeseket fertőzzék, amit csakis úgy érhetünk el, ha a fertőzött hallgatókat a lehető legrövidebb időn belül gyógykezelésbe vesszük, meggyógyítjuk, de legalább is a fertőzőképességüktől megfosztjuk, vagy ha ez nem lehetséges, akkor az egyetem látogatásától addig eltiltjuk, s őket megfelelő egészségi intézménybe: klinikára, kórházba, vagy sanatoriumba helyezzük el, amíg társaikra veszedelmet már nem jelentenek. Az első pillanatra bármennyire szokatlan és talán kegyetlen intézkedésnek látszik ez a beavatkozás, mégis ez az igazi praeventio, az igazi embervédelem.

Amikor a debreceni egyetemi hallgatók egészségügyi átvizsgálására határoztam el magam, akkor nemcsak az előbbi elgondolások vezettek, hanem feleletet vártam arra a rendkívül fontos kérdésre is, hogy az I. éves egyetemi hallgatók biologiai katasterének megismerésével közelebb juthatunk-e valamelyest annak az igazán életbevágó problémának a megoldásához, vajjon a beiratkozott egyetemi hallgatóknál talált *testi és szellemi egészségi állapot* milyen százalékban és mennyiben felel meg azoknak a követelményeknek, amelyeket az egyetemi tanulmányok, helyesebben az általuk választott életpálya megkiván.

Egyetemi körökben már régebben hallottunk komoly hangokat, melyek az egyetemi és főiskolai hallgatók egészségügyi átvizsgálását, sőt a testi- és szellemi rostát sürgették. Különösen *Verebély Tibor* prof. mutatott néhány ünnepi beszédében nyomatékosan rá azokra az anomáliákra, amelyek abból származnak, hogy súlyos testi hibában szenvedő ifjakat az orvosi fakultásra felvesznek, akikben az egészségi fogyatékosságok szakmájuk elsajátítását és hivatásuk teljesítését gátolják, esetleg azt teljesen meg is hiusítják.

Az egyetemi hallgatók egészségügyi átvizsgálása és gyógyítása tekintetében különösen nagy érdemeket szerzett a volt *m. kir. József-Műegyetem*, amelynek tanácsa már 9 évvel ezelőtt megalapította a műegyetemi orvosi rendelőintézetet; ez kezdetben elsősorban veneriás betegségek gyógyítására szolgált, később pedig belső szervek, szem, szájüreg és orr, garatvizsgálatával és gyógykezelésével nyert kiegészítést. Az akkori *Műegyetemi Tanácsnak* ugyancsak nagy érdeme, hogy a sportot és tornát a műegyetemi hallgatók számára a 21-ik életévig kötelezővé tette, s ezzel kapcsolatban a félévi beiratkozások alkalmával az egészségügyi vizsgálatokat is. Ez a berendezkedés és működés a volt József-Műegyetemen kétségkivül úttörő volt, egyedüli hiányosságát abban látom, hogy „szükség szerint" végeztek röntgen-, vagy laboratoriumi stb. vizsgálatokat, már pedig egy pontos egészségügyi felvétel megbízhatóságának ez a sine qua non-ja, mert épen a súlyosabb természetű fertőző betegségek között ezekkel tudjuk felkutatni a kezdeti szakban levőket, amint azt már fentebb kifejtettem.

Igen nagy jelentőségűnek tartom *Szily Kálmán* kultuszminiszteri államtitkárnak az 1928—29-i rectori megnyitó beszédében lefektetett elgondolását, amely szerint a volt József-Műegyetemen egy *ifjúsági pavillon* emelését javasolta; utóbbinak célja, hogy az összes diákjóléti intézményeket magába foglalja, az egészségvédelemre vonatkozó helyiségeket pedig elsősorban. Ennek az elgondolásnak a realizálása egyetemeinken ifjúságunkból kétségkívül az öröm és hála érzetét váltaná ki, mert érezné, hogy az Alma Mater nemcsak szellemi javakat akar neki juttatni, hanem gondoskodik testi épségéről is. Már a háború előtt *Nékám Lajos* prof. igazgatása alatt szépen működő „Egyetemi Kórház" is hasonló elgondolásokkal látott napvilágot, melyben a *jelentkező* beteg egyetemi hallgatókat megvizsgálják, s amennyiben szükség mutatkozik, akkor felvételben is részesülnek. Mindenesetre hiányzik utóbbi intézményben a *tervszerű felkutatás* munkája, vagyis a hallgató csak akkor jelentkezik, amikor betegségének tünetei erre késztetik, másrészt a *kötelező* jelleg — az egészségügyi felvételben és a fertőző betegségek kezelésében stb. — is hiányzik, ami a fiatalok egészségvédelmének helyes beállításában és egészségügyi ellátásában olyan fontos szerepet játszik s igen nagymértékben kivánatos.

Ugy tudom — magánértesülés —, hogy a *budapesti* és *szegedi* egyetemeken is a felvétel belgyógyászati vizsgálathoz van kötve, ami elsősorban a gümókóros betegek felkutatását szolgálja. A külföldi államok közül elsősorban *Németország*, továbbá *Amerika*, *Anglia* és *Ausztria* foglalkozott az egyetemi hallgatók egészségügyi átvizsgálásával, különös tekintettel az anthropometriai felvételekre, azonkivül a szervi és fertőző betegségekre.

Közvetlenül a világháború után különösen német egyetemeken történtek egészségügyi (anthropometriai) felvételek, annak a megállapítására, hogy a háború alatt és a háborút követő években beállott hiányos táplálkozás milyen mértékben befolyásolta az egyetemi hallgatók táplálságát, fejlettségét stb. Németországban különösen a *müncheni (Martin* és *Alexander, Kattentidt)*, a *giesseni (Jung)*, a *dresdai (Kuhn* és *Fetscher)*, a *hallei (Grote, Hintzsche* és *Hurtz)*, a *tübingeni (Weitz)*, a *münsteri (Krause* és *Gantenberg)*, a *freiburgi (Rauthmann, Meyer)*,

a *königsbergi (Essig)*, a *hannoveri (Riemer)* egyetemi hallgatókon végzett vizsgálatok érdemelnek különösebb figyelmet, utóbbiakon kivül mindenesetre még egyebütt is végeztek egészségügyi felvételeket, mindezekre azonban e munkámban helyszűke miatt nem térhetek ki. Az angol és amerikai irodalom e téren szintén igen nagy munkásságra tekinthet vissza, amely azonban elsősorban az anthropometriai méreteknek és egyes betegségeknek egészségügyi felvételére szorítkozik. Systematikus vizsgálatok irányelveit azonban kevés kivétellel figyelmen kivül hagyták s igy nem öltötték fel a hallgatók egész biologiai kataszterét.

A *német egyetemeken* a vizsgálatok az esetek legnagyobb részében nem voltak kötelezőek, igy pl. a *freiburgi* egyetemen 1923-ban a rector összehivta a hallgatóságot és felvilágositotta őket az egészségügyi vizsgálatok fontosságáról, ennek ellenére a beiratkozott 3080 hallgató közül csak 470 jelentkezett vizsgálatra, újabban a rector javaslatára a közoktatásügyi miniszter kisérletképen elrendelte, hogy az ujonnan iratkozott hallgatók kötelesek résztvenni a vizsgálatokon. A *giesseni* egyetemen pedig a hallgatóság csak 8%-a jelentkezett önként s az egészségügyi vizsgálatok utóbbi egyetemen csak akkor váltak népesebbekké, amikor az egészségügyi vizsgálatokon történt részvételtől tették függővé, hogy az ujonnan beiratkozottak részesülhetnek-e diáksegélyben és a diákkonyhán élelmezésben, *Tübingenben* pedig csak azokat a hallgatókat vették fel a betegpénztárba, akik alávetették magukat az általános egészségügyi vizsgálatoknak, Ezekkel szemben *Münchenben (Kattentidt)* 1929 óta az összes főiskolákon miniszteri rendelettel bevezették a kötelező egészségügyi vizsgálatokat, amelyek azóta rendszeresen folynak, *(Münchenben* az 1921—22-ik tanév téli semesterében a müncheni anthropologiai intézetben végzett anthropometriai és orvosi vizsgálatok még túlnyomóképen csak válogatott egyéneken történtek, mert utóbbiakra elsősorban sportot üző egyetemi hallgatók jelentkeztek, akik részben szerveik állapotáról kivántak felvilágositást nyerni, részben pedig konkrét panaszokkal keresték fel a vizsgáló orvosokat), Német szerzők mindenesetre — főleg az utóbbi időben — ama véleményüknek adnak kifejezést, hogy megbizható felvétel a hallgatók egészségi állapotáról csak akkor nyerhető, ha ez az összes hallgatók egészségügyi állapotát felöleli.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetemen az egyetemi hallgatók systematikus és kötelező átvizsgálásának beállítása nem okozott különösebb nehézséget. Vizsgálatainkat az 1935—36. tanév első felében végeztük. Utóbbiakhoz szükséges helyiségek és felszerelések a debreceni bőr- és nemibeteg klinikán rendelkezésre állottak, ahol már 5 év óta folynak a debreceni I. oszt. elemi iskolás gyermekek egészségügyi vizsgálatai. Az egyetemi hallgatók egészségügyi felvételét még az is megkönnyitette, hogy férfi hallgatókra az egészségügyi vizsgálatok kötelezőek voltak, amire még később rátérek.

E célra 6 helyiség áll rendelkezésre, amelyek részben egymásba nyilnak, részben pedig egymáshoz igen közel foglalnak helyet klinikánk kitünően épitett alagsorában. Rendkivül nagy előnyt jelent még az is, hogy az alagsorban állandóan 24—25 C° a hőmérséklet, a központi kazánokból ugyanis az alagsor folyósóin keresztül vezetik csöveken a forró gőzt és vizet. Biztositva van tehát az egyenletes meleg és nem kell tartanunk attól, hogy a hallgatók a vizsgálatok alatt megfáznak, amikor egyik vizsgálati teremből a másikba átmennek.

A gyermekvizsgálatokból szerzett tapasztalatok alapján *az egyetemi hallgatók egészségügyi felvételét már kezdettől fogva úgy állitottuk be, hogy e vizsgálatok a hallgatók egész szervezetére vonatkozzanak, még pedig elsősorban a súlyosabb természetű fertőző betegségek (syphilis, tuberculosis, trachoma stb.), másodsorban pedig ugyancsak súlyosabb és olyan természetű testi (szervi) és szellemi betegségek és hibák felkutatására legyenek beállítva, amelyek egyetemi pályára a hallgatókat alkalmatlanokká teszik.* Ezt a praeventiós munkát tartottuk fő feladatunknak; igen természetes azonban, hogy e vizsgálatokkal egyéb felkutatott (nem fertőző) betegségeket is gyógykezelésbe vettünk, még pedig a szegénysorsú hallgatókat a megfelelő szakklinikákra, a tehetősebbeket pedig diagnosissal és kezelési programmal kezelőorvosukhoz utasitottuk.

Félreértések elkerülése szempontjából már itt kivánom leszögezni, hogy ezek a vizsgálatok par excellence gyakorlati irányúak voltak, még pedig elsősorban megelőzni és gyógyitani kivántak. Ezért súlyosabb természetű fertőző betegségek felkutatásában, igy pl. *syphilis*-vizsgálatainkban klinikai vizsgálatokon kivül 3 különböző reactióval és 4 antigennel végeztünk seroreactiót, minden gyanus erosióból, vagy fekélyből (főleg a nemi részeken) spirochaeta-vizsgálatot. *Tuberculosis* - vizsgálatainkban minden egyes hallgatón kivétel nélkül röntgenátvilágitást, allergiás reactiót és klinikai vizsgálatot (hőmérőzést is) végeztünk. Minden húgycsőhurutban szenvedő hallgatón pedig górcsővizsgálat (Gram-festés), tenyésztés és complementfixatiós eljárás történt. Hasonlóképen végeztünk laboratoriumi vizsgálatokat gombás megbetegedésekre is, ha a hajas vagy meztelen bőrön hámlásokat, vagy gombás megbetegedésekre emlékeztető elváltozásokat láttunk. Egészségügyi vizsgálatainkba mindenesetre bekapcsoltunk olyan felvételeket is, amelyek tulajdonképen már nem tartoznak szigoruan a gyakorlati irányhoz, igy szélesebb alapon anthropometriai méreteket is vettünk fel; ezeknek feldolgozása azonban már külön munkakeretbe tartozik.

Tekintettel arra, hogy a jövő évben mind a 4 fakultásunk összes hallgatóit átvizsgáljuk — kb. 1200—1500 hallgatót —, ennélfogva igen nagy és értékes anyag áll majd rendelkezésünkre, amiért is kivülről jövő kivánságokat a legnagyobb örömmel és készséggel honorálunk, amennyiben az óhajtott vizsgálatok egészségügyi felvételeink keretében keresztülvihetők s utóbbiaknak menetét nem zavarják.

Meg akarom még jegyezni, hogy minden hallgató számára „Egyéni Lap"-ot is állitottunk ki (1. ábra), amelyen a hallgatókra és szüleikre vonatkozó szükséges adatok szerepelnek. Minden további esztendőben pedig pontosan kivánjuk bevezetni a megállapitott betegségeket és a gyógykezeléseket, amelyeket remélhetőleg már a közeljövőben a „Központi Épület"-ben felállitandó egyetemi rendelőkben végezhetünk.

Vizsgálatainkban résztvett: a *dermatologus-venerologus, belgyógyász, sebész, ideggyógyász, szemész, gégész- és fülész, stomatologus, röntgenologus és hygienikus. Laboratoriumi vizsgálatok: seroreactiók syphilisre, allergiás reactiók tuberculosisra, különös figyelemmel voltunk továbbá a vércsoportokra, vérképre és egyéb vér-, vizelet- és köpetvizsgálatra.*

Minden héten háromszor (kedden, csütörtökön és szombaton) d. e. 9—12 között történtek a bőr- és nemibeteg klinikán e vizsgálatok, ahol egy-egy napon 20-as csoportokban jelentek meg a kijelölt hallgatók. A röntgen, vizelet- és köpetvizsgálatokat a belklinika saját épületében a vizsgálat előtti napokon eszközölte.

Egyetemünk I. éves hittan-, jog-, orvostan- és bölcsészettanhallgatóit vizsgáltuk át, számszerint 265 hallgatót.

Igen nagy örömünkre szolgált, hogy egyetemünk különböző fakultásaiból utóbbiakon kivül még 64 felsőbb éves önként jelentkezett, annak bizonyságául, hogy a fiatalság is rokonszenvvel fogadja ezeknek az egészségügyi vizsgálatoknak a bevezetését és rendszeresitését. Igazuk van, hisz az ő érdekükben történik! Az 1935—36-ik tanévben az I. éves női hallgatók egészségügyi átvizsgálása fakultativ volt, mégis 8 egyetemi hallgatónő — 6 elsőéves és 2 felsőbb éves — jelentkezett. A jövőben mind a 4 fa-

1. *Eddig elszenvedett súlyosabb természetű betegségek:* .....

2. *Eddig végzett tanulmányok:* .....

3. *Eddig nyert testnevelés:* .....
a) rendszeres sport: ..... b) volt-e tréningben? .....

4. *Szülők foglalkozása. Szülők és család egészségi állapota:* .....
(lefolyt betegségek és elhalálozások oka): .....

5. *Táplálkozási viszonyok:* .....

6. *Dohányzás, neme és mennyisége:* .....

7. *Alkoholfogyasztás, neme és mennyisége:* .....

Kelt, Debrecen, 193 *Sorszám:*

DEBRECENI M. KIR. TISZA ISTVÁN-TUDOMÁNYEGYETEM.

EGYÉNI LAP.

Név: ..... *Fakultás:* .....

Kor: ..... Szülőtéri és illetőségi hely: .....

Az „egyéni lap"-ba csak a vizsgálatokat vezető tanár, s a vizsgálatokat végző orvosok nyernek betekintést. E lapon foglalt adatokat az orvosi titoktartás kötelezettsége védi.

Súlyosabb természetű betegségek, illetve testi és szellemi károsodások feltüntetése. — A vezető orvostanár és a vizsgálatokat végző szakorvosok aláírásai.

SZAKMA:	1. év	Kelte-zés	2. év	Kelte-zés	3. év	Kelte-zés	4. év	Kelte-zés	5. év	Kelte-zés
Belgyógyász										
Sebész										
Dermatologus és venerologus										
Ideggyógyász										
Szemész										
Fül-, orr-, gégész										
Stomatologus										
Röntgenologus										
Hygienikus (Anthropometriai felvételek.)										

Vezető tanár aláírása: ..... egyet. ny. r. t. ..... egyet. ny. r. t. ..... egyet. ny. r. t. ..... egyet. ny. r. t. ..... egyet. ny. r. t.

1. ábra.

kultás összes hallgatóit kivánjuk megvizsgálni, ebben az évben technikai okokból csak az I. éves egyetemi hallgatókról készítettünk egészségügyi felvételt.

E helyen is hálás köszönetem fejezem ki professortársaimnak, dékánjainknak, különösen pedig *Orsós Ferenc* orvoskari dékánunknak, *Tóth Lajos* prorectorunknak, *Benedek László* rectorunknak és a *Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium*-nak, hogy elgondolásaimat és terveimet nagy megértéssel és szeretettel támogatták és minden lehetőt elkövettek, hogy utóbbiak realizálódjanak. Örömmel jelenthetem, hogy ez nagyértékű segitségükkel meg is történt. Különösen nagy segítséget jelentett *Hóman Bálint* vallás- és közoktatásügyi miniszternek 21.796—1935. sz. rendelete, amelyben a debreceni orvostudományi kar április hó 10.-én tartott IX. rendes üléséből származó felterjesztése alapján a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem hallgatói részére az egészségügyi vizsgálatokat kötelezővé tette, még pedig e rendeletnek azzal a záradékával, hogy a dékán mindazon férfihallgatóknak megtagadja a leckekönyv láttamozását, akik vizsgálatra nem jelentkeznek, illetve ezek alól kivonják magukat.

Csakis ilyen rendelet szigorával lehet a hallgatók összességét átvizsgálni, ami már csak azért is fontos, mert az elmaradottak között bizonyára nagyobb számban vannak olyanok, akik súlyosabb természetű fertőző betegségükről nem tudnak (pl. a syphilis, vagy az activ gümőkór nem, vagy alig ad okot panaszra), de lehetnek olyanok is, akik betegségüket titkolják. Sajnos, ilyen betegek is vannak! A betegség eltitkolása a társakra addig veszedelmet nem jelent, amíg nem fertőző természetű — utóvégre saját testével mindenki maga rendelkezik —, ha azonban súlyosabb természetű fertőző betegségről van szó, (syphilis, tuberculosis stb.), akkor ez már nem magánügy, hanem mindenképen közügy, mert a fertőzöttek hallgatótársaikat könnyen inficiálhatják, s azokat esetleg egész életre beteggé, rokkanttá tehetik, sőt életüket is veszélyeztethetik.

VIZSGÁLATOK BŐR- ÉS NEMIBETEGSÉGEKRE:

Lentigo	10
Naevus pigmentosus	19
Naevus pigmentosus pilosus	5
Naevus flammeus	8
Hypospadiasis	4
Phimosis	4
Ichthyosis	1
Keratosis follicularis	1
Seborrhoea	16
Ekzema seborrhoicum	2
Effluvium capill. seborrhoicum	12
Acne	23
Folliculitis	2
Herpes zoster	1
Pityriasis versicolor	9
Erythrasma	34
Leptothrix	57
Dishydrosis	1
Phthirius inguinalis	5
Condyloma acuminatum	3
Verruca vulgaris	3
Verruca plana juvenilis	1
Congelatio manuum	1
Dermatitis	1
Ekzema chronicum	1
Balanitis, balanoposthitis	5
Fibroma	14
Milium	3
Atheroma	1

Hypertrichosis	39
Striae distensae	1
Röntgenatrophia	2
Tatuálás	1
Cicatrisatio post combust.	3
Vitiligo	1
Hyperhydrosis manuum	1
Urethritis gonorrh. acuta	2
Urethritis gonorrh. chronica	5
Urethritis gonorrh. sanata	9
Epididymitis sanata	4
Urethritis non gonorrhoica	1
Prostatitis, cystitis non gonorrhoica	1

A debreceni I. osztályú elemi iskolás tanulók vizsgálataiban — ma már közel 10.000 tanulón — a syphilisben szenvedő gyermekek arányszámát kb. 5%-ban állapíthattuk meg, még pedig 2.2%-ban a biztos, 2.6%-ban pedig a gyanus esetek szerepelnek.

Véleményem szerint azért tehető 5%-ra a vérbajos gyermekek arányszáma, mert a 2.6%-ban feltüntetett syphilisre gyanus gyermekeken is alapos okunk volt syphilises fertőzésre gondolni, noha a klinikai és serologiai vizsgálatok ezt a felvételt *teljes mértékben* nem támasztották alá. Nem szenved kétséget azonban, hogy utóbbiakon kívül a tömegvizsgálatokban —, bármenyire alaposan és lelkiismeretesen is végeztük ezeket —, a vérbajos gyermekek egy részét bizonyára még a syphilisre „gyanus" esetek között sem tudtuk felfedezni, mert utóbbiak teljesen negativ seroreactiót adtak, a klinikai vizsgálatok sem mutattak náluk jellegzetes vérbajos tüneteket, noha utóbbiakban a világrahozott syphilis felismeretlenül szunnyadt és csak később nyilvánul meg majd megfelelő tünetekben.

Ezzel szemben rendkivül érdekes jelenségnek tartom, hogy a 265 I. éves egyetemi hallgató között egyetlen egy syphilises beteget sem találtunk. Ez a negativ lelet mindenesetre meglepetés volt számunkra, mert az egyetemi hallgatók túlnyomó része az alföldi iskolás gyermekekből rekrutálódik, vagyis ugyanazokból, akiken kb. 5%-ban syphilist találtunk. Öt év óta folytatott gyermekvizsgálataink ezenkívül még arról is felvilágosítást adtak, hogy a vérbajban szenvedő gyermekek szülei legalább 70—80 %-ban nem tudnak saját, még kevésbbé gyermekeik syphiliséről. Ezek szerint a syphilises gyermekek túlnyomó része aligha részesült antisyphilises kezelésben, vonatkozik ez főleg az alsóbb társadalmi osztályokra, különösen pedig a tanyai lakókra, akiknél nehézséget okoz a syphilis gyógyítása, még inkább annak felkutatása. Mi történhetett tehát a világrahozott, továbbá a szerzett (dajka- stb.) syphilisben szenvedő I. oszt. elemi iskolás gyermekekkel? Csakis arra gondolhatunk, hogy a syphilisben szenvedő s megfelelő kezelésben nem részesült I. oszt. elemi iskolás tanulók részben a világrahozott (ritkábban szerzett) syphilisük következtében elpusztultak, ha nem is magától a vérbajtól, hanem csökkent természetes ellenállóképességük következtében már az első járványos betegségnek áldozatul estek, részben pedig nem iratkoztak be egyetemre, hanem az elemi, esetleg a középiskolák elvégzése után egyebütt helyezkedtek el. Lehet azonban az is, hogy a véletlen játékos szerepe folytán egy sem jutott a világrahozott syphilisben szenvedők közül a megvizsgált kis csoportba. A 64 felsőbb éves között 2 syphilis-beteget találtunk, tehát 3.1%-ban vérbajos fertőzést. Meg kivánom még jegyezni, hogy néhány évvel ezelőtt a debreceni Tisza István Internátusban lakó egyetemi hallgatóktól — mind a négy fakultás összes évfolyamaiból — vért vettünk s szintén 3%-ban találtunk positiv Wa. R.-t. *Gonorrhoeát* (acut és chronikus) is csak 7 esetben tudtunk felkutatni. Az I. éves egyetemi hallgatók közül kb. 50% nem élt e vizsgálatok megejtéséig nemi életet. *Az I. éves debreceni egyetemi hallgatókra vonatkoztatott vizsgálataink syphilisre tehát teljesen negativ eredményt adtak. Rámnézve, mint az Országos Antiveneriás Küzdelem miniszteri biztosára ez a negativismus azonban hatalmas positivismust jelent, mert a nemibetegségek elleni küzdelemben a felvilágosítás és a nevelés igen fontos szerepet játszik, mint azt az O. K. E. Antiveneriás Bizottságának tavalyi jubiláris ülésén részletesen kifejtettem.* Megfelelő egészségügyi propagandával e téren rendkívül nagy eredményeket érhetünk el. Ilyen felvilágosító és nevelő előadásoknak az egyetemeken természetszerüleg nagy tapintattal, sok tapasztalattal és megfelelő szaktudással kell történniök. Az abstinentia problemájával egyetemi fiatalságunk nagyrésze még ma sincs tisztában. E téren történt tapasztalataim azt bizonyítják, hogy fiatalságunk egyrésze csak azért folytat, illetve kezdte meg a nemiéletet, mert fél attól, hogy különben a megfelelő mirigyapparatusa elsorvad, amely tévhitet többnyire tudatlan, ritkábban rosszindulatú hallgatótársaik terjesztik. Akik pedig már nemiéletet folytatnak, vagy utóbbitól nem tarthatók vissza, azok számára a nemibetegségek elleni modern prophylaxis igénybevétele hathatós védelmet nyujt. Az O. K. E. Antiveneriás Bizottság tagjai a legtöbb egyetemen tartottak már a sexuális élet terén ilyen nevelő és felvilágosító előadásokat, utóbbiakat mindenesetre rendszeresíteni és kötelezővé kellene tenni. Súlyosabb természetű bőrbetegségek nem fordultak elő, számos kisebb jelentőségű világrahozott bőrjelenséget s néhány jelentéktelen gyulladásos, gombás stb. bőrbajt észleltünk még, melyekről tulajdonosaik többnyire nem is tudtak. Utóbbiakra nem kivánok kitérni, fenti táblázatban megfelelő csoportosításban foglaltuk őket össze. Csak arra kivánnám még a figyelmet felhívni, hogy 12 esetben találtunk erősen seborrhoeás fejbőrt, már kifejezett hajhullással. Ebből az alkalomból eszembe jutottak az oxfordi és cambridge-i egyetemen és középiskolákban — még 1909-ben — tapasztalt egészségügyi rendelkezések, amelyek szerint az internátusokban lakó seborrhoeás hallgatók és tanulók kötelesek hajas fejbőrüket orvosuk által előírt antiseborrhoeás kezelésben részesíteni.

BELGYÓGYÁSZAT.

I. Tüdővizsgálat:

Physikalis vizsgálat:

normalis	252
eltérés található	13
ebből:	
tüdőbeli eltérés	7
lenőtt rekesz	6

Röntgen vizsgálat:

nem jelent meg	5
negativ	226
positiv	34
ebből:	
tbc.-s beszűrődés (gócos homály)	1
tüdőmezőkben meszes góc	7
tüdőmezőkben fibrosus góc	9
kötegesen szélesebb hilus	6
tömött hilus	9
lenőtt rekesz	13

A 34 elváltozás közül 23-ban csak egyféle elváltozás volt kimutatható, 11 esetben 2 és többféle.

II. Szívvizsgálat:

Physikalis vizsgálat:

negativ	236
positiv	29
ebből:	
physikalisan nagyobb	18
hallható zörej	18
együttesen mindkét eltérés	7

Röntgen vizsgálat:

nem jelent meg	5
negativ	216
positiv	44
ebből:	
hypertrophiás szív	33
mitralis configurált szív	10
szélesebb aorta	1

III. Laboratoriumi vizsgálatok:

nem jelent meg	10
negativ	242
positiv	13
ebből:	
fehérje a vizeletben	6
geny a vizeletben	6
cukor a vizeletben	1

A belgyógyászati vizsgálatok három részből álltak: 1. physikalis vizsgálatból, 2. a tüdők és szív röntgenátvilágításából és 3. laboratoriumi vizsgálatokból (vizeletkémlés fehérjére, genyre és cukorra, positivitás esetén pedig górcsövi vizsgálat; gümőkóros elváltozások esetében a köpetnek vizsgálata tbc. bacillusra). Figyelembe vettük ezenfelül a Moro-féle allergiás reactiót is. Azokban az esetekben, amelyekben a szív nagyságbeli eltérést mutatott, további szívvizsgálatokat végeztünk (orthodiagramm, elektrokardiogramm, vérnyomásmérés, munkamegterhelés), amely vizsgálatok eredményeiről külön fejezetben számolunk be.

Tüdővizsgálatok:

Physikalis vizsgálat 265 esetben történt. Negativ eredményt kaptunk 252 esetben, kóros eltérést találtunk 13 esetben. Ez utóbbiak közül 7-ben a tüdők felett kopogtatási és hallgatódzási eltéréseket találtunk, 6-ban pedig a rekeszek korlátolt kitérését, illetve fixáltságát.

Röntgenátvilágítással 260 hallgatót vizsgáltunk meg (5 távolmaradt). Ebből 226 negativ, 34 pedig positiv eredményt adott. A positiv röntgenelváltozások a következőképen oszlanak meg:

Tbc.-s beszűrődés (gócos homály)	1
Tüdőmezőkben meszes góc	7
Tüdőmezőkben fibrosus góc	9
Kötegesen szélesebb hilusok	6
Tömött hilusok	9
Rekeszlenövés	13

A 34 eset közül 23-ban csak egyféle elváltozást találtunk, 11 esetben 2 és többfélét.

A tüdő gümőkóros elváltozásainak felkutatása szempontjából rendkívül nagy fontosságú, hogy minden egyetemi hallgató röntgenátvilágításban részesüljön. *Kattentidt* (München) szerint 10,000 csak klinikailag megvizsgált hallgató adatait 10,000 röntgen átvilágított + klinikailag megvizsgált adataival összehasonlítva kitünik, hogy kizárólag klinikai physikális vizsgálattal csak 2 esetben, klinikai + röntgenvizsgálattal azonban 35 esetben, vagyis az előbbinél 17,5-szer több esetben állapithattak meg nyilt tuberculosist.

Az eredmények értékelése:

A tüdő physikalis és röntgenvizsgálatával nyert positiv esetek közötti számbeli különbség oka, hogy röntgenátvilágítással régen lezajlott tüdőbeli folyamatok maradványai és olyan elváltozások is kimutathatók, amelyek physikalis vizsgálat számára nem hozzáférhetők. A physikalis és röntgenvizsgálat adatai a következőképen viszonylanak egymáshoz:

Physikalis vizsgálat positiv és röntgen positiv	13
Physikalis vizsgálat negativ és röntgen positiv	21
Physikalis vizsgálat positiv és röntgen negativ	0

Fenti vizsgálatok eredményeit egybevetve a Moro-reactióval:

Physikalis vizsgálat positiv és Moro positiv	3
Physikalis vizsgálat positiv és Moro negativ	4
Physikalis vizsgálat negativ és Moro positiv	88
Physikalis vizsgálat positiv és Moro hiányzik	6
Röntgen positiv és Moro positiv	15
Röntgen negativ és Moro positiv	88
Röntgen positiv és Moro negativ	19

Fenti adatok szerint a physikalis és röntgenvizsgálat, valamint a Moro-reactio csak 3 esetben volt egyaránt positiv. Ezek közül azonban 2-ben csak rekeszlenövést találtunk, a harmadik esetünket viszont a physikalis lelet alapján activ tüdőtuberculosisnak kell tartanunk. (Köpet: Koch-negativ volt). A többi physikalis vagy röntgenelváltozást mutató esetekben is mérlegeltük az activitás kérdését. Felnőtt egyénekről lévén szó, figyelmen kívül hagytuk az allergiás reactiókat. A pleuralis és hilus elváltozásoknak, valamint a kopogtatási és hallgatódzási leleteknek ezen szempontból történt egybevetése alapján találtunk:

Activ tüdőtuberculosist	1
Inactiv tuberculosis, illetve lezajlott gümőkóros folyamat maradványát	16

Szívvizsgálatok.

Physikalis vizsgálattal 265 elsőéves egyetemi hallgató közül minden tekintetben normalis volt 236, míg 29-ben a következő elváltozásokat találtuk:

Physkalis vizsgálattal nagyobbnak bizonyult a szív	18
Szív felett zörej volt hallható	18

Ezek közül 7 esetben úgy nagyságbeli, mint hallgatódzási eltérés volt jelen, azaz ezek mindkét csoportban szerepelnek.

A szív röntgenvizsgálata 260 esetben történt (5 nem jelent meg). Eltérés nem volt kimutatható 216 esetben, 44 esetben pedig az alábbi eltéréseket találtuk:

Hypertrophiás szív	33
Mitrális configuratio	10
Szélesebb aorta	1

A röntgen és physikalis vizsgálat adatait egybevetve:

Physikalis vizsgálattal nagyobb, röntgen positiv	11
Nagyobb, zörej hallható és röntgen positiv	7
Physikalis vizsgálattal negativ, röntgen positiv	26
Zörej hallható, röntgen negativ	11

Eredmények értékelése:

A kizárólag nagyságbeli eltérést mutató szívek tárgyalására később térünk rá. Mitrális configuratiót és megfelelő hallgatódzási leletet találtunk 5 esetben. Ezeket billentyű hibáknak tartjuk. Nagyobb szivet találtunk egyidejű zörejjel ezenfelül még kettőt, jellegzetes configuratio nélkül, miért is nem minősítettük billentyűhibáknak. Hasonlóképen nem tartható billentyűhibának azon további 11 esetünk, amelyekben kizárólag zörej volt hallható, nagyságbeli és configuratiós eltérés nélkül. Ezen 11 esetben hallható zörej, valamint az előző 2 is, accidentalis jellegűnek tekinthető. Az 5 szervi szívbajos eset közül 1 volt stenosis ostii venosi sinistri és 4 insuff. valv. bicuspidalis. Egyiküknek sem volt a keringés elégtelenségére utaló tünete, mind az 5 teljesen compensált állapotban volt. Itt említjük meg, hogy az összes vizsgált hallgatón néhány physiologiásnak mondható légzési arythmiától eltekintve, teljesen normalis rithmusú pulsust találtunk.

Laboratoriumi vizsgálatok:

Vizeletvizsgálat 255 I. éves egyetemi hallgatón történt. Ezek közül:

teljesen negatív — — —— —	242
positiv — — — — — —	13

amelyek részletezve a következőképen oszlanak meg:

fehérje a vizeletben — — —	6
geny a vizeletben — — — —	6
cukor a vizeletben — — — —	1

A fehérjevizelés 6 esetéből 3-ban a mikroskopos üledékvizsgálat vörösvérsejteket is talált. Ezek közül 1-en a Verzár-fül-, orr- és gégeklinikán acut tonsillitist állapítottak meg. A cukorvizelés esetében normalis vércukor értéket kaptunk (97 mg%), ismételt vizsgálat alkalmával pedig cukor nem volt már kimutatható. Ezért ezt alimentaris glycosuriának tartjuk.

Megnagyobbodott szívű I. éves egyetemi hallgatók vizsgálata a szív izomállapota és munkabirása szempontjából:

Harminchárom megnagyobbodott szívű I. éves hallgatót vizsgáltunk meg. Ezeken megmértük a testsúlyt, a testmagasságot, a mellkas közép körfogatát, felvettünk röntgen-, orthodiagrammot, elektrokardiogrammot és mértünk vérnyomást. Az orthodiagrammból a szív harántátmérőjét használtuk összehasonlításra, amely értéket még a testsúly, testmagasság és a mellkas körfogatának figyelembevételével a szívtérfogat aproximativ kiszámítására is felhasználtuk. Az így nyert értékből megállapítottuk *Nikolai* és *Zuntz* szerint a szívhányadost. Ezenkivül munkamegterhelési kísérletet végeztünk (lépcsőjárás), utána pedig ellenőriztük az elektrokardiogrammot, a pulsusnak és a vérnyomásnak változását.

Az ilyenmódon megvizsgált 33 egyén közül:

versenyszerűen sportol — — —	16
sokat sportol — — — — —	9
közepesen sportol — — — —	8

Az elektrokardiogramm alapján:

egészséges szívizomzatú — — —	19
jobb szív túlsúly — — — —	4
bal szív túlsúly — — — — —	4
kóros szívizom — — — — —	6

Ezen megoszlás a sportolás szempontjából a következő:

	versenyző	sokat sportol	keveset sportol
normalis szív	9	6	4
jobb szív túlsúly	3	1	0
bal szív túlsúly	2	0	2
kóros szívizom	2	2	2

A Rautmnn-táblázat dataihoz hasonlítva:

normalis harántátmérővel bírt	29
normalisnál nagyobb átmérőjű	4

A *szívquotiensre* vonatkozó adatokat alábbi táblázat mutatja ki. Normalisnak az 1/46 és 1/63 közötti értéket tekintik, a nevező emelkedése kedvező, csökkenése kedvezőtlen:

	1/40—1/50	1/50—1/60	1/60—1/70	1/70 alatt
összesen	2	6	11	14
versenyző	0	2	5	9
sokat sportol	0	4	4	1
közepes. sportol	2	0	2	4

A *vérnyomások* a következőképen oszlottak meg:

110—120	120—130	130—140	140—150	150—160	160—170
6	12	7	6	1	1

Munka után változatlan maradt 7, emelkedett 26. Az emelkedés 15 Hg.mm-en felüli volt.

A pulsus száma:

50—60	60—70	70—80	80—90	90—100
4	8	7	8	6

Munka után változatlan maradt 23, emelkedett 10 (percenként legalább 10 pulsus szaporulat).

Az *elektrokardiogramm* ST és T hullámának figyelembe vételével munka előtt normalis, utána kóros 4. Ezek közül 2 versenyző sokat, 1 közepesen sportol; munka előtt és után is kóros 2 (1 sokat, 1 közepesen sportoló).

Ezen részletes szívvizsgálatok eredményének megbeszélése túlnagy terjedelmű lenne. De enélkül is szembetűnik néhány körülmény, amely különösebb figyelmet érdemel. Igy feltűnő ezen szívelváltozások nagy száma. Feltűnő, hogy ily fiatal korban találhatók ezen elváltozások, amelyek mindenek szerint fokozott igénybevétel következményei. Feltűnő végül, hogy ebbe a kategoriába tartozó I. éves hallgatók jórésze sokat, vagy pláne versenyszerűen sportol. Jogosultnak látszik tehát az a következtetés, hogy legelsősorban sportártalomról van szó. Joggal feltehető, hogy a sportártalom kifejlődésében döntő szerepet játszik az, hogy sportteljesítményük a serdülő, fejlődő korra esik és végső következtetésként megállapítható vizsgálatainkból, hogy a sportoló ifjúságnak szakképzett orvosi felügyelet alá helyezése intézményesen és sürgősen biztosítandó.

Összefoglalás:

A belgyógyászati vizsgálatok alapján az I. éves hallgatók közül *0.37%* szenvedett activ és *6.03%* inactiv tüdőgümőkórban.

A szívvizsgálatokban eltérés physikai vizsgálattal a hallgatók *10.9%*-ában, röntgennel pedig *16.9%*-ában mutatkozott, szervi szívbajban értékelés alapján mindössze 5 hallgató, azaz az átvizsgáltaknak *1.9%*-a szenvedett.

A laboratoriumi (vizelet) vizsgálatok elvégzésének szükségességét igazolja az, hogy az ilyen irányban átvizsgáltak *5.1%*-ában kaptunk positiv leletet.

Különös elismerést és méltánylást érdemel *Szukováthy Imre* ig. főorvosnak, a m. kir. testnevelési főiskola

igazgatójának az a törekvése, amely szerint nagyobb, egyelőre egyetemi városokban *sportorvosi tanácsadó állomások* szervezését sürgeti; utóbbiaknak elsősorban az volna a feladatuk, hogy a tréningbe lépő ifjakat az életfontosságú szervekre, különösen pedig a szív és a tüdő egészségi állapotára átvizsgálnák, s a tanácsadó állomások döntésétől függene, vajjon a megvizsgált hallgató vagy középiskolai tanuló tréningbe bocsájtható-e vagy sem, továbbá periodikusan vizsgálatokat kellene eszközölni, hogy a versenyszerű sportolás nem támadta-e meg a szervezetet. Ha nem is hivatalosan, de gyakorlatilag nálunk Debrecenben is működik ilyen sportorvosi tanácsadás; úgy tudom, hogy a többi egyetemen is, főleg pedig Budapesten és Szegeden. Utóbbi helyen azonkívül nemcsak egyetemi és főiskolai, hanem középiskolai tanulók sportorvosi ellenőrzését is bevették munkaprogrammukba.

Teljesen igaza van *Szukováthy*nak: „Az egyoldali dresszura, amely ma minden iskolában folyik, nagy veszély népünk egészségére és egész fejlődésére. Kell azonban, hogy az ujkori testnevelés feszítő, ernyesztő, nyujtó és lazító, továbbá concentrikus, excentrikus és statikus gyakorlatai céltudatosan szolgálják a harmonias testfejlődést."

VIZSGÁLATOK SEBÉSZI BETEGSÉGEKRE.

I. csoport:

Súlyos rendellenességek:

Gerincelferdülések (súlyos) — —	4
Lúdtalp (súlyos) — — — — —	54
Coxitis tbc. (activ tuberculosis) —	1

II. csoport:

Kevésbbé súlyos rendellenességek:

Gerincelferdülések (kisfokú) — —	11
Lúdtalp (kisfokú) — — — —	28
Lágyéksérv — — — — — —	8
Varicocele — — — — — —	18
Varicositas cruris — — — — —	2
Hydrocele testis — — — — —	2
Cysta dermoides — — — — —	2
Testis inguinalis — — — — —	1

III. csoport:

Műtét utáni gyógyult állapot:

Sérv műtét után — — — —	6
Vakbél műtét után — — — —	11
Empyema thor. után bordaresect.	2—19
Atrophia testis — — — — —	4
Epididymitis traumatica — — —	1
Fract. male san. hum. cubitus varus	1

IV. csoport:

Fejlődési rendellenességek:

Genua vara — — — — — —	3
Genua valga — — — — — —	4
Crura vara — — — — — —	1
Hallux valgus — — — — — —	2
Pedes valgi — — — — — —	1
Pedes excavati — — — — —	1
Metatarsus varus — — — —	1
Metatarsus valgus — — — —	1
Digiti hamati — — — — — —	1
Torticollis — — — — — —	1
Sacralisatio vertebr. lumb. V. — —	1
Spina bifida occulta — — — —	1
Scapula alata — — — — —	2
Os tibiale int. — — — — —	8

A gerincelferdülések változatai:

Scoliosis — — — — — —	10
Kyphoscoliosis — — — — —	3
Lordosis — — — — — — —	2

Sebészi vizsgálat történt 265 elsőéves hallgatón. A vizsgált egyének közül az elsőéves hallgatók között 135-ön lehetett veleszületett rendellenességet, súlyosabb, vagy kisebbfokú anatomiai elváltozást kimutatni. Ez a szám 50.8%-nak felel meg, ami annyit jelent, hogy a vizsgált egyéneknek valamivel nagyobb fele nem volt sebészi szempontból teljesen egészségesnek mondható. Teljesen hibátlan az elsőévesek közt 130 volt. A 135 nem hibátlan elsőéves hallgatóra 184 kóros elváltozás esik, mivel több egyénen egyidejüleg több elváltozás volt jelen.

A talált elváltozások a következő csoportokba oszthatók:

I. Olyan súlyos rendellenességek, melyek az illető munkabírását tartósan csökkentik, vagy amelyek csak huzamosebb kezeléssel, esetleg műtéttel, vagy egyáltalában nem javíthatók. Ide sorolható a 4 súlyos, illetve középfokú gerincelferdülésben szenvedő, akiken vagy egyáltalában nem, vagy csak alig lehet már javítani, akiken az elferdülés és a bordapúp mindinkább fokozódva úgy a légzést, mint a test mozgását hátráltatni fogja. A gümős csípőízületi gyulladással sujtott hallgató pedig, eltekintve attól, hogy teljes nyugalomra van szüksége, mint fertőző egyén is komoly veszedelmet jelent a többi hallgatóra s így sürgősen elkülönítendő volna. Az 54 súlyos lúdtalp is sürgős ortnopediai segítségre és a nehéz sport alóli felmentésre szorul, mivel idővel a láb kóros állása rögzül és a correctio alig vihető keresztül.

II. Olyan elváltozások, amelyek jelenleg panaszokat nem okoznak, de megfelelő elővigyázati rendszabályok nélkül fokozatosan rosszabbodva, maradandó következményekkel járnak. Ebbe a csoportba osztottuk a kisfokú gerincelferdüléseket, kisfokú lúdtalpakat, lágyék és vízsérveket, visszértágulásokat stb. Mindezen betegségek fokozatosan súlyosbbodva, az I. csoportbeliek súlyosságát fogják elérni s idővel bizonyosfokú rokkantság fenyegeti a hallgatókat. A lágyéksérvek pedig már jelenleg is veszélyes állapotban vannak a sérvkizáródás állandó veszélye miatt.

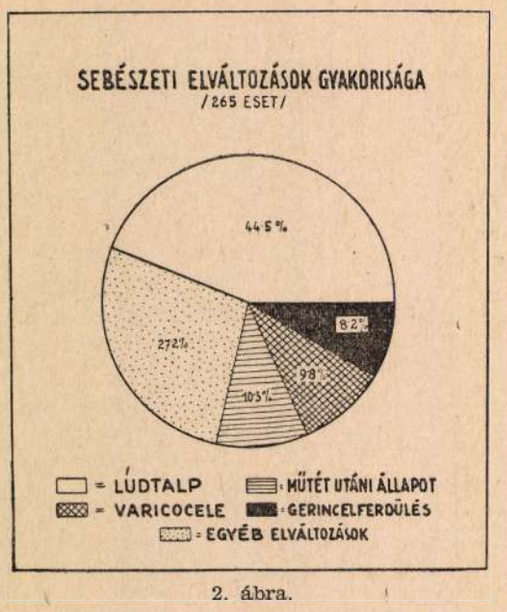
III. Régebben elszenvedett sérülések, vagy betegségek következményei: mint műtét utáni állapotok, heresorvadás, gyógyuló sérülések, rosszul gyógyult törés, térdszalagszakadás stb. Ezek sebészileg már részben ellátottak, de részben még további correctiókat igényelnek.

IV. Fejlődési rendellenességek, melyek egyrészének betegségi jelentősége nincsen, egy másik része azonban megfelelő kezelés hiányában különböző súlyosságú szövődményekhez vezethet. Ide tartoznak főleg a csont- és ízületi rendszerek különböző elváltozásai, amelyek a helytelen statikai viszonyok folytán, mint ismeretes, a már meglevő bajtól eltekintve, távolabbi ízületekben és izmokban is kiválthatnak gyulladásokat (idősült torzító izületi gyulladás), illetve zsugorodásokat. Ezeknek megelőzésére még reményünk sem lehet, ha a terhelt életpályát nem változtat. Különösen áll ez az orvostanhallgatókra, akik tudvalevőleg úgy tanulmányaik alatt, mint a későbbi hivatásuk teljesítésében testi megerőltetések alól nem vonhatják ki magukat.

A sebészi vizsgálatok végzésekor kiderült, hogy a hallgatók legtöbbje nem is tudott bajáról. Sok súlyos lúdtalpban szenvedő rendszeresen sportolt és a lábfájdalmakat mint „izomlázat" fokozottabb edzéssel remélte leküzdeni. A coxitis tbc.-ban szenvedő hallgató bár két éve beteg, bajának súlyosságát nem ismerte és egy napig sem pihent

vele. Több hallgató lágyéksérvéről és gerincelferdüléséről sem tudott. Ha tekintetbe vesszük, hogy itt egyetemi hallgatókról van szó, akikről feltehető, hogy testük épségével fokozottabb mértékben törődnek és mégis ennyi fel nem ismert kóros elváltozást találtunk rajtuk, úgy ezen körülmény maga is teljes mértékben igazolja a kötelező vizsgálatok szükségességét.

Összefoglalás. A 265 főből álló debreceni I. éves egyetemi hallgatók csoportjában tehát a leggyakrabban előforduló sebészeti elváltozás a lúdtalp volt, amelyet a hallgatók *30.9%-ánál* fedeztünk fel. Az összes hallgatók *5.7%-a* szenvedett kisebb-, vagy nagyobbfokú gerincelferdülésben és *6.8%-ban* találtunk varicocelet. A vizsgálat idejéig a hallgatók *7.2%-a* esett át valamilyen fajta műtéten.



2. ábra.

A 135 sebészileg nem hibátlan I. éves hallgatónál észlelt 184 kóros elváltozás közül szintén a lúdtalp szerepelt a legnagyobb arányban, *44.5%-ban.* Utána előfordulási gyakoriság szerinti sorrendben az alábbi sebészeti elváltozások következtek:

Műtét utáni állapot alkotta az összes sebészeti elváltozások 10.3%-át,
a varicocele alkotta az összes sebészeti elváltozások 9.8%-át,
a gerincelferdülések alkották az összes sebészeti elváltozások 8.2%-át,
és egyéb elváltozások együttvéve alkották az összes sebészeti elváltozások 27.2%-át.

(Folyt. köv.)

A Szt. István kórház II. sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Mező Béla egyet. magántanár).

A gyomor- és nyombélfekélyátfúródás 150 műtött esetének késői eredményei.

Irta: *Hady Antal dr.*

A gyomor- és nyombélfekély, s az ezeknek súlyos szövődményeként esetenkint bekövetkező fekélyátfúródás nemcsak a sebésznek, hanem az általános orvostudománynak is egyik sokat szereplő kérdése.

Vitathatatlan, hogy a gyomor- és nyombélfekélyek jelentős százaléka minden belgyógyászati kezeléssel dacol és előbb vagy utóbb műtétre kerül; tudjuk viszont, hogy az esetek egy másik része belgyógyászati kezeléssel, étrendi előírással panaszmentessé tehető, sőt meggyógyulhat. Ezzel szemben tény, hogy bizonyos százalék átfúródik és feltétlenül *azonnal* életmentő műtéti beavatkozást igényel.

Azt, hogy ez a százalék mekkora, nehéz pontosan megállapítani. Kétségtelen, hogy a nyombélfekély átfúródása jóval gyakoribb, mint a gyomorfekélyé, de a kutatók véleménye és statistikai eredménye igen eltérő ebben a kérdésben.

A *gyomorfekélyek átfúródási százaléka Leube* szerint 1—2%, *Brinton* szerint viszont 27%; *Matus* a Mayo-klinika anyagában 22—28 százalékról ír. *Dorfmann* (Moszkva) eredménye gyomorfekélyben 17.3% és nyombélfekélyben 22.5%. Legvalószínűbb *Payr* 10%-os átfúródása.

A *nyombélfekélyátfúródások százaléka Chvostek, Oppenheimer, Lieblein* szerint a 43—50 százalékot is eléri; *Dietrich, Gruber, Nauwerck, Rosenbach* statistikái 17—38 százalékról számolnak be. Ezek a számok azonban kissé magasak. Legelfogadhatóbb *Hauser* nagy gyüjtőmunkájának 20%-os adata.

Természetesen mindezek a számok csak sebészi vagy kórbonctani esetekre vonatkoznak, mert ha az esetekhez a már gyógyult és többszörös fekélyeket is hozzászámítjuk, akkor az átfúródási százalék csak 5—7%ra tehető.

A fekély *lényege* az életképességében valamilyen okból gyengült gyomor-, illetőleg nyombélfal önemésztése. Emellett a klinikai tapasztalat szerint bizonyos hajlam (éghajlat, életmód és táplálkozás, családi, alkati tulajdonságok) is közrejátszik. Kétségtelen azonban, hogy a fekély keletkezésében *két* élettani tényezőnek — a gyomor-nyombélnal ellenálló- és a gyomor-nyombélnedv emésztőképessége — megbillent egyensúlyának jut a főszerep. Azt, hogy ezek milyen módon működnek közre, sok elmélet magyarázza.

A *keringési elmélet* szerint az ok a gyomor-nyombélfal vérellátási zavarában van; az *ideg-elmélet* az idegrendszerben keresi az okot; a *gyulladásos elmélet* szerint kimaródások keletkeznek a gyomor-nyombélfal gyulladása (gastritis, duodenitis) következében, s ezeknek a kimaródásoknak a továterjedéséből támadnak a fekélyek *(Konjetzny). Müller* szerint a gyomor-nyombélfal nyálkahártyájában elhintett rendellenes hámszigetek azok a helyek, ahol a gyomor-nyombélnedv emésztő ereje érvényesülhet. A *külbehatási (ektogen) elmélet* sérülésben, mérgezésben, fertőzésben keresi az alapvető okot. Végül a *vegyi elmélet* szerint az emésztő erő fokozódása a lényegileg döntő a fekélyképződésben.

Természetesen mindezeknek az elméleteknek többkevesebb hivük van, de határozott, megdönthetetlen érvekkel alátámasztott választ adni a kérdésre mindezideig nem sikerült. Az látszik egyedül bizonyosnak, hogy a heveny fekély a gyomor-nyombélfal keringési zavarából (infarctus) fejlődik, amelynek területén a gyomor-nyombélnedv emésztőképessége érvényesülhet *(Verebélü).*

Kórbonctanilag a megbetegedésnek három alakja van: a *kimaródás (erosio),* a *heveny (acut) fekély* és az *idült (chronicus) fekély.*

A *kimaródás* sohasem terjed túl a nyálkahártyán, s legtöbbször csupán a nyálkahártyaredők tetején található tűhegynyi, gombostűfejnyi, legfeljebb lencsényi területen fennálló hámhiány.

A *heveny fekély* már kerekded anyaghiány a gyomor vagy nyombél falán, amely a savóshártya felé fokozatosan szűkül. Érdekes, hogy az így képződött tölcsérnek a tengelye a gyomor-nyombélfalra sohasem merőlegesen,

hanem mindig ferdén áll *(Rokitansky)*. Klinikailag jellemző, hogy olyan, mintha likasztóvassal volna kiütve.

Az *idült fekélyre* legjellemzőbb, hogy szélein és alapján sarjadzás is kimutatható; ha ez vastagító heget termelt már, létrejön a kérges fekély (ulcus callosum).

A *gyomorfekély helye gyakorisag szempontjából* 1. kisgörbület, 2. pylorikus rész, 3. hátsó gyomorfal, 4. elülső gyomorfal, 5. nagygörbület.

Azt, hogy a fekély kedvenc helye a gyomorban a kisgörbület, már régibb vizsgálók *(Deckert, Stromeyer)* észlelték. *Waldeyer* a kisgörbületet „Magenstrasse"-nak, a gyomor országútjának nevezte el; mivel pedig a fekélyek előszeretettel ülnek a kisgörbülethez közel a hátsó vagy az elülső falon is, *Bauer* szerint lehetséges, hogy úgy a hátsó, mint az elülső fal egyrésze még a kisgörbülethez tartozik.

A *nyombélfekély leggyakoribb helye* a harántszár kezdeti része (bulbus duodeni). Amíg a gyomorban a fekélyek legtöbbje a kisgörbület vonalába esik, addig a nyombélben ez a vonal gyakoriság szempontjából csak a harmadik helyen áll. Sebészeti statisztikák szerint az elülső falon, kórbonctani statistikák szerint viszont a hátsó falon gyakoribb a fekély. (Munkámban egyébként a fekélyek elhelyezkedése szempontjából osztályozást nem végeztem, mert ez nagyon messzire vezetne. Válogatás nélkül feldolgoztam a 10 év alatt előfordult *összes eseteket*, amelyeknek azonban csak *késői eredményeit* ismertetem.)

A *klinikai tünetek* tulajdonképen pontos következményei annak, hogy vajjon egyszerű, vagy szövődött fekélyyel állunk-e szemben. Az egyszerű, nem hosszú idő óta fennálló, minden szövődménytől mentes eset ritkán kerül sebészhez, mert ennek ellátása, kezelése a belgyógyászat körébe tartozik; ha azonban bizonyos idő elteltével a megbetegedés a kezeléssel dacol, s idültté válik, szövődmények keletkezhetnek. Ilyenkor a folytonosan fokozódó panaszok rendszerint már szükségessé teszik a sebészi vélemény kikérését.

Ez a sebészi vélemény a szövődmények által létrehozott elváltozások, illetőleg fájdalmak szerint tág határok között mozoghat, de természetes függvénye a szövődmények fokának. Ezek a szövődmények lehetnek: 1. *összenövés* (perigastritis, periduodenitis adhaesiva), 2. *hegesedés* (ulcus callosum hypertrophicum), 3. *heges szűkület* (stenosis), 4. *vérzés* (haemorrhagia) és végül 5. *átfúródás* (perforatio); a legutóbbi ismét kétféle lehet: *fedett* és *szabad* átfúródás.

Az első négy esetben, sőt még a fedett átfúródások bizonyos eseteiben is elképzelhető a várakozó (conservativ) sebészi állásfoglalás. Az összenövések, hegesedések, szűkületek kisebb foka esetén szükség lehet a beteg érdekében néhány napi, esetleg néhány heti előkészítésre (szív, tüdők, általános testi erő feljavítása gyógyszerelésekkel, étrendi előírásokkal stb.); a vérzések esetén is feltétlenül meg kell kísérelni a vérzés megállítását (jégtömlő a hasra, jégdarabkák nyelése, összehúzók itatása, calcium stb.). Még a fedett átfúródásokban is előfordulhat, hogy mivel a kórkép nem teljesen tisztázott, várakozni kénytelen a sebész annál is inkább, mert ú. n. „*spontan gyógyulás*"-t is ismerünk. *Eiselsberg*, akinek véleményét *Lieblein* és *Hilgenreiner* is osztja, ezt 5 százalékban tartják lehetségesnek. *Shoemaker* 562 eset között 4 ilyen spontán gyógyult, fedett átfúródást talált. Annak a bizonyítása azonban, hogy ténylegesen fennállott-e ilyenkor fekélyátfúródás, tisztán a klinikai tünetekből — hiszen a beteg nem került műtétre, — nagyon bajos. Bár, mint kivételes lehetőség fennforog ez a heveny átfúródás kórképében, mégsem jogosít fel hosszas várakozó állásfoglalásra.

A *klinikai kép* rendszerint annyira könnyen felismerhető, hogy pillanatok alatt bizonyossá válik a kórisme és határozni lehet. A beteggel szemben úgyszólván soha nehézség, — és ez szinte jellemzőnek mondható, — mert az óriási fájdalmak miatt azonnal beleegyezik a műtétbe.

Munkámban kizárólag a *gyomor- és nyombélfekély-átfúródás miatt azonnal elvégzett műtétekkel* foglalkozom.

Ki kell azonban még térnem a gyomorfekély és nyombélfekély közötti különbségre, illetőleg a közöttük fennálló százalékos viszonyra is, mert az egységesség kedvéért, de más alább kifejtett okok miatt is munkámban a kettőt egybefoglaltam.

A gyomorfekély ugyanis *nem választható el szigorúan* a nyombélfekélytől; a kettőnek nagyon egyeznek úgy a klinikai, mint a kórbonctani tulajdonságai. A két elváltozást esetenkint szinte lehetetlen egymástól határozottan elkülöníteni, különösen a pylorushoz közel fekvő fekélyek eseteiben. *Puhl* pl. látott olyan nyombélfekélyt, amely egészen ráterjedt a pylorusra és a záróizmot is tönkretette. A kétféle fekély gyógyulási folyamata kórbonctanilag is teljesen azonos.

Általánosságban azonban a nyombélfekély inkább a fiatalabb kor betegsége és gyakorisága az évek számának emelkedésével arányosan csökken. Érdekes, hogy gyomorfekély mellett ritkább a nyombélhurut, míg nyombélfekély mellett a gyomorhurut gyakori.

Az arányszám az idők folyamán nagy változáson ment keresztül. Régi szerzők *(Rütimeyer, Nauwerck, Gruber)* a nyombélfekélyek számát 0.40—1.07 százalékra tették. Ma a nyombélfekélyek száma mindinkább szaporodik, s közeledik a gyomorfekélyek számához; *Czeijda-Pommersheim* szövettanilag feldolgozott nagy statistikai gyüjtőmunkájában pl. 100 gyomorfekély mellett már 79 nyombélfekélyt talált.

A teljesség kedvéért megemlítem a rosszindulatú elfajulási hajlamot. Ebben feltünő különbség van gyomor- és nyombélfekély között, amennyiben nyombélfekélyből kiinduló rák ritkaságszámba megy, viszont a gyomorfekélyből kiinduló gyakori. Az utóbbiban azonban a régibb és újabb vizsgálatok között meglehetősen nagy az eltérés. Eleinte a szám elenyészően csekély volt: *Kollmár* 1891-ig 14, *Futterer* 1902-ig mindössze 52 esetet talált a világirodalomban. Ezután az ismertetett esetek száma rohamosan emelkedett, s elismert sebészek, mint *Finsterer* (24%), *Payr* (26%), *Riedel* (30%), *Küttner* (43%), *Mayo* (68%), *Kelling* (78%) óriási százalékban találtak gyomorfekélyből kiindult gyomorrákot. A legujabb vizsgálatok azután ismét jelentékenyen kisebb százalékokat eredményeztek. *Konjetzny* és *Haberer* 10—15 százalékban találtak gyomorfekélyből kiinduló gyomorrákot.

Munkámban, — hogy nagyobb saját anyag felett legyen áttekintésem, — a *Mező* tanár úr vezetése alatt álló II. sebészeti osztály anyagát *Pólya* tanár úr szíves engedelmével az I. sebészeti osztályon operált esetekkel egészítettem ki. Az így összesen *154 átfúródott fekély miatt műtött esetben*, a gyomor- és nyombélfekélyek közötti arány 5:3, ami körülbelül egyezik más sebészek adataival. Tekintetbe kell azonban venni, hogy ez az arány nem szigorú górcsövi vizsgálatok, hanem a műtéti lelet sebészi (makroskopikus) megállapításainak alapján áll. Mivel tehát egyrészt a két elváltozás között klinikailag kifejezett határt szabni nagyon nehéz és pontos eredményre tulajdonképen csak a kórbonctani (mikroskopikus) vizsgálódás vezethetne — ami ilyenkor természetesen lehetetlen; — másrészt munkám célja a műtétek után bekövetkezett *késői klinikai eredmények* összegezése, rövidség és egy-

szerűség kedvéért a két elváltozást a következőkben együttesen tárgyalom „gyomorátfúródás" elnevezés alatt.

A tízéves anyagra vonatkozólag, könnyebb áttekinthetőség kedvéért, előrebocsájtom a következőket: 1. mindig *azonnal megtörtént a műtét;* 2. minden esetben a hasüreg gondos száraz kitörlése mellett *csak a gyomorátfúródás egyszerű összevarrását* végeztük; 3. a *hasfalat* mindenütt *elsődlegesen varrtuk.*

A műtét mindig azonnal megtörtént, mert az előbbiekben említett „spontan gyógyulás" lehetőségének nagyon kis valószínűsége a gyakorlatban nem teszi jogosulttá, hogy esetleges várakozással a beteg amúgyis veszélyeztetett életét még nagyobb veszélynek tegyük ki.

Az átfúródás összevarrását minden esetben úgy végeztük, hogy egyetlen, — a gyomor- illetőleg nyombélfal összes rétegein (a lumenbe) áthatoló — nagy átöltéssel (esetleg kettővel) először az átfúródási nyílást zártuk és azután még egy savóshártya-varratsorral ezt az átöltött részt süllyesztettük. Az átöltő varrat beöltési és kiöltési helye természetesen az épben haladt, s az átfúródási nyílás kérges udvarától függően így esetenkint nagyobb, vagy kisebb területet foglalt magába.

Az elsődleges hasfalvarrás alól csak 2—3 eset kivétel, amikor az átfúródás nagyon régi volt úgy, hogy a hasüregben sok féligemésztett, bomló ételrészletet találtunk és kénytelenek voltunk tamponálni. Ezeket a betegeket egyébként ugyanis mind elvesztettük, s így ez munkám statistikai eredményein ilyen értelemben semmit sem változtat.

A 154 beteg közül 24 halt meg a műtéttel kapcsolatosan néhány napon belül, ami nagyon jó eredmény: 15.6%, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy a 10 év alatt műtétre kapott *összes* esetek feldolgozás alá kerültek minden válogatás nélkül. Tehát bár legnagyobbrészük feltétlenül csak néhány órás gyomorátfúródás volt, de olyan is van közöttük, ahol az átfúródás óta háromszor 24 óra is eltelt.

Az összes többi betegnek — 130 — válaszos kérdőlapot küldöttünk ki, amelyekre 78 esetben kaptunk, — legnagyobbrészt pontos — választ; (a többi ismeretlen helyre elköltözött, vagy nem válaszolt). Ahol a válasz nem volt kielégítő, a beteget berendeltük és kihallgattuk; más betegségben időközben meghalt 6 úgy, hogy statistikánkhoz 72 esetet tudtunk jól felhasználni.

Ebből a 72 esetből arra a kérdésre: „Műtét óta teljesen jól érzi-e magát?" 47 betegtől kaptuk azt a választ, hogy: „igen"; annak a bejelentése mellett, hogy semmiféle diétát sem tartanak; kisebb panaszokról (felfújódás, gyomornyomás, gyomorégés, néha kis gyomorfájdalom stb.) 19 számolt be; nagyobb panaszai (gyakori nagyobb gyomorfájdalmak, hányás, gyomorgörcsök stb.) 4 betegnek voltak és csak 2 esetben vált újabb műtét szükségessé.

Tehát statistikánk a következő:

Halálozási százalék (154 esetből)		15.6%	(24)
Teljesen panaszmentes (72 esetből)		65.3%	(47)
Kisebb panaszok	„ „	26.4%	(19)
Nagyobb panaszok	„ „	5.6%	(4)
Ujabb műtét	„ „	2.8%	(2)

A halálozási eredményt, — összehasonlítva más szerzők kimutatásaival (*Williams* és *Walsch* 20%, *Dineen* 22%, *Buttler* 24.5%, *Gandy, Elischer* 28% halálozást találtak), — kitünőnek mondhatjuk.

Figyelemreméltó azonban statistikánk elsősorban abból a szempontból, hogy a kisebb panaszok 26.4%-os csoportjának több mint felerésze olyan eset, ahol ezek a panaszok, csekély étrendi megszorítással, egy-egy késhegynyi sodabicarbonát-tal — a betegek saját bevallása szerint, — teljesen megszüntethetők olyannyira, hogy ezekben az esetekben emellett 2—10 kg súlygyarapodás is bekövetkezett. Ez a helyzet pedig — 10 éves beteganyagról lévén szó — sokszor 6—8—10 éve változatlanul fennáll, ami kb. 80% *teljes munkaképességvisszanyerésnek* felel meg.

Más szerzők ilyen irányú vizsgálatai alapján megállapítható, hogy a kimutatások rendszerint nem egységesek; ugyanis az anyagba nemcsak egyszerű összevarrásos, tamponálás nélküli eseteiket, hanem gyomorátfúródásban végzett egyéb műtéteiket (resectio, sutura + gastroenteroanastomosis, excisio + sutura stb.) is felvették. Épen ezért, mivel szerény munkámban kizárólag egyformán — egyszerű összevarrással, s a hasüreg száraz kitörlése után elsődlegesen zárt hasfal mellett, — műtött esetek nagy anyagát dolgoztam fel, az az érzésem nem érdektelen, ha a következőkben az így elért késői eredményekről pontosan beszámolok.

Nemek szerint a nők elenyészően kis számmal szerepelnek, amennyiben a 154 eset között csak 3 nő volt (1.9%).

Életkor szerint eseteink így oszlanak meg:

10—20	év között volt		7%
20—30	„ „	„	26%
30—40	„ „	„	26%
40—50	„ „	„	22%
50—60	„ „	„	17%
60—70	„ „	„	3%

A legfiatalabb 17 éves leány, a legidősebb 67 éves férfi volt.

Mindkét eredményünk, lényegtelen eltolódásoktól eltekintve, egyezik a más szerzők által a legutóbbi években közölt kimutatásokkal.

A közleményekből kitűnik, hogy bár a sebészek nagyobb része gyomorátfúródásban az egyszerű fekélyösszevarrás híve, sokan vannak, akik nyombél-összeköttetést (gea) is, sőt gyökeres műtétet (resectio) végeznek. Épígy megoszlanak a vélemények a tamponálást illetőleg is.

Csak néhány nézetet szeretnék megemlíteni.

Haberer és *Brütt,* ha csak lehetséges szívesebben végeznek gyökeres műtétet, mert így jobb késői eredményeket kaptak, mint egyszerű összevarrás után. *Haberer* 13 gyökeres műtéte után csak 2 beteget vesztett el, ami jobb a mi egyszerű elvarrásos statistikánknál 15.3%; igaz, hogy ez a 13 *válogatott* eset volt. *Brütt* 11 gyökeres műtéten átesett betege 1—2 év után vizsgálva mind teljesen panaszmentes, míg az egyszerű összevarrás és gyomorbél-összeköttetésen átesetteknél csak 42% teljes panaszmentességet talált.

Riese ezzel szemben 12 gyökeres műtét után 6 halálozásról (50%) számol be.

Gibson 60 esetéből 8, *Southam* 37 betegéből 4 eset került szükület miatt újabb műtétre.

Guleke, Nieden, Smidt, König véleménye szerint esetenkint kell a sebésznek elbírálni, hogy milyen műtétre határozza el magát, mert általánosítani nem lehet; korán, — néhány órás gyomorátfúródással — érkezett fiatal betegeken, jó testi erő mellett, a gyökeres műtét kitünő eredménnyel elvégezhető, míg pl. több órás átfúródás még fiatal, erőteljes egyéneken egyszerű összevarrás mellett is halálosan végződhetik.

Butler már kifejezetten az egyszerű összevarrás hive, s ettől csak kivételes esetekben tér el; 70 beteget vizsgált hosszabb idővel a műtét után és arra az eredményre ju-

tott, hogy ha nem túlságosan idült, kérges fekélyről volt szó, az összes műtéti fajták körülbelül egyforma késői eredményt adtak. Épen ezért inkább az egyszerű összevarrás hive, mert ez a műtét jár a legkisebb kockázattal. Hatalmas anyagot (251 eset) gyüjtött össze, de nemcsak egyszerű összevarrásokat, hanem más műtéteket is feldolgozott (excisio, pyloroplastica, gea stb.), s így munkája statistikánkkal nem állítható párhuzamba, legfeljebb bizonyos összehasonlításokra alkalmas.

Schena 38 esetéből egyszerű összevarráskor 33%, összevarrás és gyomorbél-összeköttetéskor 71% gyógyult; egy kivételével az összes eseteket tamponálta.

Mühsam, Unger, Pauchet, Delore, Shelley, Pich, Gandy, mind az egyszerű összevarrás hivei; *Petren, Noetzel, Moynihan* is meg vannak elegédve az egyszerű összevarrás eredményeivel és ezt végzik rendszeresen.

Redwitz hangsúlyozottan kiemeli, hogy egyszerű összevarrás után jobb késői eredményeket talált, mint ha gyomorbélösszeköttetést is végzett.

Egyszerű összevarrással *Scotson* 42%, *Gandy* 46.2%, *Patterson, White, Crawford* 60—65% tartós panaszmentességet talált. *Butler* eredménye pontosan betartott *étrendi előírás* mellett 85%, — de hozzáfűzi, hogy ebben az eredményben *nemcsak egyszerű összevarrásos* esetek szerepelnek.

Amint látható tehát, a kimutatások és eredmények alapján a vélemények nagyon megoszlanak.

Az az egy azonban bizonyos, hogy a *gyomorátfúródás egyszerű összevarrása után,* az eseteknek kifejezetten *nagyobb százalékában teljes panaszmentesség* következik be. Ez a százalék pedig kimutatásunk szerint a mi *nem tamponált* betegeinknél még inkább emelkedni látszik. Eseteinkben ugyanis, — amint már említettem, — a hasfalat mindig elsődlegesen zártuk, szemben a többi közölt statistikával, ahol amellett, hogy a gyomorátfúródáskor végzett minden műtétféleséget egybefoglaltak, a műtétek tetemes számában a hasfalat nem zárták elsődlegesen.

Kimutatásunk anyagán minden esetben azonnal elvégeztük a műtétet, s az átfúródást egyetlen (szükség esetén még egy második) nagy, a gyomor-nyombélfalat teljesen átöltő öltéssel zártuk; az egész területet azután még egy savóshártya-varratsorral elsüllyesztettük.

Természetes következménye az elmondottaknak az a kérdés, vajjon mi lehet az oka annak, hogy a betegek ilyen nagy százaléka a műtét után, — legalábbis munkaképesség szempontjából — meggyógyul akkor, amikor az átfúródást megelőzőleg rendszerint hosszú időn át, gyomorfekélyes panaszokkal, fájdalmakkal kinlódott? Hiszen a gyomorátfúródáskor lényegileg semmi egyéb nem történt, mint az életet következményeiben veszélyeztető fekélykilyukadás sürgős sebészi ellátása egyszerű összevarrással. Mégis, más statistikák szerint is, de a mi kimutatásunk nyomán különösen szembeötlően magas azoknak az eseteknek a száma, — 80% — ahol a beteg teljes munkaképességét visszanyerte, meggyógyult.

Önkéntelenül felvetődik az a gondolat, hogy talán a műtéti megoldásnak a módjaiban olyan tényezők szerepelnek, amelyek még nem teljesen tisztázottak és amelyek közrejátszhatnak abban, hogy a gyógyulás ebben a nagy százalékban bekövetkezik.

Feltételezhető és valószínű, hogy a tamponálásnak szerepe van a későbbi panaszok bekövetkezésében. A tamponnak megfelelőleg ugyanis összenövések keletkeznek, amelyek feltétlenül létrehozzák épen a műtött terület nagyobb rögzítettségét; még abban az esetben is fennállhat ez, ha a tampon csak 1—3 napig marad benn, hiszen tudjuk, hogy rostonyás letapadás a műtét után már néhány órával kimutatható.

A tamponálás elhagyásának tehát az a következménye, hogy a gyomor-bél teljes mozgékonysága megmarad, s épen emiatt az állandó, zavartalan mozgékonyság miatt itt a hegesedés helyén a gyomor ürtere nem szűkül.

Az pedig kézenfekvő, hogy a műtét azonnali elvégzése mindezeknek csak segítségére van azzal, hogy az átfúródásnak a lehető legkevesebb időt engedi arra, hogy nagyobb, visszaváltozhatatlan (irreversibilis) átalakulások létrejöhessenek.

* * *

Röviden összefoglalva tehát az elmondottakat, *gyomor- és nyombélfekélyátfúródáskor feltétlenül azonnali műtétet ajánlunk, amely az átfúródás egyszerű átöltő összevarrásából, az összevarrás süllyesztéséből és a hasüreg alapos, száraz kitörlése után, a hasfal elsődleges zárásából álljon.*

Tizéves beteganyagunkon ennek a sebészi megoldásnak láttuk úgy az elsődleges, de főként a késői gyógyulás szempontjából legjobb eredményeit.

Irodalom: *Anschütz, u. Konjetzny:* D. ZT. f. Chir. CIV. — *Bauer:* Arch. f. Klin. Chir. 154. — *Brütt:* Erg. d. Chir. u. Orth. 1923. XVI. — *Butler:* West J. Surg. etc. 42/934. — *Cz. Pommersheim:* Orvosképzés 1931/6. mell. — *Dineen:* Ann. Surg. 1929. — *Elischer:* Orvosképzés 1933/3. — *Finsterer:* Arch. f. klin. Chir. 154. — *Naberer:* Mitt. a. d. Gr. 1918/19. XXXI. — *Konjetzny:* Chirurg 1932. — *Mühsam:* Med. Klinik 1931/II. — *Mühsam u. Unger:* Arch. f. Verdauungskr. XXXVII. — *Orator u. Norden:* D. Z. f. Chir. 196. — *Puhl:* D. Z. f. Chir. 207. — *Redwitz:* Ther. d. Gegenwart, 1932/73. — *Shelley:* Amer. J. Surg. 1932/15. 277. — *Williams and Walsh:* Lancet 1930 I/9.

Az omnadin immunbiologiai hatásmechanizmusáról.

Irták: *Vitályos András dr.* és *Boér László dr.* Kolozsvár.

Azok a betegségek, melyeknek kezelésében az omnadint használni szokták, legnagyobbrészt a fertőző betegségek csoportjába tartoznak. A fertőzést *Metschnikoff* óta a behatolt kórcsira és a szervezet között folyó harcnak tekintjük. A kórokozó virulentiáját befolyásolni nincs módunkban, de segíthetjük a szervezetet ebben a küzdelemben a saját védekező tényezőinek előhivása és fokozása által. *Ranke* mutatott rá először a szervezet immunbiologiai állapotának fontosságára a kórbonctani elváltozások kialakulásában és vezette be a gümőkór pathologiájába a kórfolyamatnak ilyen szempontból való megitélését. *Oeller* a typhusra és a septikus megbetegedésre nézve mutatta ki, hogy ezek is ilyen alapon itélendők meg. *Kuczynski* és *Wolff* a streptococcusfertőzések tanulmányozásakor állapították meg a kórokozó és a szervezet egymásra gyakorolt kölcsönhatásának fontosságát a betegség kimenetelében. Alig két évtizedesek azok a vizsgálatok, melyek megállapították, hogy a szervezet védekező reactiói, mégpedig mind a *humoralis*, serologiailag kimutatható reactiók (agglutinatio, praecipitatio, bakteriolysis, antitoxintermelés), majd pedig a *cellularis*, morphologiailag megfigyelhető változások (a védekező sejtelemek megszaporodása és vándorlása a fertőzés helye felé, a bakteriumok phagocytálása) egy bizonyos mesenchymalis eredetű sejtrendszer, a reticuloendothel-rendszer, működésének eredménye, (*Aschoff—Landau* 1913.). A szervezet védekező berendezésének állapotát, reactiókészségét és annak változását a fertőzés hatására, valamint a különféle gyógyító beavat-

*) A Magyar Pharma gyógyáru R. T. által kiirt Omnadin-pályázaton első dijjal jutalmazott pályamunka.

kozások hatását, állatkísérletekben tanulmányozhatjuk legjobban.

Vizsgálatainkban tanulmányoztuk az omnadin néven ismert, nem-specifikus immunizálásra használt gyógyszer hatásmechanismusát és a szervezet immunbiologiai reactióinak változását omnadin alkalmazása után. Vizsgálatainkat pneumococcusokkal fertőzött egereken és staphylococcusokkal fertőzött nyulakon végeztük. Vizsgáltuk a szervezet humoralis (serologiai) reactióinak viselkedését, majd ezek után kerestük a reticuloendothel-systema (RES) közvetlenül megfigyelhető változásait, mely rendszert a humoralis védőanyagok termelési helyének tekintjük.

A serologiai reactiók közül az agglutinatiót, a bakteriotropinok és opsoninok vizsgálatát végeztük házinyulakon. Minden vizsgálatot 1. egészséges állatokon, 2. staphylococcussal fertőzött, 3. egészséges, omnadinnal kezelt állatokon és 4. staphylococcussal fertőzött, omnadinnal kezelt állatokon végeztük.

Az *agglutinatiót* a megfelelő serumnak 1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:160 és 1:130 hígításával végeztük. Ezekhez adtunk 1—1 cseppet a staphylococcus suspensióból, amellyel a kisérleti állatokat fertőztük. 24 órai állás után thermostatban olvastuk le az eredményt.

A kisérleti eredményeket a következő táblázatok tüntetik fel:

I. (egészséges nyúl/spontán agglutinatio)

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	+++
1:20	++
1:40	+
1:80	+
1:160, 1:320	—

II. egészséges nyúl omnadinnal kezelve 2 napon át, agglutinatio a 2. napon:

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	+++
1:20	+++
1:40	++
1:80	++
1:160	++
1:320	gyengén

ugyanezen állatokon agglutinatio a 8. napon:

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	++
1:20	++
1:40	+
1:80—1:320	negativ

III. staphylococcussal fertőzött nyúl, agglutinatio 2 nappal a fertőzés után:

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	+++
1:20	++
1:40	+
1:80	+
1:160—1:320	negativ

Négy nappal a fertőzés után 1:40-ig, nyolc nappal a fertőzés után 1:20-ig mutatkozott agglutinatio.

IV. staphylococcussal fertőzött nyúl, 2 napig omnadinnal kezelve, agglutinatio a 2. nap után:

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	+++
1:20	++
1:40	++
1:80	+
1:160	+
1:320	negativ

ugyanezen állat, agglutinatio 8 nap mulva:

serumhigítás	*agglutinatio*
1:10	++
1:20	++
1:40	+
1:80	+
1:160—1:320	negativ

Mint a táblázatok mutatják, a staphylococcusszal szemben mind az egészséges, mind a fertőzött állat agglutinatiója omnadinkezelésre fokozódik.

Az *opsoninok* mennyiségét a következő módon határoztuk meg: ½ ccm vizsgálandó nyúlserumhoz ½ ccm tengerimalac fehérvérsejtsuspensiót, majd egy csepp bakteriumsuspensiót adtunk. Kétórai thermostatban állás után centrifugáltuk, az üledéket tárgylemezre felkentük és methylenkékkel végzett festés után kiszámítottuk az 1—1 fehérvérsejtre jutó phagocytált bakteriumok számát. A kisérleteket 5—5 nyúlon végeztük. A staphylococcusokat (staphylococcus aureus) furunkulusból tenyésztettük.

Azt a számot, mely megmutatja, hogy — nagyobbszámú (50) leukocyta által phagocytált bakteriumok középértékét véve — egy leukocyta hány phagocytált bakteriumot tartalmaz, *opsonikus számnak* nevezzük. A normális, egészséges állat (vagy ember) opsonikus számára vonatkoztatjuk valamely befolyás pl. fertőzés, kezelés stb. alatt álló kérdéses vizsgált állat (vagy ember) savójának opsonikus számát és a kettő viszonyát opsonikus mutatónak nevezzük. Természetesen az alapul vett egészséges egyéntől (állattól) származó savó opsonikus mutatója mindig: 1.

I. Egészséges nyúl:

50 leukocyta összesen 86 bakteriumot phagocytált, egy fehér vérsejtre tehát jut 1.72. Az egészséges nyúl opsonikus száma a kisérletekben használt staphylococcusokkal szemben 1.72.

opsonikus mutató 1.72/1.72 = 1

II. Egészséges nyúl 2 napig omnadinnal kezelve, serumvizsgálat a második napon:

opsonikus szám 3.26 ops. mutató 3.26/1.72=2.08

nyolc nap mulva ops. mutató 1.86

III. Staphylococcusszal fertőzött nyúl, serumvizsgálat 2 nap mulva:

opsonikus szám 2.65 ops. mutató 2.65/1.72=1.62

négy nap mulva (nyúl végül elpusztult):

opsonikus szám 2.26 ops. mutató 2.26/1.72=1.39

nyolc nap mulva:

opsonikus szám 2.70 ops. mutató 2.70/1.72=1.56

IV. Staphylococcusszal fertőzött nyúl, két napig omnadinnal kezelve. Serumvizsgálat 2 nap mulva:

opsonikus szám 3.50 ops. mutató 3.50/1.72=2.03

nyolc nap mulva:

opsonikus szám 3.36 ops. mutató 3.36/1.72=1.95

A fenti adatok azt mutatják, hogy omnadin hatására mind az egészséges állatnak, mind pedig a fertőzöttnek a vérében az opsoninok mennyisége a nem kezelt controllokkal szemben lényegesen fokozódik.

A thermolabilis opsoninok mellett a vérsavóban hőálló anyagok mutathatók ki, melyek szintén a phagocytozist segítik elő; ezek a bakteriotropinok. A bakteriotropinok vizsgálata ugyanúgy történik, mint az opsoninoké, de avval a különbséggel, hogy a vizsgálandó serumot először a hőérzékeny opsoninok inactiválására egy órára 56 fokos vízfürdőn tartjuk. A bakteriotropinok mennyiségét, azoknak a phagocytosist fokozó hatásából ítéljük meg, amit az alábbi táblázatok mutatnak:

I. egészséges nyúl:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10—1:320	negativ

II. egészséges nyúl, 2 napig omnadinnal kezelve:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10	gyenge
1:20—1:320	negativ

III. staphylococcusszal fertőzött nyúl, 2 nappal a fertőzés után:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10	++
1:20	+
1:40	+
1:80—1:320	negativ

nyolc nappal a fertőzés után:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10	+
1:20	+
1:40	+
1:80—1:320	negativ

IV. staphylococcusszal fertőzött, omnadinnal kezelt nyúl 2 nappal omnadin kezelés után:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10	+++
1:20	+++
1:40	++
1:80	++
1:160	++
1:320	negativ

nyolc nap mulva:

serumhígítás	*phagocytosis*
1:10	++
1:20	+
1:40	+
1:80—1:320	negativ

A táblázatok azt mutatják, hogy az omnadin normaltropinok keletkezését alig idézi elő, de annál szembetűnőbb a fertőzött állatok vérében az immuntropinok gyors és hatalmas megszaporodása omnadin hatására.

A leírt, serologiai uton kimutatható reactiók a szervezet védekezésének megnyilvánulásai. Ez a *humoralis* védekezése a szervezetnek *cellularis* folyamatokra vezethető vissza. A szervezet bizonyos sejtjeinek megvan az a képessége, hogy a bejutott bakteriumokat bekebelezzék. Ezek a sejtek azonban nemcsak bakteriumokat, hanem élettelen anyagokat is, melyek a véráramba jutottak, magukba vesznek és ártalmatlanná tesznek. Ennek a folyamatnak tanulmányozására *Goldmann* és *Schulemann* alkalmazták először az ú. n. vitális festési eljárást. Ennek lényege az, hogy a finom dispergált anyagot (pl. tuss, kármin) vagy kolloidalis oldatokat fecskendezünk be intravenásan a kísérleti állatba és a szervekben mikroskop alatt figyeljük meg a látható szemcsék további sorsát. A vitális festésre fajlagosan reagáló sejteket rendszerbe foglalta *Aschoff*, akitől származik e sejtek gyüjtőneve: *reticuloendothel systema* (RES).

A RES sejtjeit három csoportba osztjuk: az első csoportba tartoznak a máj Kupfer-sejtjei, a lép és nyirokszövet reticulumsetjei, valamint a lép és nyirokcsomók sinusait, a csontvelő és bizonyos belső elválasztású mirigyek capillarisait bélelő endothel. Ezeknek a sejteknek a phagocytálóképessége a legnagyobb. — A második csoportba tartoznak a vér- és nyirokereket kibélelő endothelsejtek, továbbá a kötőszövet bizonyos fix elemei a fibrocyták. Ezeknek a sejteknek a phagocytálóképessége feltételes és csak a RES fokozott aktiválásakor jelentkezik. — A harmadik csoportba tartoznak a kötőszövet mozgó sejtjei a histiocyták, melyek átalakulhatnak fix kötőszöveti sejtekké, valamint a léppulpa splenocytái és monocytái, a myeloid és lymphoid sejtek kivételével.

Ezeknek a sejteknek közös sajátsága a phagocytálóképesség. A teljesség kedvéért megemlítjük, hogy más sejteknek is megvan ez a sajátságuk, habár csekélyebb mértékben. Ilyenek a savós üregeket bélelő endothel, az erek adventitia-sejtjei, a here és petefészek interstitiális sejtjei, a thymus reticularis sejtjei, melyek fejlődésileg különböznek a RES-sejtektől, valamint bizonyos fokig az idegrendszer ektodermás eredetű neuroglia sejtjei.

A RES fontos szerepet játszik egészséges egyénekben is (a vérsejtek phagocytosisa, pigmenttermelés stb.) fontossága azonban elsősorban a fertőzéses betegségekben domborodik ki. Csak utalunk a bakteriumok phagocytosisára, a lép és nyirokcsomók néha hatalmas megnagyobbodására; megemlítjük, hogy a gümő, a gumma nagyrészben hyperplasiás RES-sejtekből áll. Ebből a szempontból ide tartoznak az *Aschoff* leírta rheumatikus csomók.

Mivel a leírt humoralis védekező reactiókat úgy fogjuk fel, mint a RES működésének eredményét, érdekesnek ígérkezett a RES közvetlen vizsgálata. *Dietrich* szerint sematikusan megkülönböztetjük az RES *csökkent, fokozott* és *kimerült* védekezőképességét. Csökkent lehet a védekezőkészség veleszületetten (constitutionalisan), vagy másodlagosan pl. előző betegségek, kedvezőtlen életviszonyok, mérgezések következtében, mint idült morphinismusban.

Fokozott reactióképesség képét látjuk experimentalisan különféle anyagok (idegen fehérjék, vörös vérsejtek stb.) fokozott lassú befecskendezése után. A fokozott működést jelzi a RES-sejtek megszaporodása, hyperplasiája, az egyes sejtek protoplasmájának tömegesebb volta, hypertrophiája, a fehérvérsejtek számának növekedése, granulált sejtek, megakaryocyták, továbbá plasmo- és lymphocytacsomók megjelenése és a fokozott phagocytosis. Ezek a folyamatok legjobban azokban a szervekben

láthatók, melyek a RES-sejtekben különösen dúsak (máj, lép, csontvelő stb.). Az immunisatiós folyamatot bevezetik ezek a cellularis védekező folyamatok, melyek górcső alatt követhetők, majd betetőzi az immunanyagok megjelenése a vérben.

A reactióképesség kimerülése következhet be kiújuló, újra ismétlődő fertőzések esetén, midőn a szervezet az előző fertőzéseket sikeresen leküzdötte, de tartalékereje kimerülvén, az újabb infectiót kivédeni már nem tudja. Ilyenkor a lép kicsi és barna, a máj és csontvelő is hyperpigmentált. A francia iskola, élén *Naunyn*-nal a máj cirrhosist már régen chronikus fertőzés következményének tartja, ami, tekintettel a máj rendkivüli gazdagságára RE elemekben, jól egyezik a vázolt felfogással. Az amyloidosis, mely különösen a RE sejtekben gazdag szervekben, mint lép, máj, vese stb. rendszerint kimerítő, elhúzódó fertőzések kapcsán jelentkezik, minden bizonnyal szintén összefüggésben áll a RES rendszerrel.

A RES működésének pharmakologiai befolyásolására vonatkozó irodalom rendkivül nagy. Ismertetését ezért mellőzzük. Csupán annyit említünk meg, hogy vannak közvetlenül e rendszer sejtjeire ható szerek és vannak olyanok, melyek a vegetativ idegrendszer utján fejtik ki hatásukat. Miként erről régebben beszámoltunk, a sympathicus izgalma bénítja, a parasympathicusé izgatja a RES elemeit.

Az RES reactiókészségének mérésére az élő szervezetben módszerünk nincs, de a vitális tussfestés segítségével a phagocytosis mértékéből következtethetünk a kisérleti állatban az RE állapotára az állat megölése idején. Ebből, valamint a szervek mikroskopos képéből, különösen összevetve az említett serologiai reactiók eredményével, megitélhetjük egy szer, jelen esetben az omnadin hatását a rendszer functiójára.

A kisérleteket a serologiai vizsgálatokra is felhasznált állatokon végeztük. Vizsgáltuk tehát az egészséges, egyébként nem kezelt, állatokat; ennek eredményét vettük az összehasonlítás alapjául a továbbiak megítélésére. A vizsgált állatokat itt is 4 csoportba osztjuk, 1—1 csoport vizsgálatait 5—5 nyúlon végeztük.

I. Egészséges nyúl megölés előtti 2. napon 5 ccm 1%-os physiologiás sóoldattal higított finomszemcséjű tust kapott intravenásan, a következő napon ugyanennyi azonos oldatot intraperitoneálisan. A második kezelés után 24 órával légemboliával megöltük, szerveit alcoholban, formalinban és Müller-féle fixáló oldatban rögzítettük, paraffinba ágyaztuk és sorozatos metszetekben vizsgáltuk.

II. Az állatok a kisérlet első és második napján 0.1, illetőleg 0.2 ccm omnadint, a 6. és 7. napon a fenti módon tusoldatot kaptak. A 8. napon az állatokat megöltük.

III. A staphylococcusszal fertőzött nyulak a fertőzéstől számított 1. és 2., valamint 6. és 7. napon az említett módon tusbefecskendezést kaptak. Egy állat a fertőzés 4., másik a fertőzés 9. napján elpusztult, a többi 3 állatot a 9. napon megöltük.

IV. A staphylococcusszal fertőzött állatok a serologiai vizsgálatok kapcsán leírt módon omnadinkezelésben részesültek. A fertőzés 1. és 2. napján tusoldatot fecskendeztünk be. Egy állatot a 2. omnadininjectiót követő első, egyet a harmadik napon öltünk meg, a hátralévő hármat az utolsó omnadininjectiót követő 7. napon öltük meg. A staphylococcusszal fertőzött állatok szerveiben a staphylococcusok tenyésztéssel kimutathatók voltak, de specifikus elváltozást, áttéti gócokat nem láttunk, tehát nem septicaemiát vagy pyaemiát, hanem átmeneti bakteriaemiát idéztünk elő.

A szövettani vizsgálatok eredménye a következő:

I. Ezeknek az állatoknak gondosan megvizsgáltuk különösen azokat a szerveit, melyek a RES vizsgálatakor elsősorban fontosak: máj, lép, nyirokcsomók, csontvelő, stb.

II. A csupán omnadinnal kezelt egészséges állatok boncolásakor szabad szemmel elváltozásokat nem találunk. A szövetvizsgálat a máj Kupfer-féle sejtjeinek, továbbá a vérsejtek és csontvelő fokozott működését mutatta ki, u. i. e sejtek protoplasmaállománya tömegesebb volt és a tusfelvétel is fokozott volt. A lép és csontvelő sinusai vérbőek.

III. A staphylococcusokkal fertőzött állatok közül a fertőzés utáni 4. napon spontán elpusztult egy nyúl: tüdeje vizenyős, lépe puha, metszésalapján piszkos szürkésvörös, a structuralis rajzolat elmosódott, a kés élével bőven vakarható le róla a vérrel kevert pulpaállomány. A szövetvizsgálat a lépgerendák határozott degeneratiós elváltozását tünteti fel; a sejthatárok elmosódottak, a sejttest kissé megduzzadt, a sejtmag contourjai alig vehetők ki. A folliculusok valamivel kisebbek, távolabb vannak egymástól, sejtjeik nem festődnek elég erősen. A follicusok középpontjában helyenként miliáris elhalások. A 2. csoportban oly jelentékeny tusphhagocytosis itt teljesen hiányzik. A máj kb. hasonló szövetképet mutat, a Remack-féle sejtgerendák contourja is elmosódott, a sejtmagé szintén, a protoplasma zavarosan fel van duzzadva, középfokú capillaris hyperaemia. Kupfer-sejtek alig láthatók, tusszemcsék hasonlóképen csaknem teljesen hiányzanak. A II. csoportban észlelt elég élénk phagocytosis a csontvelő reticulumában itt hiányzik.

A III. csoport második nyula pár nappal később pusztult el, ugyanazokat a makro- és mikroskopiai szövetelváltozásokat mutatta, mint az első. A többiek tovább éltek, a fertőzés 10. napján öltük le őket. A lép szöveti képe annyiban különbözött az első kettőétől, hogy itt a follicusok központi elhalása kifejezettebb, a reticularis állomány desintegrálódása, bomlási folyamat, előrehaladottabb. Sem a sinus endothel, sem a pulpasejtek megnagyobbodást vagy felszaporodást nem mutatnak, a phagocytosis teljesen hiányzik. A sejtek száma, különösen a granulocytáké és a mononuclearisoké mintha kevesbedett volna a controllra használt 1. csoportéihoz képest. A környéki véredényerendszer prae- és capillarisainak endotheliumában sok helyen találtunk necrosist és a frissnek látszó vérlemezkethrombusokat, tehát az RES sejtjeinek meglehetős reactio nélküli állapotát. A májszerkezet megváltozása is szembetűnőbb. A jólismert mozaikszerű lebenykeszerkezet elhomályosulva, a Kupfer-féle csillagsejtek vagy kicsik, vagy elmosódott szélű sejttest és sejtmag rajzolattal birnak s a májsejtekkel egyetemben gyakran találunk pyknosist, karyolysist és a sejtprotoplasma zavaros duzzadását, egyes helyeken kisebb elhalásokat is. Postmortalis elváltozások kizárhatók.

A IV., staphylococcusszal fertőzött és omnadinnal kezelt csoport nyulai közül az elsőt a 2. omnadininjectiót követő napon öltük le: szerveiben makroskopice különösebb elváltozásokat nem találtunk. A szöveti vizsgálattal a máj és lép parenchymában lényegesen kevesebb degenerativ elváltozást találtunk, a sejtek zavaros duzzadása itt-ott alig észrevehetően fellelhető volt ugyan, de a szerkezetrajz elmosódásáról vagy épen helyenkénti szövetnekrosisról szó sem volt. A 2. nyulat az elsővel megegyezően kezeltük és az első után két nappal öltük meg. A RE-sejtek a májban és lépben bizonyosfokú tusfelvételt mutattak, habár lényegesen kevesebbet, mint pl. a II. csoportba tartozó nyulak lépreticulum sejtjei. Feltünő

haladás az e csoportba tartozó első nyúléval szemben a máj és lépcapillarisokban jelentkező leukocyták nagyobb száma, ami a RES reactiójának fokozódását jelenti. A többi szervek praecapillarisaiban és capillarisaban is észlelhető activ vérbőség, a leukocyták aránylag nagy számának megjelenésével. A véredény endotheliuma már helyenként tusphagocytosist is mutat.

A 3—4—5. nyulat továbbra is életben hagytuk és a 10. napon klinikailag gyógyult állapotban öltük meg. A 6., 7. napon kaptak még intravenásan és intraperitoneálisan tusinjectiókat. Ezeknek lépe kissé megnagyobbodott a controll a nyulakéval összehasonlítva. A sinusendothel kissé puffadt, hólyagos sejtekből áll, melyekben feltünően sok a tusszemcse. A pulpában ujszerű elemek a nagy basophil sejtek, az elég nagyszámú granulocyták és monocyták mellett. A folliculusok nem mutatnak a lépben lényeges változást, itt-ott minha világosabb volna a csiraközpontuk. A máj Kupfer-sejtjei jól rajzolt magvúak, sejttestük tiszta kontúrú s elég sok tusszemcsét látunk. A Remack-féle májsejtgerendák épek, a capillarisok vérteltek. A csontvelőben kisfokú bővérűséget találtunk, sok granulocytával s elég nagy számú basophil sejtet, nagy mononuclearisokat, a reticularis elemek elég jelentős tusphagocytosisával.

A vitális festési eljárás segélyével végrehajtott kisérleteink teljesen fedték elgondolásainkat. A staphylococcusfertőzés kezdetén az omnadinnal nem kezelt állatok RES-ának állapota meglehetősen reactionélküli volt, a lép és májgerendák sejtjeinek észrevehető bántalmazottságával. Az omnadin a RES elemeinek reactiokészségét szemmellátható an fokozta: az első napokban megnövekedett functiót, phagocytosist észleltünk, melyet nyomon követett a phagocyták felszaporodása és a kezdetben bántalmazott sejtelemek regenerálódása. A megnövekedett reactióképesség összecsett a bakteriologiai és serologiai vizsgálataink során előbb már kimutatott humoralis, hyperreactiv jelenségekkel (opsonikus mutató növekedése, bakteriotropinok és agglutininek felszaporodásával a vérben).

A leírt vizsgálatok megmutatják, hogy mely sejtrendszerben kell keresnünk az omnadin támadási pontját és az milyen mechanismus utján fejti ki hatását. Végül még egy gyakorlati szempontból fontos kérdésre kell kitérni: a fertőzéses megbetegedésnek mely idejében adjunk omnadint. Kisérleteink azt mutatják, hogy a kezelést a megbetegedésnek *lehetőleg korai* szakában alkalmazzuk, amikor a nemes szervek irreparabilis elváltozásai még nem következtek be és a RES az ismétlődő fertőzések alatt reactióképességét nem vesztette el. Ilyen alkalmazással mi is az irodalomban közölt szép eredményeket tudtuk elérni és különösen jók eredményeink az omnadinnak chemotherapiás kezeléssel, nevezetesen trypaflavinnal való együttes alkalmazása nyomán.

Irodalom: *Adler H. és Singer E.:* Med. Kl. 1925. 429; — *Anitschkow:* Kl. Wo. 1924. 38. 1729. — *Benda R.* Münch. Med. Wo. 1935. 1686; — *Borner—Patzelt:* Z. exper. Med. 24. 336; — *Derman:* Virchows. Ann. 267. 1. 73; — *Dietrich:* Verh. d. pat. Ges. 1926; — *Domagk:* Virchows Ann. 234. 300; — *Neufeld* u. *Beyer:* Z. Hyg. 1924. 103. 595. — *Schottmüller:* Med. Verh. d. u. Ges. 1926, — *Siegmund:* Zbl. Path. 1922. 3; — *Vitályos és Boér:* Virchows. Archiv.

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

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

Biologiai eljárások a genyes sebek kezelésében.

Irták: *Haszler Károly dr.* és *Simon Lajos dr.* műtőorvosok.

A biologiai sebkezelés a bakteriumok életfeltételeit oly módon igyekszik megszüntetni, hogy a sebfelületet alkalmatlan taptalajjá teszi számukra, anélkül, hogy a szövetek életkepességét csökkentené. Az eljárások alapja két bakteriologiai folyamat. 1. A táptalaj kimerülése, ill. a baktériumok autointoxicatioja. 2. Az egyes baktériumok antagonismusa.

Ad. 1. *Pasteur, Chantemesse, Freudenreich* és mások is észlelték már, hogy a táptalaj bizonyos baktérium fajta kitenyésztése után, ugyanazon bakteriumfajta ismételt tenyésztésére többé-kevésbbé alkalmatlanná válik. *Besredka* staphyloccocus kulturát elölt és filtrált. Ezen filtratumba új staphylococcus törzset oltva, az nem fejlődött tovább, más baktérium számára azonban jó taptalajnak bizonyult. Specifikus hatása mellett a filtratum thermostabilisnak is bizonyult; 120 C. fokra felmelegítve, eredeti tulajdonságait megtartotta. Fentiek szerint tehát maga a táptalajként használt bouillon az, amely a helybeli immunisalas céljaira alkalmassá válik, akár az elölt bakteriumokkal együtt, vagy filtrálva, azok nélkül. *Besredka* antivirusnak nevezte készítményét és borítások, valamint intra és subcutan injectiók formájában alkalmazta, különösen furunculosisok gyógyítására. Célja a helybeli immunitas elérése, illetőleg a reinocculatio meggátlása volt. Nagyszámú követői szinte egyöntetűen megegyeznek a sebgyógyítás sikerében, az immunitást illetően azonban a vélemények megoszlanak. *Burdenko* filtratummal átitatott tampont, borításokat, intra- és subcutan injectiókat alkalmazott és furunculusokat, osteomyelitiseket, abcessusokat ecseteléssel kezelt. Számos esetben jó eredményt ért el, az injectiókat azonban nem ajánlja, mert anaphylaxiás jelenségeket, sőt egy halálesetet is észlelt. *Kreisinger* immunitast nem tapasztalt, sőt néhány esetben gyógyulás után reinfectiót is látott. *Sokolov* eseteinek 60 százalékában ért el jó hatást, 40 százalékban az antivirus kezelés eredménytelen volt. Javult eseteit ugy magyarázza, hogy az antivirus ingert gyakorol a szövetekre anélkül, hogy gyógyító hatásából veszítene. *Citron* strepto-, staphyloccocus valamint coli- és pyocyaneusból polyvalens vaccinát állított elő, melyet topovaccinának nevezett. Ezzel *Piccard* 60 esetet kezelt, köztük genyes mellhártyagyulladványt, osteomyelitist, phlegmonet, paranephriticus tályogot. Megfelelő sebészi beavatkozás után topovaccinával átitatott gaze-csíkot, illetve tampont alkalmazott, és minden esetben jó eredmény látott. Szerinte az eljárás biologiai értelemben növeli a szövetek meglévő védekező erejét. *Levaditi* és *Bonn* gelatina vivőanyaggal bakterimsuspensiót készítettek, melyet gelovaccinának neveztek. Ezt melegítéssel megolvasztva gaze rétegre, vagy közvetlenül a sebbe öntötték. *Jausion* és *Diot* furunculosis abcessusok és impetigok eseteiben meglepő gyors gyógyulást észleltek. *Ginsburg*-szerint a Wright-féle általános vaccinatio nem specifikus, hanem protein hatáson alapul, tehát a szövetek és a vérelemek biotonusát növeli. Ezzel szemben tapasztalatai szerint *Besredka* eljárása a bouillon és a baktérium testecskék által gyakorolt proteinhatás mellett specifikusan is hat.

Saját vizsgálatainkat a *staphocolin* nevű készítménynyel. végeztük. A praeparatum a staphilococcus és coli kul

turák dialisált antivirusát tartalmazza, lanolin-paraffinos kenőcs alakjában.

Mielőtt betegeinken alkalmaztuk volna, in vitro próbáltuk ki hatását. Először egy furunculusból nyert genyet kevertünk össze egyenlő mennyiségben az antivirusos kenőccsel, majd 24 órai thermostatban való állás után táptalajra oltottuk. Növekedést 24, 48, 72 óra mulva sem ferde agaron, sem bouillonban nem láttunk.

A továbbiakban magát a thermostabil antivirust vontuk ki meleg fiziologiás konyhasó oldattal a kenőcsből és az így nyert kivonatot használtuk. Ezen kisérleteinket staphylococcus aureus törzzsel végeztük, melyet egy panaritium tendinosumból tenyésztettünk ki.

a) A kivonatot összekevertük a kitenyésztett és fiziologiás konyhasó oldatban emulgealt baktériumokkal és 24 órás 37 C. fokon való állás után leoltásokat végeztünk agar és húsleves táptalajokra. Az észlelhető növekedés az antivirussal nem kezelt kulturákhoz viszonyítva, igen mérsékelt volt. Azonban az így nyert telepeket továbboltva, azok a kontrollokkal szemben eltérést nem mutattak.

b.) Húsleves táptalajhoz előzetesen antivirust adva egyenlő mennyiségben, beoltottuk a kísérleti törzset. Az ellenőrzés alkalmával kiderült, hogy mind 24, mind 48 óra múlva a táptalajok szabadszemmel nézve, zavarodást alig mutatnak. Górcső alatt csak elvétve találtunk coccusokat.

c.) Magát a kenőcsös készítményt adtuk a meleg táptalajhoz. Összerázás és lehülés után leoltottuk a kisérleti törzset. 24, 48 óra mulva szabadszemmel megtekintve, a táptalajokon zavarodás nincs. Növekedést górcső alatt sem észleltünk.

Kisérleteink során tehát az eredeti kenőcskészítmény hatásosabbnak bizonyult, mint az általunk készített kivonat. A második alkotó komponens, coli antivirus, szerepére vontakozólag, mivel az témánk szempontjából fontossággal nem bír, kisérleteket nem végeztünk.

Klinikai alkalmazás: betegeinket minden válogatás nélkül választottuk a pyogen folyamatokban szenvedők közül.

A kezelés abból állott, hogy alapos sebészi feltárás és megtisztítás után staphocolinnal bőségesen bekent gazecsíkot vezettünk a sebbe. Ezután szárazkötést alkalmaztunk. Más gyógyító komponens, pl. hyperaemia erejét kiakarván kapcsolni, sem párakötéseket, sem kenőcsös borításokat nem alkalmazatunk. Az esetleges nagyobb vérzéseket steril gaze-csíkkal tamponáltuk. Szigorúan óvakodtunk attól, hogy a sebbe valamilyen antisepticum kerüljön.

Az így ellátott betegek naponta jártak kezelésre. Az általánosságban kialakult klinikai lefolyás szerint a fájdalmasság a műtéti beavatkozástól számított egy nap mulva nagy mértékben csökkent, az infiltratio terjedése megszünt. A második napon fájdalom alig volt észlelhető, az infiltratio csökkent, a környező bőr hyperaemiája megszünt. A draincsíkot ugyanez nap cseréltük, a seb alapja a legtöbb esetben feltisztult, élénken sarjadzott, váladékmentes volt. A sulyosabb esetekben a második napon a váladékképződés még fennállott, de mennyisége jelentékenyen kisebb volt, mint az antiseptikus eljárással kezelt folyamatoknál. Demarkálódás genycsapok kiürülése szintén lényegesen hamarább zajlott le. Még a legsúlyosabb mastitisek, carbunculusok és panaritumok esetében is a 8—10-ik napon tiszta alapú, alig váladékozó, élénken sarjadzó, fájdalmatlan környezetű sebfelületeket láttunk, amelyeknek gyógyulási idejét most már csak a beteg konstitutionalis sajátságai és a kitöltendő sebüreg nagysága szabta meg. Általában azt az eljárást követtük, hogy a váladákozás megszünte a gyulladásos folyamatok lezajlása után a még sarjadzó sebüregbe staphocolint többé már nem vezettünk, hanem a sebeket csak száraz gazekötéssel láttuk el. Ilyen módon összesen 96 beteget kezeltünk. Közülök 19 esetben furunculust átlagos 5 napos gyógytartammal gyógyítottunk meg. 10 hydradenitist 7 nap alatt, 21 carbunculust 21 nap alatt, 26 panaritiumot 13 nap alatt, 20 abscessust és mastitist 15 nap alatt gyógyítottunk.

Ad. 2. Az egyes bakterium associatiók antagonismusának ismerete szintén visszanyúlik Pasteur-ig. Az antagonismus elnevezést *de Bary* használta először. A tejsav bakteriumoknak a genykeltőkkel szemben tanusított antagonismusát hathatósan támogatja az a körülmény, hogy a képződő tejsav a kórokozók fejlődését ugyancsak kedvezőtlenül befolyásolja. Az antagonismus létrejöttét azonban nem tulajdoníthatjuk csupán a tejsav hatásának. A külföldi és hazai szerzők megfigyelései szerint az antagonismus foka nem áll arányban a képződött tejsav concentratiójával. A tenyészetek szűrletével, mely ugyanannyi tejsavat tartalmaz, nem lehet ugyanazt a hatást elérni *(Román)*. Fel kell tehát tételezni, egy a tejsavbakteriumokhoz kötött, eddig ismeretlen factort, melynek az antagonismus létrejöttében döntő szerepe van.

Kisérleteinket az *antagosan* nevű tejsavbaktérium emusióval végeztük. Ez kissé zavaros, enyhén aromás szagú, barnás-sárga színű folyadék, mely hosszabb állás után leülepedik, de néhányszor összerázva, ismét egyenletessé válik. Vegyhatása savanyú. Górcső alatt sűrűn, egymás mellett láthatjuk benne a pálcákat. Hidegen tartva a tejsavbaktériumok életképességüket hónapok múlva sem veszítik el. Ferde agarral leoltva az emulsiót, 24,vagy 48 óra múlva kisfokú növekedést lehet észlelni. Szőlőcukros vagy tejcukortartalmú agaron és tejben a növekedés sokkal élénkebb.

A laboratoriumi vizsgálatok céljaira használt staphylococcus aureus törzset egy panaritium ossealéből tenyésztettük ki.

a.) Staphylococcus emulsiót összekevertük tejsavbaktérium emulsióval és a fentjelzett táptalajokra egy órai állás után leoltásokat végeztünk.

A közönséges agar, valamint közönséges bouillonban 24 óra múlva a staphylococcusok növekedése alig szorult háttérbe a tejsavbaktériumok mögött és a táptalajok a kontrollokhoz viszonyítva, eltérést alig mutattak. Feltünő volt górcső alatt a staphyloccocusok között a degeneratív alakok nagy száma.

48 óra múlva a degenerativ alakok száma növekedett. Agar táptalajon a staphylococcus cultura növekedése szabadszemmel megtekintve, a szokásostól nem mutatott eltérést. Górcső alatt tejsavbaktériumokat alig láthattunk. A húslevesben valamivel nagyobb számban voltak találhatók, de a staphyloccocusok fejlődése nem szorult velük szemben háttérbe.

72 óra mulva a helyzet mind a kétfajta táptalajban lényegében változatlan volt.

Szőlőcukros, tejcukros táptalajokban, valamint tejben a helyzet más volt. Itt a tejsav baktériumok élénk fejlődésükkel csakhamar háttérbe szorították a staphyloccocusokat, úgy, hogy a 48.-ik órában az utóbbiakat csak igen gondos keresés után lehetett a táptalajokban kimutatni. — 72 óra után csak ritkán sikerült.

b.) Azon esetben, mikor a staphylccocusok 24 órás szőllőcukros húsleves kultúráihoz és tejhez adtuk az emulsiót, a tejsavbaktériumok beoltásuktól számított 48 óra mulva elnyomták a coccusokat, melyeket csak az eprovetta alján leülepedett üledékben lehetett néha kimutatni. 72 óra múlva a táptalajban a tejsavakteriumok egyeduralkodók lettek.

c.) Azon esetben, amikor a staphylococcus és tejsavbaktériumok emulsiói egyenlő mennyiségben való elkeverés után 24 órát állítak thermostatban, az észleltek lényegükben megegyeztek az előbbiekkel. Itt meg a közönséges agar és bouillon táptalajokban is csak nagyon csekélyfokú növekedés mutatkozott a staphylococcusok részéről.

d.) Végül megpróbálkoztunk a genyv és a tejsavbaktérium emulsio összehozásával és a keveréknek 24 óra múlva leoltásával. Ez utóbbi kisérletünkben ferde agagon közönséges bouillonban alig kaptunk 1—2 stapnylococcus aureus telepet. A szénhydrat tartalmú táptalajokban a tejsavbaktériumok a coccusokat ez alkalommal is teljesen háttérbe szorították.

Teljesség kedvéért megemlítjük azt, hogy az egyes esetekben a tejsavbaktériumokkal közösen tenyészett staphylococcusokat ismét isoláltuk, azok a 2—3-ik passageban ismét visszanyerték vitalitásukat.

A fentiekből tehát azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a tejsavbaktérium a staphylococcusok növekedését in vitro, különösen szénhydrattartalmú táptalajokban megakadályozza, illetve, háttérbe szorítja.

Meg kell jegyeznünk azt, hogy in vitro észleleteink nem mindenben egyeznek a mások által leírtakkal. Ezt azzal magyarázhatjuk, hogy mi igen virulens és nem csökkent virulentiájú laboratoriumi törzsekkel végeztük kisérleteinket.

Klinikai alkalmazás. Furunculus, hydradenitis, 39 beteg. Átlagos gyógytartam: 6 nap. Incisio után az antagosannal átitatott steril gaze-csíkot vezettünk a sebbe. Száraz kötés. A gazecsík a 3. napon rendszerint magától kiesett. A seb legtöbbször teljesen váladékmentes lett. Két-három kötésnél többet az esetek legnagyobb részében nem is kellett alkalmazni.

Carbunculus. 21 beteg. Átlagos gyógytartam: 20 nap. Antiseptikus kezeléssel: 27 nap. A szokásos alapos feltárás után a lebenyek alá antagosannal átitatott gazecsíkot vezettünk, ami egyben a vérzést is csillapította. 2—3 napig nem is vettük ki a csíkokat. A kezelés folyamán szembeötlő volt a kötésváltások alkalmával a kevés váladék. Elegendő volt 3—4 naponként cserélni a kötést.

Panaritium. 27 beteg. Átlagos gyógytartam: 13 nap. Alapos feltárás és antagosanos kezeléssel az esetek legnagyobb részében sikerült quo ad functionem is jó eredményt elérni. A kötést még a kezelés elején is csupán 3—4 naponként váltottuk, amit a kisfokú váladékképződés tett lehetővé. Elhalt inrészletek kilökődése, csontdarabok sequestrálódása aránylag rövid idő alatt folyt le. A legtovább húzódó panaritium tendinosum et osseale 26 napig tartott.

Abscessus, mastitis. 20 beteg. Átlagos gyógytartam: 14 nap. Az abscessusok műtétét követő 6—7. napon a sebüreg teljesen váladékmentes lett és sarjadzásnak indult. Mastitisek a geny kiürítése és antagosan bevitele után 1—2 nap alatt reactiomentesek lettek. A váladékképződés 4—5 nap alatt megszünt. Egyes esetekben a váladékmentes sebbe az 5—6. napon antagosan helyett jodoformcsíkot tettünk. A következő kötésváltás alkalmával a váladékozás ismét jelentkezett. 5 antiseptikusan kezelt elhúzódó mastitis esetén a 20. napon antagosan kezelést kezdtünk. A második kötésváltáskor csak minimalis sebváladékot találtunk, a genyes folyás megszünt.

Azon tényből indulva ki, hogy a pyogen folyamatok, különösképpen a furunculosis csökkent ellenállású szervezet megbetegedései, nem elégedtünk meg a helybeli folyamat kezelésével, hanem betegeink általános állapotának javítását, ellenállásának fokozását is szem előtt tartottuk.

Omnadint minden súlyos folyamatban azonnal és az acut tünetek elmultáig adtunk igen jó eredménnyel, nagy adagban, intramuscularis injectio alakjában. A nem specifikus ingertherapia többi eszközével, azoknak sokszor megbizhatatlan volta miatt nem kisérleteztünk. Minden olyan betegünknek, aki már 3-ad, 4-ed izben jelentkezett a pyogen folyamattal, javasoltuk a specifikus ingertherapia bevezetését vaccinatio alakjában; a betegek rendszerint bele is egyeztek a kezelésbe, ha nem is azonnal, de a további kiujulások folyamán. A kezelést az acut tünetek elmultával a helyi folyamat megnyugvása után vezettük be, miközben különös gondot fordítottunk a beteg általános állapotának javítására. Az adagokat subcutan az általánosan bevált módszer szerint adtuk és emeltük. 60 millió csirával kezdtük és 4 naponként ugyanennyivel emelkedtünk. Egy kúra 10 injectióból állott. A betegek az injectio helyén kisfokú fájdalomról, duzzanatról panaszkodtak. Az általános reactiók közül kisebb borzongásokat, végtag és fejfájásokat, valamint kisfokú idegességet észleltünk. Majdnem minden esetben a már megnyugodott, vagy meg is gyógyult localis folyamat helyén fájdalmas duzzanat képződött, amely azonban a további oltások során magától megszünt. Ezen jelenséget az immunbiológiai elvek szerint a prognosis szempontjából optimalisan kell megitélni.

A helyi és általános reactiók csak egy esetben voltak olyan erősek, hogy az injectiók számát ritkítani kellett. 10 esetben a betegek jóformán csak az injectiók helyén észleltek kisfokú fájdalmat. A kúra megkezdése után néhány esetben ujabb helybeli genyedés jelentkezett, de az igen enyhe, jóformán abortiv lefolyású volt. Az esetek legnagyobb számában a vaccina adagolásának kezdete a beteg számára a hosszú, kiújuló szenvedésektől való szabadulást jelentette. Különösen szép eredményt értünk el minden más kezeléssel dacoló, a beteget már végső elkeseredésre hajtó hydradenitisek eseteiben. Összesen 32 esetben alkalmaztunk vaccinatherapiát és a betegeket a kúra befejezése után is figyelemmel kisértük. A mi napig recidiva egy esetben sem jelentkezett (13 hónap). Jól érzik magukat, meghíztak és lelkileg is megnyugodtak, mivel elmult tőlük az örökös félelem az újabb szenvedésektől.

Végül a teljesség kedvéért megemlítjük azt, hogy a betegek figyelmét nyomatékosan felhívtuk a tisztaság fontosságára. Meleg zuhanyozás, gyakori fehérneműváltás, alkoholos lemosás voltak azok az óvintézkedések, melyekkel a betegek bőrének ujabb fertőzését iparkodtunk elkerülni.

Tolnavármegye Horthy Miklós közkórháza (Szekszárd) szülő- és nőbeteg osztályának közleménye (vezető főorvos: Tóth Sándor egyet. magántanár.)

A tüdőverőér thrombosisa terhesség alatt.

Irta: *Tóth Sándor dr.*, egyet. m. tanár, főorvos.

E közlemény megírására az első ösztönzést *Hüttl Tivadarnak* az Orvosi Hetilap f. évi első számában irott cikke adta, melyben annak a nézetének ad kifejezést, hogy „a tüdőemboliák talán nem is szószoros értelemben vett emboliák, hanem magában a tüdőverőérben a keringés elégtelenségére létrejött autochton rögösödések."

A vezetésem alatt álló osztályon ép a cikk megjelenésének napjaiban észleltünk, majd boncoltattunk egy esetet, mely a fenti feltételezést látszik igazolni s ezért érdemesnek tartom annak közlését.

Sz. S. 33 é. többször szült terhes asszonyt f. évi január 1-én vettünk fel az osztályra azzal, hogy 2 hét óta fullad, nehéz légzése van, járáskor hamar kifárad, szivtáji fájdalmai vannak s rohamokban jelentkező köhögés gyötri. Az

erősen lesoványodott, sápadt, szederjes ajkú nőben VII. hónapos terhességet állapítottunk meg. Az élő magzat II. farfekvésben helyezkedett el. A beteg állapota az első pillanatra súlyosan decompensált szívbajos egyén benyomását tette. A szív vizsgálata azonban nem mutatott vitiumra utaló elváltozásokat. A kopogtatáskor legfeltűnőbb volt az absolut tompulat teljes hiánya, mint ahogy az emphysemasoknál lenni szokott. A szív jobb határa egy újjal haladta meg a sternum jobb szélét, míg balra lényegesen nem volt nagyobb. A szívhangok tompábbak, de zörej nincs. Rendes hőmérséklet mellett állandóan 120—130 körüli az érlökése. Mérsékelt tüdőtágulásra jellemző kopogtatási lelet mellett lényegesebb hurutos elváltozást nem találtunk.

Mindezek alapján első sorban asthmás rohamokra gyanakodtunk s ezek következményének tartottuk úgy a szíven, mint a tüdőn található elváltozásokat. Mivel pedig a terhességet rendben találtuk, a beteget áthelyeztük a belosztályra. Ott azonban nyugtalansága még fokozódott s emellett a szívtáján kívül hasában is fájdalmakat jelzett, melyeket szülőfájásoknak gondolva, őt még aznap délután vissza helyezték hozzánk. Az asszony ekkor a szokásos szülési előkészítésen esett át és szülőágyra helyezték. Kb. egy órai megfigyelés után azonban kiderült, hogy méhösszehúzódások nem keletkeztek, ellenben a beteg igen nyugtalan volt, erős szívtáji fájdalmakról panaszkodott, légzése szapora és kapkodó volt. Ezért 1 ccm morphint, 1 ccm. cardiazolt, majd 1 ccm adigant kapott, röviddel ezután pedig az osztályra helyezték. A beteg a szülőszoba és a kórterem között levő néhány lépésnyi utat a maga lábán tette meg s ágybafektetés után vizet kért. Míg az ápolónő ezután járt, a beteg hirtelen fuldokolni kezdett, arca szederjessé vált, majd pillanatok alatt meghalt. A halál bekövetkezte tehát embóliára emlékeztető hirtelenséggel történt s ezzel a gyanuval kértük a boncolást is.

A boncoláskor, melyet *Kovács V. Károly* főorvos végzett, kitűnt, hogy a jobb szív erősen kitágult és mérsékelten túltengett volt. A szív maximalis diastoléban állt meg s úgy a kamrákat, mint a pitvarokat, de különösen a jobb szívfelet szokatlanul nagy mennyiségű alvadt vér töltötte ki. A szív izomzata a rendesnél törékenyebb volt. A billentyűkön azonban semmi gyulladásra utaló elváltozást nem találtunk, mindössze a tricuspidalis néhány inhúrja tapadt szokatlan helyen.

Az arteria pulmonalisokban és pedig azok fő és mellék ágaiban egyaránt, kiterjedt thrombosist találtunk. Ez kétségtelenül régebbikeletű volt, mivel a thrombusok részben már szervülőben voltak az érfalhoz hozzátapadtak leválasztásuk helyén pedig phlebitises reactio volt látható. A tüdők egyes részei mind a két oldalon emphysemásan kitágultak. Infarctusokat nem találtunk. Elsődleges rögösödés után kutatva, ilyet sem a vena cava, sem a vena portae területén nem lehetett kimutatni.

A tüdőben talált kórbonctani elváltozások alapján tehát az embolia klinikai tünetei között bekövetkezett halál tulajdonképen a tüdőverőérben keletkezett thrombosisnak volt a következménye, melynek csak az utolsó jelenetei voltak az emboliához hasonló drámai gyors lefolyásuak, míg a folyamat maga az anamnesis szerint legalább két héttel a felvétel előtt kezdődött. Erre a kezdetre vonatkozóan semmi támpontunk nincs, legfeljebb feltevésekre vagyunk utalva. Az egyik lehetőség az, hogy a thrombosist extrapulmonalis ok idézte elő és pedig vagy a jobb szívben, vagy a szervezetben egyebütt, de a boncoláskor ki nem derült helyen támadt az elsődleges rögösödés és innen került az első kisebb embolus a tüdőbe, mely ott a további rögösödést megindította. A másik lehetőség pedig az, hogy — *Hüttl* felfogásának megfelelően — magában a pulmonalisban támadt az elsődleges thrombus is. Bárhonnan indult is ki a rögösödés, az eleinte csak részleges elzáródást okozhatott s csak későbbi növekedése folyamán vezetett az arteria mind több és több ágának elzáródásához. Így fejlődhetett ki az egyre súlyosbodó légszomj, a vicariáló emphysema, valamint a jobb szív kitágulása és túltengése.

Kérdéses az is, hogy mindebben volt-e szerepe a terhességnek? A boncolás erre nézve nem szolgáltatott semmi adatot. A terhes méh és környezete semmi rendellenességet nem mutatott s így legfeljebb annak feltevésére szorítkozhatunk, hogy a vérkeringés viszonyainak a terhességgel együttjáró megváltozása esetleg mint segítő tényező hozzájárulhatott a kis vérkör keringési zavarának keletkezéséhez. Sajátságos az is, hogy infarctus nem keletkezett. Ez is amellett szól, hogy az elzáródás chronikusan fejlődött ki s a rögösödés eleinte egyik tüdőverőér ágat sem zárta el teljesen.

Mivel a kézikönyvek s az irodalmi közlések is általában az acut formában bekövetkező embolia tünettanát tárgyalják, célszerű lesz az esetünkben észlelt tüneteket mégegyszer összefoglalni, megjegyezve, hogy ez az összefoglalás korántsem tart a teljességre igényt, hiszen betegünket csak rövid ideig észlelhettük s így nem volt mód a részletes belgyógyászati vizsgálatra.

A *kórképet* abban a stadiumban, amikor az elénk került, a nehézlégzés jellemezte, annyira, hogy egyenesen asthmás megbetegedésre gyanakodtunk. Ennek következményeként fogtuk fel a cyanosist, a tüdőn pedig az emphysemás tüneteket az absolut szívtompulat teljes hiányával. Hurutos tünetek nem mutatkoztak s a beteg a köhögés alkalmával sem ürített köpetet. A szíven dominált a jobb szív megnagyobbodása, minden billentyűhibára utaló tünet nélkül. Láztalan állapot mellett szapora volt a szívműködés, tompa szívhangokkal. Feltűnő volt még a beteg nyugtalansága, mely az utolsó órákban halálfélelemnek volt mondható, eleinte szívtáji, később határozatlanabb fájdalmakkal.

A tüdőembolia kedvezőtlen *prognosisa* közismert. Úgy látszik a tüdőverőér chronikusan létrejövő thrombosisáé sem jobb, ha az olyan fokot ér el, mint betegünkön. Mindenek szerint itt is a keringési zavarok esetében szerepet játszó circulus vitiosus fejlődik ki s az egyszer keletkezett keringési akadály, különösen compensatióra nem képes szív esetében mindegyre fokozódik, míg végül katastrophára vezet.

Ezért a szívműködés támogatásában álló *kezelésnél* és szükség esetén erélyes csillapító szerek alkalmazásán túl, sokkal fontosabb a betegség *megelőzésének* kérdése. Nem akarom megismételni *Hüttl* erre vonatkozó adatait, csak utalok azokra. Szeretném azonban kiemelni, hogy én épp abból a feltevésből kiindulva, hogy a thrombosis elsősorban vérkeringési probléma, már több mint két év óta minden súlyosabb szülészeti és nőgyógyászati műtéten átesett beteggel rendszeresen digitalis kúrát végeztetek, amely szükség esetén már a műtét előtt 1—2 nappal kezdett s egyfolytában 5 napon keresztül végzett digitalis injectiókból áll, amit, ha kell, még egyéb szívstimulansokkal egészítünk ki. Bizonyos, hogy így sok olyan beteget kezelünk digitalisszal, akinek arra talán nem lenne szüksége. Eddig azonban minden tapogatódzás dacára (Kaufmann-próba, a thrombociták és fehérvérsejtek viselkedésének ellenőrzése stb.) egyelőre semmi eszköz nincs a kezünkben annak biztos megállapítására, hogy kinél van hajlamosság thrombosisra, kinél nincs. Jónak látom ezt a módszert követni, mert tőle egyrészt a betegek ártalmát nem láttam, másrészt szívet stimulálni akkor, amikor a thrombosisnak már a kezdeti tünetei jelentkeznek, véleményem szerint későn van, sőt talán embolia veszélye miatt ártalmas is lehet.

Azon két év anyaga, mióta ezt a megelőző kezelési módot alkalmazzuk, korántsem elegendő végleges ítélet kialakulására, ezért az eredményekről beszámolást későbbre tartjuk fenn. Egyelőre csak annyit említünk meg, hogy ezen idő alatt műtéttel összefüggő alszárthrombosist nem észleltünk.

Az olyan esetekben persze, mint ahogy azt betegün-

kön láttuk, amikor a thrombosis mintegy alapbetegségként fogható fel, a helyzet még nehezebb, mert a megelőzésre törekvés lehetősége is elesik.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Histidinkiürítés terhesség alatt. *Kapeller-Adler* és *Schiller.* (Klin Wschr. 50. sz. 1935.)

A szerzők — miként azt már egy régebbi közleményükben is említik — kimutatták, hogy a terhes nő vizeletében histidin található, míg nem terhes nő vizelete histidint sohasem tartalmaz. Érdekes, hogy ez a graviditási histidinuria kizárólag emberen észlelhető, terhes állatok vizeletében histidint sohasem lehet kimutatni. A histidin kiválasztása a terhesség tartama alatt fokozatosan nő és a terhesség II. felében lényegesen magasabb fokot ér el, mint az első hónapokban, viszont a terhesség megszünte után 3 nappal a histidin is teljesen eltünik a vizeletből. Fehérjedús táplálék fokozza a histidinuriát. Terheseken per os adott histidin legnagyobb része megtalálható a vizeletben, míg nem terheseken még nyoma sem mutatható ki.

Gömöri dr.

A pericarditis adhaesiva kórismézése és kezelése. *M. Hochrein.* (Zeitschr. f. Kreislaufforsch. 1935. 22. sz.)

A perikarditis adhaesiva a klinikus szempontjából ritka kórkép. Ennek oka nem a kórkép ritka előfordulása, hanem az, hogy a klasszikus tünetek gyakran hiányoznak, máskor a kisérő betegség (myokarditis endokarditis, t. b. c.) tüneteinek sokfélesége nehezíti meg annak felismerését.

Szerző a szívburok-összenövések kórismézésében jó eredménnyel használja a Hochrein-féle pneumotachographot. A pneumotachograph segítségével, az ekg.-mal együtt készült légzési görbe inspiratiós nyugalmi fázisában perikarditis adhaesiva esetében igen kifejezettek a szívműködéssel synchron exspiratiós hullámok: az exspiratiós nyugalmi állapotban ezen hullámok hiányoznak vagy alig kifejezettek. A pneumotachograph alkalmazására az a meggondolás vezette, hogy a rekesszel összenött perikardium a szívburoklemezek között létrejött összenövések esetében az inspiratiós állásban lévő rekeszen minden szívösszehúzódáskor kilégzömozgást hoz létre.

A pneumotachogramm rendellenessége; emelkedett vénás nyomás, normalis vitálkapacitás mellett azok a jelek, melyek segítségével sikerült szívburokösszenöveséket felismerni, mielőtt jelentékenyebb keringési zavarok kifejlődtek volna.

A szívműködés elégtelensége esetében keresni kell, vajjon ennek létrehozásában a perikarditisnek vagy pedig az egyidejüleg fennálló endokarditisnek, myokarditisnek van-e nagyobb része. Ha a keringési zavar fenntartásában a perikarditisnek van nagyobb szerepe, úgy a korai stádiumban végzett mütét — az összenövések felszabadítása — a keringési zavar megszünéséhez vezethet.

Gruber Zoltán dr.

Sebészet.

Prolan-kiválasztás férfiaknál. *P. Blümel.* Breslau. (Ztbl. f. Chir. 62. évf. 51. sz.)

A hypophysis mellső lebenyéből előállított prolan A infantilis egereken az ovarium-folliculusok érését, a prolan B folliculus vérzést és corpora lutea atretica képzést idéz elő; még mostanáig sincs eldöntve, vajjon az utóbbi két hatás csak nagy prolan adagokra keletkezik-e, vagy csakis specialisan a prolan B váltja ki.

Szerző megállapításai azt látszanak igazolni, hogy a hormonok chemiailag közeli rokonságban állanak, de nem azonosak és hogy a fentvázolt 3 jelenség mindkét hormon biologiailag különböző hatásán alapszik. Alapvető fontosságú tény az is, hogy a prolan mind nőkben és férfiakban képződik állandóan a vérben kering és a vizeletben — bármily kis mennyiségben is — kiválasztódik. Prolant a legkülönbözőbb női és férfibetegségekben sikerült kimutatni. Egyeseknél nagyobb mennyiségben is, (egéregységek!) másokon kevésbbé.

A prolan B által kiváltott tünet kisérleti egereken annyira specifikus a chorionepithel jelenlétére, hogy — mint jól ismeretes — a terhesség fennálását 98% valószinüséggel bizonyitja.

A prolannak izgató hatása van a férfi nemzőszervek csirahámjára és a függelék szervekre.

A kísérlet úgy történik, hogy oly módszerrel oltunk, amely legalább 70—80 egéregységet mutat ki. Egészséges férfin e módszerrel prolan még nem mutatható ki. Ámde pl. egy vizsgált esetben: extragen. cc. esetén 13% prolan A-t tartalmazott a vizelet.

Kisérletei során igazolja, hogy ha cerebralis betegség kizárható, akkor az oltott kisérleti állaton a prolan A által jelzett tünet kiváltása szervi here betegségekre utal. A reactio tumorra nem specifikus, mert gyulladások esetén is felléphet. Ha prolan B mutatható ki a vizeletben, akkor tumor jelenléte áll fenn. Ilyenkor corp. lut. atret. tünetét észleljük a kisérleti állaton; egyébként a daganatok kivétel nélkül adják a reactiót.

A prolan kiválasztás azonban klinikailag csak az általános kép keretében értékesíthető. Ha egy herebetegen prolan reactio mutatható ki, úgy annak magatartása a további controllok során pótolhatatlan értékü, mert a betegségi góc lezajlásának, újra előállásának, vagy metastasisnak finom indikátora. A reactio ismét positivvá válása arra utal, hogy gondos, alapos kutatást végezzünk újabb betegséggóc irányába.

Séra Imre dr.

Felkarfejecs törés mütéte és szegecselése. *O. Voss* Hamburg-Eppendorf. (Bruns. Beitr. 1936. 162, 2.)

Szerző beszámol felkarfejecs törés mütéti kezeléséről. Eljárása hasonló a Schmidt-Petersen által combnyaktörések operativ kezelésekor bevezetett módszerhez, attól annyiban tér el, hogy a szegecseléshez a compact csontállomány erősebben roncsoló három lemezes szegecs helyett két lemezest alkalmaz.

4 esetet közöl s megállapitja, hogy eljárása olv esetekben jogosult, mikor a fejecs-törés vértelen úton történt kezelése kielégitő eredményre nem vezetett.

Eljárásának eredményei a biztos mechanikai rögzitésben, a korai fájdalommentességben, s a functionalis kezelés aránylag korai megkezdhetőségében rejlik.

A mütéti metszés V-alakban történik, mely megfelel a deltoideus conturjainak, a mütéti eljárás kapcsán az izmot a felkarcsonton lévő inas tapadáshoz közel leválasztja.

Puskás Jenő dr.

Szülészet.

Adatok az amenorrhoeák kezeléséhez. *Schwarz A.* (Wiener Med. Wschr. 1935. 44. sz.)

Az amenorrhoeák különböző csoportjaiban beható kisérleteket végzett a wieni Lucina gyermekágyas otthonban. Az első csoportba a juvenilis formákat sorozza. Glandubolin nagy dosisával történő befecskendezésre (2 naponként 10.000 egység hatszor.) és glanduantinnal combinatiójára (háromszor hetenként 20 e. e.) a legtöbb esetben normális menstruátio jelentkezett. A kezelést 3—4 széria után abba lehet hagyni, mivel a normalis cyklus helyreállott. A második csoportba tartoznak az ivaréretlen és praeklimakterikus nők menstruátio zavara, amely legtöbbnyire az intervallum meghosszabbodásában állott. E betegségekben már 2—3 glandubolin injectióra (à 10.000 E.), majd ennek 1—2-szeri megismétlésére tartós eredmény következett be. Ha 5—6 hónap után ismét szabálytalanságok mutatkoztak, elegendő volt egyetlen glandubolin-hormon lökés. A praeklimakterikus subjectiv panaszokat glandubolin tökéletesen megszüntette. A harmadik csoportba a postoperativ amenorrhoeákat sorolja. Ez esetben 50.000 E. glandubolin befecskendezése rendszerint elegendő volt a megmaradt ovarium normális működését és compensatorikus termelés fokozódását kiváltani. Rendszerint már több hónap óta fennálló vérzéstelenségről volt szó.

A terhességi pyelitis későbbi következményei. *Jacobi.* (Zbl. f. Gyn. 1935. 40).

A terhességi pyelitisen keresztülment asszonyokban — különösen, ha a megbetegedés a terhesség utolsó idejében lépett fel és gyógyulás nem következett be —, az ureter hypotoniája hosszabb ideig megmarad, amit röntgenfelvételek igazolnak. Ha a fertőzés elég erős volt, úgy az ureter-tágulat megmarad, mert a kezdetben hormonalisan feltételezett elváltozás az ureter izomsejticinek degeneratiója folytán állandósul, s igy a működési rendellenességből betegség fejlődik. Ezen esetben az ureterfal mélyreható gyulladásos folyamata az izomrostok fogyására és azok hegszövetes pótlására vezet. *Puhl* és *Jacobi* ezt az állapotot „fixált terhességi atoniának"

nevezi. A hegképződés az ureterfalizomzatban a peristaltikus képesség kiesésével és a vizelet lefolyás akadályozottságával jár együtt. Elkülönítő kórisme szempontjából szóbajön et a megalo ureter, az ureterocelevel együttjáró tágulat, továbbá a mechanikus akadályok és chronikus fertőzések esetén kifejlődő tágulat.

Hufnagl Kálmán dr.

Gyermekgyógyászat.

A középárnyék visszafejlődésre képes megnagyobbodása újszülötteken. *Liebe.* (Mschr. f. Kk. 1935. 64. k. 1. füz.)

Szerző három újszülöttön a következő klinikai tünetcsoportot írja le: az egész testre kiterjedő cyanosis, petechialis vérzések a homlokon, kifejezett dyspone. Tompulat az elülső mellkasfalon, mely az elülső, ill. középső hónaljvonalig érhet, ennek megfelelően a röntgenfelvételeken a középárnyék megnagyobbodása látható. Tiszta szívhangok. A tüdő felett bronchialis zörejek hallhatók.

Jellemző ezen tünetek gyors eltünése az első életnapokban.

Feltételezhető, hogy a szülés alatti pangás következtében a szív kitágul és muscularis szívelégtelenség lép fel.

A kórkép klinikai jelentősége abban áll, hogy összetéveszthető a szív veleszületett fejlődési rendellenességeivel, a tünetek gyors visszafejlődése azonban a diagnosist kétségtelenné teszi.

Sonnauer Péter dr.

Szülővérinjectiók prophylactikus hatása polyomielitis járvány esetén. *J. Stokes. I. Wolman. H. Ch. Carpenter* és *J. Margolis.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 50. k. 1935. 581. o.)

3 megfontolás vezette a szülővérinjectió prophylactikus alkalmazását a Heine—Medin-féle megbetegedés esetében: 1. Más virus által okozott megbetegedések prophylaxisában, mint pl. kanyaró alkalmával a vérbefecskendezés kétségkívül eredményes. 2. Majmok vérbefecskendezéssel immunisálhatók a polyomyelitis virusával szemben. 3. Neutralisatiós testtel kimutatható, hogy a legtöbb felnőtt egyén vére tartalmaz virust közömbösítő anyagokat. Philadelphiában 1932-ben a Heine—Medin-járvány oly méreteket öltött, hogy a közegészségtani intézet, a gyermekklinika és a sajtó közreműködésével specialisan csak védőoltással foglalkozó ambulatóriumot kellett megszervezni. Az ambulantia és egyéb kórházak együttesen 2179 gyermeket oltottak be 60—60 ccm citrátos vérrel. A védoltott gyermekek közt 11 betegedett meg polyomyelitisben. Ezen esetek közül azonban csak egyben maradt residualis paralysis, míg a nem védettek közt 47%-ban következett be maradandó bénulás, illetőleg exitus. A maradandó bénulással járó esetben a szülő vére sokkal kisebb neutralisáló képességet mutatott, mint a többi donator vére. Szerzők philadelphiai statistikája nem alkalmas a vérinjectió hatásának megítélésére a morbiditási viszonyokat illetőleg, utalnak azonban arra, hogy a kis lakosságú Bradford városában 1300 gyermek részesült prophylactikus vérbefecskendezésben, míg 2150 gyermek nem lett beoltva; a védoltottak közt csak egy esetben fordult elő megbetegedés, míg a nem védettek közt 32-en betegedtek meg. Szerzők ajánlják a vérbefecskendezés kiterjedtebb használatát prophylactikus célokra.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Szemészet.

A degeneratio pigmentosa retinae röntgentherápiája. *Kazuvo Yasutake.* (Acta Soc. Opht. Jap. 39. k. 94. o.)

A szerző bevezetőül rövid áttekintést nyujt azokról a gyógyeljárásokról, amelyekkel a bántalom előrehaladását megakadályozni, vagy lassítani igyekeztek. Összefoglalva a strychnin, diaphoresis, májextractumok, belső secretiós praeparatumok, operativ eljárások stb. révén elért eredményeket, szerző ismerteti a röntgen sugarak hatását degeneratio pigmentosa retinaevel kapcsolatban. *Merkulov* 3, *Kusomoto* 22, ő maga 69 esetben kisérelte meg a betegeket röntgensugaras kezeléssel befolyásolni és az esetek igen nagy százalékában úgy a látásélesség, mint a látótér tágulása szempontjából jó eredményeket kapott.

Bíró Imre dr.

A cataracta diabetica operálása közben keletkezett szövődmények. *Hitta.* (Acta Soc. Opth. Jap. 39. k.)

A cataracta diabetica mütéte alkalmával az operateurnek mindig el kell készülve lenni azokra a complicatiókra, amelyek normalis esetekben igen ritkán jelentkeznek. Szerző statistikai kimutatást késztett cataracta diabetica mütéte közben támadó szövődményekről és azt találta, hogy vérzés az esetek kereken 41%-ában (részben mütét közben, részben mütét után), üvegtest előesés 6%-ban, iris előesés iridocyclitis, elégtelen sebgyógyulás ugyancsak 6—6%-ban következett be.

Bíró Imre dr.

Urologia.

Adatok az ureter physio-pathologiájához és bizonyos hydronephrosisok keletkezéséhez. *H. Blanc.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 289.)

Az ureter anatomiailag és physiologiája szempontjából is három szakaszra osztható: az ureter nyaka, a tulajdonképeni ureter és az ureter intramuralis szakasza. Lobos állapotoknál létrejöhet az ureter bizonyos fokú atoniája, mely ráterjedhet az uretero-vesicalis spincterre is. Ez utóbbi esetben az ureteralis szájadék záródása időközben tökéletlenné válhatik és intermittáló reflux jöhet létre. Ez a reflux felszálló fertőzésnek, vagy hydronephrosisnak lehet az okozója. Az ilyen atoniához vezető fertőzések főleg a női adnexiák lobos megbetegedéseivel kapcsolatban szoktak előfordulni. Létrejöhet az ureterek tágulata appendicitisek és ondóhólyag gyulladások után is.

Bodon György dr.

A Francia Urologiai Társaság XXXV. congressusa. *F. H. Beaufond* (Presse Médicale. 1935. 89. sz. 1726 o.)

F.H. Beaufond a terhességnek a húgyutakra behatásáról számol be. Megfigyeléseit 281 esetben végezte, 888 esetben alkalmazva az intravenás pyelographiát. A terhesség behatása az egészséges hugyutakra tulajdonképen olyan elváltozásokat eredményez azokban, melyek a húgyutakat a terhesség következtében megváltozott physiologiás körülményekhez assimilálják. Ennek következtében megváltozik a húgyutak helyzete, alakja és müködése. Jellemző a veséknek főleg a jobboldalinak az ascensiója s az uretereknek, főleg a baloldalinak a lateralis kitérése. A terhességgel kapcsolatos elváltozások a legkifejezettebbek a terhesség 7—9 hónapjaiban. A rendes viszonyok között fejlődő terhesség a normalis húgyutakat intact hagyja. A pathologiás állapotok között leggyakoribb a terhességi, pyelitis és pyelonephritis. Szuverén gyógymódja az állandó ureter katheter alkalmazása. Nephrostomiára vagy nephrectomiára csak kivételesen kerül a sor. A terhesség megszakítása pedig a ritkaságok közé tartozik. Legfontosabb a diagnosis korai felállítása. Pasteau nem látott jobb eredmnyeket terhességi pyelitisben az állandó ureter katheter alkalmazásától. Olyan esetekben, hol a vesemedencében retentio van, elegendő a retentio lebocsájtása. Az elváltozások a terhesség megszünésével rendszerint visszafejlődnek. *R. Darget* szerint a súlyos pyelonephritisek leggyakoribbak a terhesség 7—9 hónapjában. Az ureteralis drainage, mely 10—16 napig is alkalmazható egyfolytában, többnyire elegendőnek bizonyul, fokozni lehet a hatást antisepticumokkal öblitések által. Jó hatását látta az autovaccinának és a serotherapiának is. *Cantinieaux* 2000 szülőnőből 90%-ban talált pollakisuriát, 11%-ban dysuriát, 2%-ban piuriát és csak 1%-ban pyelonephritist. A 20 pyelonephritis esetből 14 meggyógyult csak belső kezelés által és csak 6 esetben kellett állandó ureter katheterhez folyamodni. *M. Chevassu* szerint az intravénás pyelographia nem alkalmas az uretereknek a terhesség következtében elszenvedett anatomiai elváltozásainak a feltüntetésére. A valóságnak sokkal megfelelőbb képek nyerhetők a retrograd pyelographiával. *R. Gouverneur* szerint a pyelonephritisek két csoportba oszthatók. Az elsőbe tartoznak a könnyű esetek, melyeknek csak kisfokú bakteriuria és pyuria van jelen, a másik csoportba a pyonephrosisok tartoznak. Az első csoportba tartozó esetek teljesen meggyógyulnak a terhesség megszüntével és a hugyutak anatómiai elváltozásai is visszafejlődnek. A második csoportba tartozó 4 esetből egyben nephrektomiát kellett végezni, 3 meggyógyult, de az uretereken és a vesemedencékben egy kis fokú tágulat visszamaradt. *Duvergey* rámutat arra, hogy a közönséges és a terhességi pyelonephritisek között a lényeges különbséget az képezi, hogy az utóbbi esetek a felső hugyútak tágulásával járnak. Az állandó ureter katheter alkalmazásától és a vesemedencének ezüstnitrát oldattal való mosásától kitünő eredményeket látott. *Heitz-Boyer* a pyelitisek aetiologiáját enteralis fertőzésben látja, úgyhogy a kezelésnek elsősorban ennek a megszüntetésére kell irányulnia. *L. Michon* intravénás pyelographiával azt találta, hogy a terheseknél, akik nem szenvednek a hugyutak infectiójában 30%-ban a hugyutak tágulata nem mutatható ki. Megbetegedések esetén a tágulatok gyakoriak.

Bodon György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Case studies in the psychopathology of crime. *Ben Karpman*, M. D.: (The Mental Science Publishing Co. New-York 1935. VII—X. és 1—1042. oldal. Két kötetben.)

Ellenére annak, hogy az Egyesült Államokban a lélektani kutatás a behaviorismus nyomán —, főleg *I. B. Watson* és *I. S. Hunter* fellépésével —, empiriokriticista irányba tolódott el és ennek hatása alatt nem ritkán még a „reciprocal epiphenomenalism"-t is ingoványos, mysticus-occult talajból kisarjadtnak jellemzi, mégis az utosó évtizedben mi távolabbálló tanui lehetünk annak, hogy — a rendszerező szemléleti mód hiányában — az amerikai kórlélektani irodalomban látszólag dysjunctiv tételek egymás mellett vetődnek felszinre. A „solidarity", a „mind-body"-egység, a „the- organism-as-a-whole", valószínüleg a „Gestaltpsychologie"-nak hatása alatt, — az objectiv reactiók feltételeinek megállapítása mellett is, az utolsó években fokozott hangsúlyozásra talált.

A washingtoni School of med. elmegyógyász-professzorát, mesterének, az ismert elmegyógyész-klinikusoknak: *W. A. White*-nak rokonérző szelleme ihlette meg a kétszeresen sújtott criminal-kórtani typusoknak korunkban annyira sürgető társadalom-lélektani problémája iránt.

Hatalmas munkájában B. K. a White-féle iskola szellemében jár el és a személyiség metaphysikáját illetőleg, az aristotelesi trialismus alapján álló európai characterológusokkal és a nagy romantikus gondolkodókkal ellentétben, a lelkiséget a biológiai egésszel egy energia-rendszerbe vonja és a rendellenest is az egyén totalitas-fogalmának lélektani sértetlensége mellett — a szervi háttérrel együtt alkotott összcomplexnek nézőpontjából figyeli. A büntevőnek lélektani „egyes-analysis"-ében az endogen készenléteket, társadalomellenessé alakitó környezet-determinansok hatásával szembeni ellenállás gyengeséget, a socialis elégtelenséget és a delictum- képességet a tettes fejlődés-történetének dynamicus szövedékébe ágyazva mutatja be, — anélkül, hogy az összfelépítettséget természetlenített „structurformulák"-ba erőszakolná.

Az adatgyüjteményt a teljességre törekvő routine-vizsgálatok, az auto-psycho-biographia, az u. n. „questionnaire"-módszer — az előbbinek kiegészítésére, — a „szabad-associatio és a actio psychoanalysis felszinre hozott tartalmai, személyi ügyiratok, levelek elemző vizsgálata, az ú. n. „follow-up" az elbocsátott betegekre vonatkozólag — teszik ki. A biographiákat gondos öröklésbiológiai vázlatok egészitik ki, amelyek a collateralisokra is részletesen kiterjednek; ezenkívül a „visszaemlékezések" („recollections") szolgálják a teljességet. Az esetek kórlélektani feldolgozása után áttekinthető statistikai táblázatok világitják meg az osztályozott delictumok egyéb vonatkozásait. A betegek személyi ügyiratai stylistikailag szemmelláthatóan módon átdolgoztattak; a lényeget illetőleg azonban az eredetiséget károsodás nem érte.

Különös érdeme *B. Karpman* munkájának, hogy *tisztaelvü* egyéni elemzésekben — a tudományos psychotherapia és az elme-prophylaxis számára szolgáltat értékes, psychobiológiai adatokat, amelyek concret lelki tényálladékokba, emberi conflictusokba, közvetlen megélésekbe, azoknak psychigeneticai következményeibe engednek valóság-hü betekintést, — miközben a büntettre vezető mozzanatoknak criminal-értéküségét exact gondossággal teszi áttekinthetővé. Némely újabbkori criminal-psychopathologussal szerencsés ellentétben a neoplatonikus elméleti eszélyességre, a formalistikus fogalomkultusra nem helyez súlyt.

A criminal-psychiatriai és általában a psychiatriai kutató adatgyüjtés jelentékenyen szenved azzal az ismeretkritikai, de főleg módszertani és gondolkozásoekonomiai szempontból erősen kifogásolható szokványossággal, amely a kórlélektani problémaállításokat surrogatum-szerü mellé-cselekvéssel: más tudományágak, idegen osztályfogalmak területének megmunkálásával akarja megoldani. Erre egyébként nemrég az amerikai elmegyógyászok kimagasló representánsa: *A. Meyer* (Baltimore) mutatott rá, aki szerint vannak „kényszerszerü hajlam"-mal birók, akik amidön elmegyógyászatot, kórlélektant volnának hivatva üzni, — *„mindig valami mást:* pl.: endokrinoligiát, chemiát, stb." müvelnek. Ebből magyarázható, hogy néhol a társadalom- és kriminal-lélektan müvelésében a jogászok túlsúlya lassanként félreismerhetetlenné válik.

A bünözés psychogeneticai tényezőinek elemző vizsgálata különös fontossággal bir éppen az Egyesült Államoknak anyagán, ahol kriminalitás mindig a communalis életnek gyökereit rágja.

Benedek László dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 15-i ülése.

Bemutatások:

Györgyi G.: *Az ágyéki csigolyák harántnyulványainak féloldali összecsontosodása.* — Adat a spondylitis deformans kórszármazásának tanához. A spondylosis deformans eredetével foglalkozó elméletek 4 csoportba oszthatók: 1. a degeneratiós, 2. a degeneratiós-mechanikai, 3. a traumás és 4 a toxikus elméletek csoportjába. A bemutatott ritka elváltozásból a spondylosis deformansra vonatkozó nézetek helyességére lehet következtetni. 67 éves férfi gyermekkorában magasról leesett és hátát megütötte, az I—IV. ágyéki csigolyák jobboldali harántnyulványait csontos léc köti össze, amelyet az V. ágyéki csigolya megszélesbbedett harántnyulványaitól keskeny izületi rés választ el. Ezen elváltozás fejlődési rendellenességnek, esetleg a mm. intertransversarii laterales traumás myositis ossificansának fogható fel. Az elváltozáson kívül az alsó háti csigolyák testén *spondylosis deformansra* jellemző csontos nyúlványok láthatók, az ágyéki csigolyákon viszont ilyenek nincsenek. Valószínü, hogy az ágyéki csigolyákon a spondylosis deformansra jellemző csontos nyulványok azért nem fejlödtek ki, mivel azokat a harántnyulványokat összekötő csontos léc nyilván a beteg fiatal kora óta megmerevitette. Az alsó háti csigolyák spondylosis deformansa pedig nyilván azért olyan nagyfokú, mivel a gerinc mozgásait a merev ágyéki csigolyák helyett legnagyobbrészt az utóbbiak végezték el. E megfigyelés alapján a spondylosis deformansra vonatkozó felfogások közül a degeneratiós-mechanikai elmélet látszik a legvalószínübbnek, vagyis az, amely szerint a spondylosis deformans kialakulásához a csigolyaközti porckorong elsödleges elfajulásán kívül a gerinc erös mozgásai is szükségesek.

Felsch A.: *Adams-Stokes syndroma másféléves gyermeken.* A Madarász-utcai gyermekkórházban másfél éves fiú gyermeken lázas toroklob kapcsán súlyos eszmélet'enséggel járó rohamok mutatkoztak, amelyek Adams Stokes-syndromának feleltek meg. A EKG. teljes szívblockot mutatott. A lázas betegség lezajlása után több rohama nem volt; azóta csaknem két év te't el, a gyermek szépen fejlödik, de a nagyfokú bradykardia és a teljes szívblock megmaradt. Felveszi, hogy a lázas toroklob kapcsán myocarditis fejlödött ki, amely a specifikus izomrendszernek ártalmára volt, igy a szívblockot szerzettnek tekinti.

Kiss P.: Csecsemö- és gyermekkori szívblock-esetek EKG-it mutatja be. Adams-Stokes tünetcsoport néha csak szédülés, sápadtság és az ismert szívtünetek között jelenik meg, ezen enyhe formát ismerni kell. *Flesch* esetében nehéz elejteni a congenitalis eredetet. Gyermekkori betegségek közül leggyakrabban a diphtheria okoz blockot, ezután jön a typhus, dysenteria, influenza, rheuma, igen ritkán pneumonia. A digitalis cumulatio legelső jele gyermekkorban is az ingerületvezetés megzavarása.

Flesch A.: A teljes szívblockot esetében szerzettnek tekinti, előzetesen zörejt a szív felett orvosa nem hallott, bradykardiát nem észlelt, nem volt soha cyanosisa, dyspnoeja, amely világrahozott szívbajra utalhatott volna.

Előadás:

Nádor-Nikitits I.: *A tüdögümökór idösségének megállapitása.* A gümökóros tüdöelváltozás idösségének megállapitásával elsösorban azon értelemben foglalkozik, amennyiben ez hozzátartozik a diagnostikához. A régebbi problema újrafölvételét és kidolgozását főleg az acut infiltratiók és disseminatiók lefolyásának megfigyelése tette lehetővé. Az átvilágitási tapasztalat nem elegendő. A különböző megjelenési alakokról időközönként készitett sorozatos felvételek gyüjtése kiegészitve mindig a gondos klinikai észlelés és a laboratóriumi adataival és az ily módon összeállított Röntgenatlasz felel meg igazán a célnak. Az idösségi megállapitás gyakorlati eredményei: a) a diagnostika terén rámutatott arra, hogy az acut infiltratiók, sőt még a cavum és disseminátiók is kb. 20—30%-ban lappangva fejlödnek ki. Leegyszerüsitve a tüdögümökór polymorphismusát, megállapitván azt, hogy számos különbözönek vett typus tulajdonképen ugyanazon jellegü elváltozás különböző idösségü megnyilvánulási alakja. b) Hasznosnak bizonyult a pathogenesis szempontjából. c) Támpontot nyújt a prognonis céljából is. d) Előnyös adatot ad még nagyobb beavatkozáskor (thoracoplastika), ahol így az az indicatio biztosabbá

tehető. Amennyiben ugyanis szigorúan egyoldalú bár a folyamat, de az időbeli diagnosis kiterjedtebb acut infiltratiót jelez. Esetleg a chronikus egyéb elváltozás mellett, célszerű az acut gyulladás lezajlásáig (4—6 hét) várni a mütéttel. Ide tartozik az is, hogy a contralateralis oldal acut disseminatiójáról azt tapasztaltuk, hogy 6—12 hét alatt néha teljesen visszafejlödött, úgyhogy a thoracopl. sikerrel volt elvégezhető. *e)* Kárteritési és igenyperekben bizonyos óvatossággal eldönthető az összefüggés a kérdéses külső ártalommal? *f)* Hygiene tekintetében is előnyös lehet az idősség megállapitása, hogy a beteg kérdéses időben hol, milyen körülmények között és kinek környezetében tartózkodott. Igy könnyebb a fertőzés forrásának a kikutatása, sőt esetleg arra is nyújt támpontot, hogy milyen esetekben játszik szerepet az endogen, ill. exogen superinfectió (reinfectio). A friss esetek százalékos összehasonlitása az előrehaladottakkal felvilágositást nyújt még arra is, hogy valamely gondozó körzetében kellő alapossággal történik-e az új betegek felkutatása? *g)* Az idősség megállapitására a röntgenvizsgálat kimagaslóan értékesnek bizonyult a klinikai és laboratóriumi vizsgálatok felett, de sohasem szabad egyodalúan azok nélkül alkalmazni. A meghatározás csak megközelitő pontossága (kb. 40—60%) ennek ellenére nem jelentéktelen.

Kiss L.: Az idősség kérdése a tüdőgümőkór kórismézésénél nagjelentőségü, úgy kórjóslási, mint gyógyitási szempontból. Az előadó által tett időbeli megállapitásokat osztálya beteganyagán napról napra módjában van kórelőzményi, klinikai, laboratóriumi adatok alapján nyert időbeli kórismézéssel azonositani. Az idősséget kutatni úgy a tudományos, mint a beteg szempontjából célszerű és fontos.

Ratkóczy N.: A röntgenologusnak mindig arra a kérdésre kell felelnie, friss-e a folyamat, vagy régi. A bemutatott sorozatos felvételek sok új támpontot nyújtanak.

Nádor-Nikitits L.: Szintén igen fontosnak tartja a sorozatos Rtg. felvételeket. Gyakori azonban, hogy más Rtg. filmről és klinikai vizsgálatból kell véleményt adni. Hasonló a helyzet, amikor a mozgófénykép helyett a kevésbbé megfelelő egyszerü fotográfiával kell valamely mozgást analyzálni. A tapasztalatok kibővülésével ez sem lehetetlen már a tüdőtbc. esetében, mely fejlődésével, visszafejlődésével pathologiai mozgásnak tekinthető.

Markovits I.: *A daganatok röntgenkezelésének új módszere.* A rosszindulatú daganatok localis sugárkezelésének célja az, hogy a tumorsejtek elpusztuljanak, viszont a tumorkörnyék ép sejtjeit a sugarak ártalmas hatásától megkiméljük. *Holthusen* kimutatta, hogy a sugarak qualitása az eredmények elérésében nem játszik szerepet. Egyforma sugárdosis esetén a börreactio, erythema és epilatio egyforma úgy radium, mint röngensugarak alkalmazásakor. *Chaoul*-t új módszere kiépitésében a következő meggondolások vezették: 1. Milyen legyen a sugárenergia elosztása a szövetekben. 2. Milyen legyen a sugarak időbeli elosztása. 3. Mekkora legyen a sugárdosis. Ad 1. Útmutatásai szerint készült „kontakt", illetve „testüreg"-cső sugárzása puha, már a felületes rétegekben elnyeletik. A mélydosist a focus bőr-távolság változtatásával és filterek közbeiktatásával variálni lehet. Kis felületeket sugároz be kb. 20 cm²-ig. Ad 2. Naponta kb. 400—500 r-t adagol kb. 4—5 perc alatt. Ad. 3. A dosis a biológiai hatástól függ. Legalább 5.000 r et ad. Ha a tumor nem kisebbedik meg 10.000 r-t és még többet is adagol. A reactiók (radiodermatitis sicca és exsudativa) 4 hét alatt nyom nélkül lezajlanak. A besugárzási seriát 8—10 hét mulva meg lehet ismételni. Késői ártalmat, valamint recidivát 3 és félév alatt nem látott. Fényképezhető esetek felvételeit vetiti úgy *Chaoul* gyüjteményéből, mint saját gyakorlatából.

Ratkóczy N.: A kezelési eljárás nagy jelentősége indokolja, hogy előadó már akkor is foglalkozzék vele a nagyobb nyilvánosság előtt, amikor még személyes tapasztalatai időleg nagyon rövidek. Hozzászóló csak most kezdi meg az új sugárzási eljárást, de pár hónap előtti külföldi tanulmányútján alkalma volt annak eredményeit megismerni. Mint minden új gyógymódnál, úgy itt is vannak túlzók, akik mindent evvel akarnak gyógyitani és már azt látják, hogy a Chaoul-készülék ki fogja szoritani a radiumot. Az indicatiós területek ezeknél túlszélesek, sőt túlszélesek még azok is, melyeket előadó megjelölt. Kétségtelen azonban, hogy a megfelelő indicatiós területeken a Chaoul féle besugárzásnak igen nagy szerepe lesz a daganatok gyógyitásában s igaza van az elfogulatlan *Holfelder*-nek, mikor azt mondja, hogy a Chaoul-besugárzás a sugártherapiának az utolsó évtizedben a legkiemelkedőbb eseménye.

Közkórházi Orvostársulat jan. 14-i ülése és közgyülése.

Torday Á.: *Elnök:* A társulat a továbbképzés egyik módját szolgálja azzal, hogy a közkórházak nagy beteg anyagából a diagnostikai tekintetben érdekesebb eseteket bemutatják és gyakorlati célokat szolgáló előadásokat tartanak. A kellő ismeretek eléréséhez elméleti tudás nem elég, ahoz hosszú tapasztalat is szükséges, mely a sokféle lehetőség közül a valószinübbet ki tudja választani és a kórágynál a tüneteket egységes szempontból fel tudja fogni. A gyógyitó tudományban az empiria eddig nagy jelentőségü volt, ujabban azonban a rendkivül fáradságos kutatások számos új eljárással gazdagitották a gyógyitó tudományt. Az orvosi tudomány számos szakma specializálódása miatt annyira szétágazóvá vált, hogy az egyes szakmák közötti kapcsolat meglazulásától kell tartani, holott eredményes munka csakis azok együttmüködésétől várható. E célt szolgálják a határkereséseket tárgyaló előadások. Az elemző részletkutatóknak egységbe kell foglalni eredményeiket, mert a részlet az egész figyelembe vétele nélkül nem adhat tiszta képet. A kórjelzés felállitásában a berendezések, laboratóriumi vizsgálatok nélkülözhetetlenek, azonban az ideális orvosnak meg kell találni a középutat a betegágy és a technikai eljárások által szolgáltatott eredmények között és egybe kell tudni kapcsolni a betegvizsgálat alkalmával nyert benyomásokat a laboratórium által szolgáltatott adatokkal. A hasznos együttmüködésre a nagy kórházakban, ahol a fontosabb szakmák képviselve vannak és a berendezések is rendelkezésre állnak, meg van adva az alkalom. Ezután beszámolt a a biráló bizottságok határozatairól. A Szily-féle jutalomdijat *Szenteh I.*, és *Simkó B.*, az Egger-féle revivaldijat *Réffy F.* és *Dumbovics B.* nyerték el. Dicsérő kitüntetésben részesültek *Peleskei L.*, *Pozdora P.*, *Szöllösy L.* és *Wéber J.* alorvosok.

Raisz D.: titkári jelentésében beszámol a társulat múlt évi müködéséről. Tizenhat ülésen harminchat bemutatás és huszonhét előadás hangzott el, két ülésen foglalkozott a társulat a rheuma kérdésével. Megállapitja, hogy az ülések iránti érdeklődés fokozódott az elmúlt esztendő alatt. Az őszi év első ülését *Székács* Béla arcképének leleplezése töltötte ki, akiről az új ülésterem elnevezését is kapta.

Safranek J.: *A haematogen gégegümőkór. (Semmelweis ünnepi előadás).* Magyar szerzők érdeme, hogy a figyelmet a gégének — az utóbbi évekig igen ritkának tartott — haematogen fertőzésére irányitották. Több mint hatezer gégegümőkóros esetre vonatkozó megfigyelései szerint eseteink kb. egyötödében a gége megbetegedése haematogen áttétel útján keletkezett, az eseteknek túlnyomó többségében a virusnak tüdőbeli haematogen propagálásával kapcsolatban. Ez áttételek részjelenségét alkotják az acut, subacut, vagy chronikus generalizálódásnak. Pathogenetikai tekintetben veleszületett dispositiós és constitutiós tényezőknek, de méginkább exogen faktoroknak, súlyos intercurrens betegségeknek (influensa) és a terhességnek van lényeges szerepe; a szóródások idejét és expansivitását a szervezetnek az egyes életkorokkal kapcsolatos resistenciája befolyásolja. Szövettani készitményekkel demonstrálja a kórokozó által a gégében kiváltott izzadmányos és szövettermelő gyulladást s a specifikus szövettani alapfolyamatokhoz társuló másodlagos elváltozásokat és gégetükri képekben a megfelelő makroskopos képeket. Az uralkodó exsudativ vagy productiv jelleg megállapitása a qualitativ diagnosis szempontjából fontos, az utóbbi viszont alapját szolgáltatja therapiás tervünknek. A gégefolyamatnak a rendszerint egyidejü tüdőfolyamathoz és egyéb gócokhoz viszonyát fejtegeti. A tünetnek és kórjelzésnek tárgyalása után a therapia irányelveit ismerteti. Az exsudativ alakokban illetve fázisban kiméletes localis és tüneti kezelés mellett (dysphagia megszüntetése) az általános therápia eszközeivel igyekszünk a szervezet resistenciáját emelni. A tuberkulin-kezelést illetően nagy reserváltságot ajánl. Nagy óvatosságot igényel az aranykezelés is. Hevesebb gócreactiók provokálása kerülendő. Gyógyitó eljárásainkat általában a szervezet és a gégeszövetek mindenkori reactióállapotához kell szabnunk. Gégesebészi beavatkozások, galvanokaustika, fény- és röntgenkezelés alkalmazására vonatkozóan nagy beteganyagon szerzett tapasztalatok alapján fejti ki a javallatokat és ellenjavallatokat. A vázolt irányelvek szemelőtt tartásával a röntgen-besugárzásoknak más eljárásokkal, főleg galvanokaustikával combinatiójával a túlnyomóan produktiv jellegü folyamatoknak közel 70%-ban tartós klinikai gyógyulást sikerült elérnie. *Semmelweis* korszakalkotó felfedezésének jelentőségét méltatja és kihatását

az orvostudomány evolúciójára a septikus betegségek szempontjából, amely közé tartozik voltaképen a generalisált tuberculosis is. A septikus megbetegedések tana pedig a *Semmelweis* által hirdetett eszmékből sarjadt ki. A közkórházi orvostársulat nemes hagyományaihoz híven, közgyülése alkalmával mélységes hódolattal, hálatelt szívvel és egyben büszkeséggel adózik az „Anyák megmentője" elmúlhatatlan emlékezetének.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének január 29-i ülése.

Hermann J.: *A normalis pyelogramm.* A vese üregrendszerének megismerésére szolgal a pyelographia. A pyelogramm elváltozásait csak akkor tudjuk értékelni, ha ismerjük az ép és a normalis veseüreg alakját. *A pyelogrammot alkotóelemeiben kell analyzálni* és az egyes részletek összetevéséből analytico-synteticus úton lehet csak objektiv megítéléshez jutni. Az összbenyomás impressióján alapuló diagnosisok sok tévedésre adnak okot. Az anatomia megállapításai röntgenkép szempontjából nem elegendők, mert a röntgenképről lehetőleg korai diagnosist követelünk, amikor az elváltozások még igen kis fokúak.

Az objektiv megítélés tényezői a következők: 1. a veseüreg egyes részeinek állapota; 2. a veseüreg általános alakja és 3. a veseüreg contractilitásának figyelembevétele.

1. A vesekelyhek képe a projectió szerint eltérő. Kóros körülmények között vagy a *kehely* üregе bővül, avagy a *papilla* laposodik el. A *fornix calicisből* indul ki a pamatképződés. A *kehely nyelének* lefutása fontos a tumorok diagnosisában. Bármilyen nagyfokú tágulás esetében *a kehely töve* mindenkor felismerhető marad a Disse-féle rostok következtében. A (primordialis) vesekelyhet anatomiai és functiós egységnek kell tekintenünk. Az anatomiai II., III. rendü helyheit egyforma viselkedésük miatt és mivel ezeket a röntgenképen rendesen el sem tudjuk különiteni, közös néven *kehelytörzseknek* nevezzük. A *pyelum* a veseüregnek legnehezebben körülirható része egyértelmü meghatározásához megállapodásra van szükség. Fontos a torzulások felismeréséhez a veseüreg *virtuális tengelyének* elképzelése.

2. A fenti elemekből tevődik össze a veseüreg általános alakja, a „pyelogramm", amelynek rendkívül változatos formája a fejlődés menetében találja magyarázatát. A pyelogrammokat rendszerbe kell foglalni, hogy a kép analysisekor kiindulási alapunk legyen. Az I. főcsoportba tartoznak azok a formák, ahol *pyelumszerü kitágulás nem fejlődik ki;* ennek typusai: a csőszerü pyelum, a V-alakú és a T-alakú veseüreg. A II. főcsoportba tartoznak azok a pyelogrammok, ahol *kifejlödött pyelumot* találunk; ennek typusai az egyetlen vastag törzzsel lefelé, illetve felfelé folytatódó pyelum, a két törzsben, illetve három törzsben folytatódó pyelum, valamint a törzseket nélkülöző, ampulláris pyelum. Az átmeneti formák száma igen nagy, főleg a törzseken kívül külön eredő helyhek miatt.

3. A veseüreg diagnostikájában igen gyakran figyelmen kívül hagyják annak *contractilitását;* pedig ez is egyik fontos tényezője a pyelogramm helyes megítélésének.

A kóros elváltozások felkeresésére és meghatározására csak ezek után az alapvető ismeretek után indulhatunk el.

Ehmann J.: *A máj helyzetváltozása különös tekintettel a colon interpositióra.* A máj bizonyos körülmények között, amelyek veleszületettek, vagy betegség folytán létrejöttek lehetnek, helyéről elkerülhet, vagy elmozdulhat. Ez a helyzetváltozás lehet állandó, amikor normalis helyére nem juthat, ennek oka legtöbbször fejlődési anomália, vagy lehet időszakos, mert, amikor a helyzetváltozást előidéző ok megszünik, a máj is visszajut eredeti helyére. Esetünkben a röntgenvizsgálati leletek a következők voltak: Az első észlelés alkalmával a máj és rekesz között foglalt helyet a hatalmasan gáztelt colon ascendens és flexura hepatica, amely az előbbit mélyen le- és a gerincoszlop felé nyomta. A másodszori vizsgálatkor az első után néhány nap mulva a máj visszakerült rendes helyére a rekesz alá, a flex. hepat. pedig a máj előtt helyezkedett el. Ugyanakkor irrigoskopiát végeztünk, s megasigmát találtunk. Egy hét mulva újra észleltük a beteget. Az ekkor talált röntgenkép megegyezett az első vizsgálati lelettel, csak még kifejezettebb volt. Igy egy-két hét leforgása alatt a máj és flex. hepat. kölcsönösen változtatta a helyét, vagyis intermittáló colon interpositio volt jelen. Mindazon esetekben tehát, amikor a májat nem találjuk rendes helyén, feltételenül nagy gond fordítandó a bélrendszer röntgenvizsgálatára, mert benne, vagy körülötte észlelhető elváltozások magyarázatát adhatják a máj helyzetváltozásának.

Végh. J.: Hasonló nagyfokú colon interpositio és ezzel kapcsolatos májptosis képeit demonstrálja. Idős, lesoványodott férfibeteg bélfelfúvódás panaszával került vizsgálatra. A hasi szervek, főleg a gyomor, vastagbél és a vese nagyfokú ptosist mutattak s a máj is tenyérrel lesüllyedt, helyére a flexura hepatica nyomult. Ez esetben az elváltozás a hasi szervek függesztő szalagainak általános ellazulásával hozható kapcsolatba, amit a nagyfokú lesoványodás elősegített. *Jendrassik* a klinikai panaszokat időleges ileus fellépésével magyarázza.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A kormányzó *Tomcsik József* dr. egyet. ny. rk. tanár, a szegedi Ferenc József Tudományegyetem közegészségtani intézetének igazgatóját a Magy. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet igazgatójává kinevezte. — A belügy miniszter dr. *Frigyesi* József egyetemi nyilvános rendes tanárt és dr. *Scholtz* Kornél egyetemi c. rk. tanár, ny. államtitkárt az Országos Közegészségügyi Tanács rendes tagjává, dr. *Belák* Sándor, dr. *Herzog* Ferenc, dr. *Kelen* Béla, dr. *Krepuska* Géza, dr. *Lénárt* Zoltán és dr. *Verebélyi* Tibor egyetemi ny. r. tanárokat, valamint dr. *Milkó* Vilmos egyetemi c. rk. tanárt, kórházi főorvost és dr. *Tóthfalussy* Imre egyetemi magántanár, OTI helyettes főorvost az Országos Közegészségügyi Tanács rendkívüli tagjává kinevezte.

A Keresetképtelen Orvosokat, Özvegyeket és Árvákat segélyező egyesület Elnöksége közli a Kartársakkal, hogy a jövőben kizárólag olyan orvosnak, vagy orvosözvegynek nyújthat segélyt aki az egyesület tagja. Ezen lépésre az kényszeríti az Elnökséget, hogy az utóbbi időben igen sokan veszik igénybe az egyesulet segítségét, és ezen kérők igényeit csak íly módon tudja kielégíteni.

Az egyesület tagdíja évi 8 P. Felvilágosítással *dr. Szilas* Jenő főtitkár szolgál. (Telefon: 429—27).

Magyarország népessége 1934. végén a természetes szaporodás alapján számítva 8,898,367 lélek volt. Az 1935. év első tíz hónapjában — amelyről már adatok vannak — a magyar nép természetes szaporodása 45,119 lélek volt. Ha ehhez hozzászámítjuk a novemberi és decemberi valószínü természetes szaporodást, akkor az 1935. évben a magyar nép lélekszáma mintegy 51—53,000 lélekkel növekedett s jelenleg 8,950.000 lélek körül van. Ha ehhez még hozzászámítjuk a legutolsó (1930. évi) népszámlálás óta a bevándoroltak és kivándoroltak számának alakulásából származó mintegy 4.000 főnyi nyereséget, úgy Magyarország lakosságának még 45—50,000 lélekkel kell szaporodnia, hogy elérje a kilenc milliót. A természetes népszaporodás idei üteme mellett ez körülbelül tíz hónap természetes szaporodásának felel meg. Igy valószínü, hogy Magyarország lakossága 1936 őszén (október végén vagy novemberben) fogja átlépni a kilenc milliót.

Diphtheria megbetegedések Európában. A Népszövetség járványügyi jelentései beszámolnak arról, hogy a diphtheria megbetegedések száma Európa-szerte erőses csökken. A csökkenés még azokban az államokban is észlelhető, amelyekben a tavaszi, illetőleg téli hónapok folyamán a diphtheria megbetegedések számában némi emelkedés mutatkozott. Az 1935. január 1-től október 31-ig terjedő időben lényegesen kevesebb volt a megbetegedések száma az 1934. évinél és különösen nagy volt a csökkenés a Balkán államokban, továbbá Magyarországon és Lengyelországban, ahol a tavalyihoz képest 40—50%-os csökkenés mutatkozik. Csehszlovákiában a csökkenés 30%, Angliában 20% és Olaszországban 17% körül mozog. Ezekkel szemben a megbetegedések száma némi emelkedést mutat, Dánia, Svájc és Németországban, bár ez utóbbiban az október folyamán bejelentett esetek száma alacsonyabb az 1934. év októberében bejelentett eseteknél.

Svédországban hivatalos statistika szerint 1935-ben 250 sterilizációt hajtottak végre. Ezek között 236 nő és 14 férfi volt. A sterilizáltak közül 139-et az érdekeltek saját kérelmére, 161-et pedig az állami orvosi központ rendeletére sterilizáltak.

Angliában egy újabb statistikai adat szerint a részegség száma növekedett. 1934-ben 40,000 személyt büntettek meg részegség miatt, ami 9% emelkedést jelent az előző évivel szemben.

Helyreigazítás. Az O. H. 7-ik számában megjelent *Schürger Sándor* dr. „Méhenkívüli és méhenbelüli terhesség egyidőben" című közleményében felsorolt esetekhez tartozik *Batizfalvy J. dr.* egyet. magántanárnak és *Baumann J. dr.* bábaképezdei tanársegédnek egy-egy közölt esete is.

Lapunk mai számához *Neuber Ede dr.* cikkéhez tartozó táblázatot egyidejüleg mellékeljük.

8587—1936. A. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETÉS.

A MÁV. Betegségi Biztosító Intézete Pestszentlőrinc Szemere-telep székhellyel pályázatot hirdet egyelőre ideiglenes minőségben betöltésre kerülő kezelőorvosi állásra. A Pestszentlőrinc, szemere-telepi kezelőorvosi állás évi összes díjazása a jelenlegi megváltoztatható körzetbeosztás és egységtételek mellett kb. 580 pengő. A MÁV. Betegségi Biztosító Intézethez címzett és a szükséges okmányokkal (szül. anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, orvosi oklevél, az üzletvezetőségtől kérendő „önéletleírás" nyomtatványon megírt curriculum vitae, orvosi működési és szakorvosi bizonyítvány, viselt állások jövedelmeinek igazolása stb.) felszerelt pályázati kérvényt, legkésőbb 1936. évi március hó 5-ének déli 12 óráját kell a budapesti MÁV. üzetvezetőség I. osztályához (Kerepesi út 3. sz.) juttatni, ahol a pályázat részletesebb fetételei is megtudhatók. — Az állásbetöltésnél elsősorban azok a pályázó orvosok vétetnek figyelembe, akik legalább 3 évi kinilkai vagy közkórházi belgyógyászati gyakorlatot igazolnak.

Budapest, 1936. évi február hó 14.

MÁV. Betegségi Biztosító Intézete.

Gyógyszervegyészeti gyár

keres az orvosi propaganda intézésére olyan fiatal

orvost,

akiben agilitás, iniciativa párosul a szakismerettel, akinek gyakorlati érzéke van a propaganda és adminisztráció iránt és egyaránt jártas a magyar és német levelezésben, irodalmi fogalmazásban. Jó fellépésű, megnyerő modorú fiatal orvos, aki nem akar orvosi gyakorlatot folytatni, hanem életcélul tűzi ki a gyógyszeriparban való elhelyezkedést, biztos existenciát teremthet magának. Részletes curriculum vitae, fizetési igény megjelölésével, fényképpel felszerelt sajátkezűleg irt magyar és német ajánlatok

„Orvosi propaganda irásban és szóban"

jeligére a **Blockner J.** hirdető irodába, **Városház-utca 10.** küldendők.

Kimutatás 1936. február 9—15-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	4	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	5	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	106	1	—	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	2	—	1	—	5	1	—	—	—	—	5	2	—	—	—
4. Békés	335.874	1	1	1	—	8	—	10	—	—	—	1	—	100	1	—	—	—
5. Bihar	180.415	2	1	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	4	2	1	—	5	—	4	—	—	—	—	—	51	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	3	2	1	—	2	1	2	—	—	—	1	—	5	1	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	2	—	1	6	—	1	—	—	—	—	—	53	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	—	—	6	—	9	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	91	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
12. Heves	322.207	2	—	—	—	5	1	4	—	1	—	—	—	38	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	3	1	—	—	8	—	13	—	—	—	—	—	83	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	1	—	—	2	1	5	—	—	—	—	—	27	2	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	1	—	4	1	7	—	—	—	—	—	64	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	13	—	4	1	32	2	41	—	—	—	—	—	158	1	—	—	—
17. Somogy	389.792	—	—	—	—	8	—	4	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	22	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	4	—	—	—	8	—	16	1	—	—	1	—	57	—	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	4	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
21. Tolna	267.133	3	—	—	—	8	—	10	1	—	—	—	—	7	—	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	—	—	—	—	7	—	5	—	—	—	—	—	94	—	—	—	—
24. Zala	368.371	3	2	1	—	2	—	7	—	—	—	—	—	76	4	—	—	—
25. Zemplén	149.043	9	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	5	—	3	—	31	—	51	2	—	—	—	—	45	4	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	—	—	5	—	9	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	1	1	—	1	4	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	1	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	20	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	53	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	85	16	18	3	188	9	238	6	1	—	3	1	1249	26	1	—	—
Előző évben:		57	13	14	2	265	22	252	5	3	1	—	—	1084	29	4	1	—

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 22-én délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje: Bemutatás: *Rácz Benő:* Gátorüregi légdaganattal és baloldali légmellel szövődött fedett légcsőrepedés. — Előadás: *Hainiss Elemér:* A pylorus passage-zavar mütéti indicatiójáról.

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának febr. 24-i előadását *Probstner* Artur dr. egyet. magántanár tartja: „Ujabb sugaras eljárások a nögyógyászati diagnosztikában és therápiában" címmel.

A Magyar Phonetikai Társaság február hó 26-án d. u. 7 órakor az egyetemi közegészségtani-élettani intézetben tartandó ülésének napirendje: Előadás: *Pulvári Károly* okl. mérnök: A hangosfilm készítés fejlödése és a synchronizálás.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya február 27-én d. u. 6 órakor a II. sz. Sebészeti Klinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: *Dollinger Béla:* Osteopsathyrosis idiopathica súlyos esete. — *Niederecker Gáspár:* Belső térdizületi sérülés többizben operált és érdekesebb esete. — *Kopits Imre:* Mütéttel gyógyított súlyos ívelt láb. — Előadás: *Zinner Nándor:* Csontdaganatok orthopaediai vonatkozásai.

A Charité Poliklinika és kórház orvosi kara február 27-én este ¾7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Mittelmann* Dénes: Epiglottis carcinoma Röntgensugárzással gyógyult esete. — Előadások: *Hetényi* István: A vérkeringés pathologiájára vonatkozó újabb vizsgálataim.

A Magyar Röntgentársaság márc. 2-án, este 7 órakor az Apponyi-Poliklinika üléstermében tartandó ülésének tárgysorozata: 1. *Koppenstein Ernő:* Beszámoló az 1935. októberi prágai német röntgenkongressusról. — Bemutatások: 2. *Leopold Margit:* Pankreas-csírból kiinduló adenomyoma. — 3. *Wald Béla:* Bulbusba luxálódó antrum-polypus (két eset). — Előadás: 4. *Bársony Tivadar* és *Winkler Katalin:* Calcinosis circumscripta nuchae. Fabella nuchae.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Chinoin gyógyszer és vegyészeti termékek gyára rt. Ujpest *Coderit*-röl szóló ismertetését csatoltuk.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaetylmalonylcarbamid

10×0·10=1.10
10×0·30=2.00
Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

30×0.015=1.10
Általános hatásu psychikus megnyugtató, kitünö spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, VI., Budapest.

PNEUMONIA, TÜDŐCOMPLICATIÓK MEGELŐZÉSÉRE.

PNEUMOSTOP

MAGAS CHININ- ÉS CAMPHOR-TARTALOM.

Dr. BAYER ÉS TSA.

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

TETRACOR-CHINOIN

pentamethylentetrazol készitmény

(Magyar szabadalom)

synthetikus analepticum, excitans

Csomagolások a nagy gyakorlat számára:

Injectio, 5 amp. (à 0.10 g Tetracor) . . . . P 3.70
Solutio, 10 ccm cseppentő üvegben . . . . P 3.60
Tabletta, 10 db (à 0.10 g Tetracor) . . . . P 3.60

Intézeteknek különleges, nagy csomagolások

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •

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

80. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1936. február 29

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.

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

TETRACOR

„CHINOIN"

pentamethylentetrasol
(magyar szabadalom)

ANALEPTICUM

injectio, tabletta, solutio pulvis

NOVURIT-kup

„CHINOIN"

biztos hatású, jól tűrhető higany-diureticum kezdődő cardialis hydropsnál, elhizásnál, továbbá minden esetben, ahol NOVURIT injectio nem adható.

Darabszám is rendelhető!

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. **Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.**

POLYSAN

complex immunvakcina a szervezet természetes védekező-erejének fokozására, valamennyi lázzal járó megbetegedésnél. Az intramuscularis injectiók naponta megismételhetők.

Engedélyezve *a közgyógyellátás terhére, továbbá valamennyi betegség biztositóintézetnél.*

Katonyi dr. Deér Újabb theoreticus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORANS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénynyvérűségnél és sápkórnál

PROMPT HATÁS! ※ Összetételében állandó. ※ Székrekedést nem okoz

1 doboz (100 tabletta) ára: **2.20** P

Miért Theosan dragée?

Mert:

1. a circulatiós zavarok gyógyitásában kitünően bevált **theobromint hatásos alakban** viszi a szervezetbe;
2. a dragée **megvédi** a száj-, nyelőcső- és gyomor **nyálkahártyáját** az erősen alkalikus theobromin **maró, edző hatásától;**
3. a theobromin a levegő szénsavának hatása alatt könnyen megváltozik, oldékonyságából, hatóerejéből veszit; a dragée-réteg azonban **megvédi** ettől a **bomlasztó hatástól;**
4. theobrominnal és theobromin sókkal, syrupok, oldatok alakjában egyéb gyógyszeres kombinációk a recepturában **zavartalanul nem készithetők,** dragée alakjában jod, brom, papaverin, calcium, digitalis, luminal stb. **bármily gyógyszeres agenssel kitünően kombinálható;**
5. **kellemes és pontos adagolást tesz lehetővé;**
6. **hatása biztos, constans, huzamos időn át is szedhető,**
7. **gazdaságos, olcsó!**

Theosan-készitmények 20 dragéet tartalmazó csomagolásban:

Agatheosan 2.40 P	Theobromin. pur.	gr	0.25
	Ac. phenylaethylbarb.	„	0.02
	Nitroglycerin	„	0.0005
Bromcalcium-theosan 2.— P	Theobromin-calcium bromatum Dr. Wander	„	0.40
Calciumtheosan 1.40 P	Theobromin calc. aceticum (53% theobromin-tartalommal)	„	0.25
Coffotheosan 2.60 P	Theobromin. natr. sal.	„	0.25
	Coffeini natr. benz.	„	0.10
	Scillcosid	„	0.025
Digitheosan 2.20 P	Theobromin, natr. salicyl.	„	0.25
	Pulv. digit. titr.	„	0.025
Jodcalcium-theosan 2.40 P	Theobromin. calc. jodatum Dr. Wander	„	0.40
Jodpapaverin-theosan 3.60 P	Theobromin natr. sal.	„	0.25
	Natrium jodatum	„	0.15
	Papaverin pur.	„	0.04
Jodtheosan 2.20 P	Theobromin. natr. sal.	„	0.125
	Natrium jodatum	„	0.125
Jodtheosan forte 2.40 P	Theobromin natr. sal.	„	0.25
	Natrium jodatum	„	0.15
Papaverin-theosan 3.20 P	Theobromin. natr. salicyl.	„	0.25
	Papaverin pur.	„	0.04
Theosan 1.80 P	Theobromin. natr. salicyl.	„	0.25

Mintával, irodalommal készséggel szolgál

DR. WANDER

GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R.-T.

X., KERESZTÚRI-UT 30—33. SZ.

80. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1936. február 29.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Hainiss Elemér: A csecsemőkori pylorus passage-zavar műtéti indicatiójáról. (183—187. oldal.)
Neuber Ede: A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból. (II. közlemény.) (187—193. oldal.)
Matolcsy Tamás: A csonttömlők sebészi kezeléséről. (194—197. oldal.)
Elischer Ernő: Drainage nélküli epemütétek. (197—198. o.)
Kiss Pál és Fényes István: Gyermekkori cystás agydaganatok levegőtöltése. (198—199. oldal.)
Friedrich László: Histaminkezelés okozta gyomorpanaszok. (199—200. oldal.)
Pollák Lili: Mikroeljárás a vér zsírtartalmának meghatározására. (200—201. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. — Bőrgyógyászat. (201—203. oldal.)
Könyvismertetés: (203. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (203—206. oldal.)
Vegyes hírek: (206. oldalon és a borítólap III. és IV. oldalán.)

A csecsemőkori pylorus passage-zavar műtéti indicatiójáról.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Hainiss Elemér dr.*, egyet. ny. r. tanár.

A pylorus passage-zavarának csecsemőkorban veleszületett organikus pylorus-szükület, vagy spasmus okozta functiós szűkület lehet az oka. Az orvosi irodalomban így egyszer pylorus-stenosisról, máskor pylorusspasmusról olvasunk olyan kórkép tárgyalásakor, amikor a passage-zavar előidézésében esetenként más kóroki momentum szerepelhet. Míg *Fedinski* élesen elválasztja a stenosist és spasmust, *Hoffa* nem határolja el a két formát, *Schelbe* pedig nem is tartja különválaszthatónak klinikai jelenségek alapján egyiket a másiktól. A stenosis kritériumának tartott stagnatiós hányás, látható peristaltika és tapintható pylorustumor nézetem szerint sem nem elég karakterizálók stenosis felvételére, sem nem olyan jelenségek, amelyeket stenosis esetében mindenkor fellelhetünk. Tekintettel arra a körülményre, hogy a kórkép általános és feltünő jelenségei azonosak úgy spasmus, mint stenosis esetében, helyesebbnek tartom a kétféle és minduntalan összekevert oki elnevezés helyett a tüneti meghatározást alkalmazni s így mindkét esetben egyszerűen *pylorus-passage-zavarról* beszélni, annál is inkább, minthogy a therapia irányát nem az aetiologiai kapcsolat, hanem a csecsemő conditionális helyzete alapján tartom megválasztandónak.

Nobel a 2 év előtt újból megjelent nagy német gyermekgyógyászat Pfaundler és Schlossmann által szerkesztett gyűjtőmunkájában pylorusstenosisról ír s azt mondja, hogy a betegség genesisét illetőleg mai napig sem alakult ki egységes nézőpont. Magam azt hiszem, hogy ezt nem is várhatjuk, mert a pylorus passage-zavarának kifejlődésében genetikai egységet nem tételezhetünk fel. Ismerünk veleszületett pylorus-stenosist (Landerer-Maier typus), *Hirschsprung* ismertetett meg a hypertropiás pylorusstenosissal és nem egyszer spastikus contracturák idézik elő a pylorus passage-ának zavarát. *Pfaundler* már 1898-ban hangsúlyozta azt, hogy a kórképnél két alapvetően különböző typust különböztetett meg: az organikus és functionalis typust, amelyek közül az első congenitalis, a második temporaer.

A pylorus passage-zavar legjellemzőbb tünete a sugárban előretörő hányás, amely megakadályozza a szervezet tápanyagellátását s következményesen fejlődésgátlást, dystrophiát hoz létre. A pylorus passage-zavara a statisztikák szerint legnagyobbrészt a fiucsecsemők és mellen tápláltak betegsége. A fiúcsecsemők számbeli túlsúlyát elfogadhatóan indokolni nem tudjuk, azt a hangsúlyozást pedig, hogy ez leginkább természetesen tápláltak betegsége, bizonyos fenntartással kell venni. A pylorusstenosis tulajdonképen az újszülöttkor betegsége s így abban az időben lép fel, amikor a mesterséges táplálás még ritka kivétel. Igy érthető, hogy leginkább mellentápláltakon észlelték, bár valami ingerlő szerepe a pylorus spastikus összehúzódásaira a szopás műveletének is lehet *(Bratusch, Marrain)*.

Ha a spastikus hányás jelentkezésének idejét nézzük, az idevágó adatok és klinikai tapasztalataink azt mutatják, hogy a csecsemők egyrésze születésétől fogva hány, másik részénél a hányás később kezdődik, a 2. és 7. hét között a legkülönbözőbb időpontokban. Nagy átlagon a hányás jelentkezése a 2—3 hétre esik. Ha mindezen esetekben congenitalis pylorus-stenosisról volna szó, akkor nem tudjuk elfogadható magyarázatát adni annak, hogy a hányás miért kezdődött csak hetekkel a megszületés után, holott az újszülött addig is táplálkozott s az esetek nagy részében szopásonként eleget is fogyasztott. S ha egyesek szerint a stenosis műtéti oldása nélkül gyógyult esetekben a gyógyulás úgy magyarázható, hogy a csecsemő növekedésével párhuzamosan a pylorus lumene is nagyobb lesz, akkor miért nincs ezeknél kezdettől fogva hányás, amikor a supponált stenosis mindenesetre nagyobbfokú volt, mint akár akkor, amikor a hányás előállt. Erőszakos elképzelés volna a stenosis legkifejezettebb és passage-zavart előidéző voltát pont a 2—6 hét közti időre fixirozni.

Nem szabad csodálkozni, hogy egy olyan morphologiai elváltozás genesisének magyarázatánál, ahol a ke-

* Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1936. február 22-iki ülésén.

letkezés időbeli különbsége a kérdést megoldhatná, mégis theoretikus mérlegelésekkel kell megfejtést keresnünk. Védi ezt a klinikai diagnosis differentiálásának nehézsége, a pylorus hypertrophia kitapintásának sokszor lehetetlen volta, valamint az a körülmény, hogy az olykor adódó sectiós leletek csak a helyzetet demonstrálják, a hypertrophiás stenosist mutatják, de hetekkel a születés után a hypertrophia congenitalis, vagy stenosist compensáló voltára, avagy pedig a megvastagodás spasmusos eredetére ezeket elkülönítő felvilágosítást nem adnak. A több száz esettel rendelkezett *Monrad* minden alkalommal stenosist vesz fel, amelyhez ismeretlen okból társul a spasmus. A spasmus fellépését *Bode* és *Rosenbaum* duodenalis ulcussal hozzák összefüggésbe s szerintük ez volna az enterospasmus kiváltója. *Suner, Hutter* spasmophil, *Heubner, Reiche, Jakobson* pedig neuropathiás terheltséggel magyarázza a pylorus spasmusát. A pylorushypertrophia congenitalis jellege mellett tör lándzsát *Hirschsprung, Ibrahim, Feer, Tanaka, Herz, Holt, Theile* stb.

Az kétségtelen, hogy a congenitalis hypertrophiás stenosis a leggyakoribb. Ezt igazolják azok az esetek, amelyek korai operatio kapcsán a pylorus olyan nagyfokú megvastagodását mutatták, amilyen izomhypertrophia 1—2 hét alatt nem fejlődhetik ki. Ez veleszületett fejlődési rendellenesség; hogy következménye-e egy intrauterin lezajlott s a canalis pylorit érintő lobos folyamatnak, vagy a foetalis szervezet fejlődésében szerepet játszó növekedési faktorok atypusos reactios terméke, ez nyitva maradó kérdés s teret adhat a fantáziának. Tekintettel azonban arra a megfigyelésre, mely szerint a hányás gyakran csak hetekkel a megszületés után jelentkezik, nem vethető el adott esetekben *Thomson* nézete sem, aki azt hiszi, hogy a pylorusizomzat túltengése nem más, mint egyszerű munkahypertrophia. *Thomson* ugyan spasmus okozta izomhypertrophiát gondol, amely az őhozzá csatlakozók szerint is a gyomorbeidegzés coordinatiós zavarával, neuropathiás alkattal, esetleg foetalis hyperadrenalismussal volna összefüggésben, azonban nem lehetetlen elképzelés az sem, hogy adott esetekben a *Landerer Maier* typusu congenitalis stenosis nehezebb passage-át legyőzni törekvő erős gyomorhyperkinesis készteti a pylorus izomzatát is túlfejlődésre azon harmónia kapcsán, amely a gyomortonus, peristaltika és sphincter-működés között fennáll.

Mindezek az elgondolások helytállók lehetnek adott esetekben, de egyik sem fogadható el általános érvénynyel. Nézetem szerint a klinikai tapasztalatok azt a valószínűséget támogatják, hogy a pylorushypertrophia genesise nem egységes és a közismert klinikia tünetekkel manifestált pylorus-passage-zavar mint kórképegység csoportonként különböző pathogenetikai folyamatok következménye, ahol a spasmusnak többször másodlagos a szerepe s csak ritkán elsődleges. A leírások és megfigyelések szerint a csecsemőkori pylorusspasmus és pylorusstenosis klinikai jelenségei — bizonyos és sokszor nem kivehető részjelenségeket figyelmen kivül hagyva — azonosak s így joggal feltételezhetem, hogy esetenként egyszer

a pylorus spastikus összehuzódásai okozta passage-zavarról *(pylorusspasmus, vagy stenosis pylori spastica)*, máskor

a pylorus veleszületett stenosisáról és következményesen kifejlődő compensatiós hypertrophiáról *(stenosis pylori cum hypertrophia consecutiva)*, leggyakrabban pedig

stenosist okozó veleszületett pylorushypertrophiáról *(stenosis pylori hypertrophica congenita*, helyesebben *hypertrophia pylori congenita stenotisans)* van szó.

Ezek mindegyikére akadtak megfigyelések, amelyek megerősíteni vannak hivatva azt, hogy a pylorus stenosisa egyszer organikus, máskor functiós eredetű.

A pylorus spastikuseredetű stenosisa esetén magyarázatot nyerhetnek azok az esetek, ahol a hányás nem az élet első napjaitól kezdve áll fenn, hanem később keletkezik. De igazolja ezen typus fennforgását az a therapiás eredmény is, amely egyes esetekben a spasmolytikus szerek alkalmazását kiséri. Ilyen typus létezését bizonyította *Finkelstein* egy sectióra került esete is.

A spasmolytikus szerekre nem reagáló esetek operatiója vagy sectiója a pylorus tumorszerű megvastagodását mutatja s kétségtelenül igazolja a stenosis pylori hypertrophica typusának gyakori szereplését.

A kézzelfogható bizonyítékokat leginkább nélkülözi a kombinált alak, ahol organikus és functiós okok aetiologiai vonatkozását feltételezzük. Létezésüket mégis el kell fogadni, mert a klinikai megfigyelések ezt a lehetőséget is támogatják. Hányszor előfordul az, hogy egy újszülött születésétől fogva hány, de ez csak accidentalis jellegű. A hányás azonban lassacskán fokozódik, gyakrabban lép fel és erőteljesebb lesz s nem egyszer tapinthatóvá válik a pylorustájon egy mogyorónagyságú tumorszerű képlet, amelyet eleddig nem éreztünk. Ilyen esetekben mindenek szerint egy másodlagosan fejlődő hypertrophiáról van szó, ahol a hányás typusváltozása igazolja annak felléptét, a spasmolytikus therapia *részleges* sikere pedig ezen egyik faktor kikapcsolását. A pylorus izomzatának elernyesztése a passage-t megkönnyíti ugyan s így a hányás erejében csökken, ritkább is lesz, de teljesen csak hetek mulva szünik meg. A stenosisos pylorus-on nem halad át a táplálék olyan tempóban, hogy a következő táplálkozás idejére residuum ne maradna s így a pangó gyomortartalom mennyiségi változása adja meg időnként a hányásra az okot.

Ha a klinikai tünetek alapján a pylorus-passage zavara diagnostizáltatott, a legfontosabb kérdés a therapia útjának helyes megválasztása. A konservativ therapia hosszú időt kiván, az operatio pedig ebben a korban — ha nem is nagy, de mégis — olykor risikoval jár. A belső kezelés sokszor sikertelen és ilyenkor nem mellőzhető az operatio, a feltétlen műtéti megoldás pedig túlzott álláspont volna, amikor az esetek egy része a konservativ gyógyszeres és diaetás therapiára is gyógyul.

Macdonald, Gray és Reyncld azon az álláspónton vannak, hogy operálni kell, amint a pylorusstenosis diagnosisa tisztázott. Általában a franciák is inkább a radikális megoldás mellett nyilatkoznak, a német szakemberek azonban tartózkodóbbak. *Hein* akkor operáltat, ha 4—5 nap alatt intern kezelés mellett nem lép fel javulás, *Heile* és *Borchardt* pedig 14 napig is várnak. *Fedinski, Langstein* a stenotikus eseteket operáltatja, míg a spasmusok esetében belső kezelést kezd. *Bauer* a röntgen-átvilágítás eredményétől teszi függővé elhatározását és akkor indikál műtétet, ha a cytobariumos pépből 2 órával az etetés után még elég sok található a gyomorban. Hasonló az álláspontja *Wiener*-nek is, míg *Rietschel* csak fenyegető jelenségek esetén javalja az operatiót. Határozottan a belső kezelés mellett nyilatkoznak *Schelbe*, továbbá *Wolff, Fischl* pedig azt írja, hogy még sohasem kényszerült operatiót végeztetni. S ha *Ibrahim* azt mondja, hogy a belső kezelés beállítása művészet, mégsem hiszem, hogy tisztára művészkedéssel meg lehessen gyógyítani minden esetet, mert nagyon soknál nincs már idő a művészkedés sikerének bevárására. De olyan sokan nyilvánítottak már véleményt e kérdésről, hogy nem sorolhatom fel mindannyit, inkább csak azokat említem, amelyek a szélsőséges és az áthidaló álláspontot jelentik, hogy ezzel is dokumentáljam az egységes állásfoglalás hiányát.

Az utolsó évtized egy folyton reveláló kérdése, hogy operativ beavatkozás vagy a konservativ therapia alkalmazandó-e. A pro és contra felsorakoztatott statistikák a kérdést semmi esetre sem dönthetik el, mert az összehasonlítás alapja tökéletlen. Ilyen körülmények között nem csodálható, hogy egységes nézet nem alakult ki s a konservativok tábora épp oly tekintélyes, mint az operatio mellett állástfoglalóké. S bár utóbbi időben a radikalis eljárás híveinek tábora növekedőben van, magam nem tudnék ehhez fenntartás nélkül csatlakozni.

Ezt a nézetemet erősen támogatja az, hogy öt év alatt, amióta a pesti gyermekklinikát vezetem, a pylorus-passage zavarával jellegzett eseteink egy része került csak műtőasztalra, egy része pedig belső kezelésre gyógyult. A kellő conditióban operálásnak alávetett csecsemőn a műtét szakavatott végrehajtása s megfelelő utókezelés esetén a gyógyulásnak épp úgy meg van adva az útja, mint a belső kezelés azon eseteiben, ahol a megfelelőkép beállított és naponta céltudatosan irányított diaetás táplálás spasmolyticumok adagolása mellett olyan caloriagazdagságra emelhető, hogy a dystrophiás állapot megszüntethető vagy elkerülhető legyen. *Monrad* belső kezelés mellett kimutatott 4.4%-os mortalitása épp úgy nem szól a feltétlen belgyógyászati kezelés mellett, mint *Gray* és *Reynold* operáltjainak 55%-os, vagy *Goldbloom* és *Spence* 19.6%-os mortalitása az operatio ellen. *Monrad* mortalitási indexe is bizonyára még lejebb szállna, ha adott esetben operáltatna, mint amennyire jobb, sőt nagyon sokkal jobb eredményeket tüntethetnének fel fent idézett szerzők operatiós eseteik kapcsán, ha igénybevették volna a szakavatott csecsemőgyógyászi utókezelést. *Bármelyik kezelés sikere attól függ, hogy adott esetben melyik lett választva, milyen tökéletes volt az alkalmazása s legfőként attól, hogy mikor és milyen conditióban levő csecsemőn alkalmazták.*

A csecsemő conditiója a döntő tényező a kezelés megválasztása szempontjából és ugyancsak döntő a sikert illetőleg még abban az esetben is, ha a therapia megválasztása és alkalmazása a leghelyesebben történik. Egyesek az operatiót a Quest-féle számot megközelítő súlyesés esetében indikálják csak, *Bókay* János a belső kezelés dacára folytatódó súlyesés esetében, *Birk* pedig akkor, ha a hányás megfelelő belső kezelésre napokon keresztül nem szünik, illetőleg a conditionalis helyzet az eredményt csak napok mulva dokumentáló belső kezelésre időt már nem enged. Ezek a nézetek a *conditionalis helyzetet* ugyan figyelembe veszik a kezelés irányának szempontjából, de az elhatározás súlypontjába a beteg conditióját tulajdonképen csak *Birk* teszi.

A pylorus-passage zavar sajnos igen gyakran csak későn kerül orvosi vizsgálatra s ha korán, akkor sem mindig kifejező alakjában. A hányás a csecsemőkorban gyakorta és könnyen előforduló jelenség, amit a laikus is tud s ami az orvost is megtévesztheti. Igy sokszor megesik, hogy a hányás megszüntetését célzó gyógyító eljárások akkor kezdődnek, amikor a csecsemő conditiója már romlott, sőt rendszerint ez az oka a therapia bevezetésének. A belső kezelés helyes beállítása ilyenkor az esetek egy részében meghozza az eredményt, de a conditio további romlása, vagy már ekkor is erősen leromlott volta problematikussá teheti azt, mert promt hatás ezen eljárás kapcsán nem várható. Egy lesoványodott, inanitiós kiszáradásban levő csecsemőnél nem is lehet a belső kezeléssel kisérletezni, itt csak mielőbbi műtétnek lehet helye, amit vagy azonnal elvégeztetünk, vagy ha ez a nagyfokú leromlás miatt kockázatos volna, transfusióval, intravenás sóinjectióval és hypodermoklysissel történt feljavítás után *(I.műtéti indicatio conditionalis kényszerűségből)*. Ez a helyzet teremti az operatio absolut indicatioját, de jelenti egyuttal azt az időpontot is, amire külső körülmények kényszeríthetnek, bevárni azonban ezt egyébként nem szabad. A műtét sikere ilyenkor felette kétséges, bár az egyedüli, ami még segíthet.

Az ilyen súlyos állapotban kényszerűségből sürgősen javalt műtét sikerének bizonytalanságát erősen csökkentheti a súlyos anyagcserezavarokkal küzködő szervezet műtét előtti praeperálása, másszóval a szervezet műtéti előkészítése physiologiás konyhasóoldat megfelelő mennyiségű intravenás bevitelével. Ennek a haemodynamikai hatására a következő kisérleti adatokra támaszkodó elgondolás adhat magyarázatot.

Gyomornedv elvesztésekor, hányáskor, a szervezet nemcsak chlort veszít, hanem veszít — bár relative kisebb mértékben — natriumot is. Pylorus-passage-zavar esetében tehát számolnunk kell a hiányos táplálék- és folyadékbevitelen kivül 1.) chlorveszteséggel, és 2.) natriumveszteséggel. Minthogy a chlorveszteség nagysága felülmúlja a natriumveszteség nagyságát, a vérserumban hypochloraemia fog keletkezni, a csökkenő chlor helyét bicarbonat foglalja el s *alkalosis* jön létre, amely helyzet a vagustonus emelésével *Vollmer* és *Serebrijski* szerint már maga is ok a hányás fennállására. Nem szabad figyelmen kivül hagyni azonban azt sem, hogy a natriumveszteséghez mindig vízveszteség is társul, minthogy a szervezet ragaszkodik a fixbasis concentratio állandóságához. A hányás folytán létrejött negativ vízfelvételhez így a natriumveszteség következményezte positiv vízveszteség járul, amik együttesen az exsiccatiohoz egyengetik az útat. Ha az exsiccatio bizonyos fokot elért, midőn a kötőszövetekben az ú. n. interstitialis vízdepôt kimerült, létrejön a keringő vér mennyiségének megkisebbedése, a vér besűrűsödése s ezen elváltozások oly keringési zavart eredményeznek, melyek a veseműködést gátolják s így anatomiailag ép vese ellenére is uraemiaszerű retentiók jöhetnek létre. A vérbesűrűsödés legnagyobb foka collapsust okoz. Természetes, hogy az exsiccatiós állapotban mindig meglevő collapsus-készség az ilyenkor elvégzett műtét alkalmával shokszerű halálhoz vezethet.

Ezek a kifejtett pathologiai tények rámutatnak a helyes műtéti előkészítésre. Feladatunk az alkalosis és exsiccatio megszüntetése. Mindkét feladatnak könnyen és gyorsan teszünk eleget physiologiás konyhasóoldat megfelelő mennyiségű bevitelével, amely egyrészt megszünteti a savbasisegyensúly zavarát, másrészt pedig az exsiccosist.

Ha a csecsemő még nem nagyon leromlott, a hányás megszüntetését belső kezeléssel kell megkisérelni s ennek megfelelő beállítása esetén rövidesen el fog dőlni az, hogy elérhető-e ezúton is eredmény, vagy pedig operatióra szánjuk el magunkat. A hányásnak nem feltétlenül a pylorus-passage zavara az oka ebben a korban; mohó szopás, túltelődés, fokozott aerophagia, neuropathiás constitutio mindmegannyi ok annak felléptére s így fokozott figyelemmel kell lenni azon tünetekre, amelyek a hányáson kívül mutatkoznak. A pylorus-passage zavarára figyelmeztető tünetek közül a homlokráncokat és a gyomorconturok látható vonalát kell leginkább kiemelni. A homlokráncok az idevágó megfigyelések szerint pylorusstenosisban szenvedő csecsemőkön láthatók, ami arcuknak egy sajátságos, kínlódást elárulo kifejezést kölcsönöz. Bizonyára annak a következménye, hogy a stenosis következtében hyperkinetikus gyomor állandó spastikus-contracturái kellemetlen érzést váltanak ki nála. Egyéb okból keletkező hányásnál ezt nem észleljük. A gyomormozgás terjedési hulláma a hasfalon keresztül is jól látható, ha a csecsemő turgora és hasfali tonusa már csökkent, egyébként a görcsös összehuzódások idején a gyomortáj erős kiboltosulása látható csak. Minthogy a stenosis kapcsán rendszerint pylorusizomzathypertrophia is

fennáll, tapintással olykor észlelhető is a pylorustáj porckemény duzzanata. Ennek a legbiztosabb diagnostikus jelnek azonban sajnos sokszor nem vehetjük hasznát, mert elég magasan, esetleg a májtól eltakartan fekszik s tapintását a hasfal tonusa megnehezíti. Az ily esetekben alkalmazott vizsgálati narkosis gyakran segítségre lehet, de nem egy esetben így sem sikerült kitapintani akár egy olyan pylorusduzzanatot sem, amely az operatio után kisdiónyi nagyságban mutatkozik. Ezen diagnostikus nehézségeket gondolták a contrastpéppel telített gyomor átvilágításával kiküszöbölni. *Behrmann* a *Voss* ajánlotta röntgenátvilágítást nem tartja nélkülözhetőnek, mert szerinte a pylorus-passage zavara okozta hányás gyakran összetéveszthető a habitualis hányással. Bár nézetem szerint a látható gyomorconturok, homlokráncok, valamint a pseudoobstipatio, kevés vizelet és a dystrophia együttesen eléggé körülírják a kórképet, a szakaszos röntgenátvilágítás mégis hasznos diagnostikus eljárásnak tartom, mert nem ritkák a kevéssé jellegzetes esetek, ahol a hányáson és a következményes gyarapodás hiányon kivül más — a kórforma specializálását kifejező tünetek hiányozhatnak. De *a röntgenes diagnosishoz én nem tartom elegendőnek a kontrasztpép lassú*, 2—3 óránál hosszabb *kiürülését*, mert ez nem jelent még mást, mint a gyomor evacuatios tempójának csökkenését, amelynek épp úgy lehet a spasmus vagy hypertrophia okozta stenosisos pylorus az oka, mint ahogy nem egyszer a gyomor renyhe mozgása. *Ha azonban az evacuatio meglassubbodása mellett a gyomor erős hyperkinesisét észleljük* a görbület mentén erős behuzódások formájában, csakis akkor van jogunk az evacuatio tempócsökkenéséért a pylorus-passage akadályozott voltát feltenni. Egyeseknek azon álláspontját *(Strauss, Teall, Heile, Bauer)*, mely a röntgenvizsgálatnak pusztán erősebb evacuatiolassubbodást mutató eredménye alapján javalja az operatiós megoldást, *Bloch* és *Herz* nem teszik magukévá, de nem tudom én sem elfogadni a röntgenátvilágítás eredményének értékeléséről előbb vázolt nézetem alapján, amit támogatnak azon eseteim, amelyek igen lassú gyomorevacuatiójuk ellenére belső kezelésre gyógyultak.

A felsorakoztatott tüneteknek akár részleges jelenléte is felkeltheti a gyanut a pylorus-passage zavarára s *nem túlságosan leromlott conditio mellett a belső kezelés feltétlen megkisérlésének vagyok a híve. A radicalis, vagy konservativ therapia megválasztását ezek szerint elsősorban conditionalis kérdésnek tartom, anélkül azonban, hogy a konservativ kezelés eredményének elbirálását az indokolatlan reménykedés késleltesse s az operativ beavatkozás chance-ait csökkentse. Birk* álláspontját feltétlen követendőnek tartom abban, hogy ha friss (tehát conditióban nem erősen leromlott) esetről van szó, akkor az *Ibrahim* ajánlotta móddal, az óránként adagolt kis mennyiségek etetésével kell kisérletet tenni.

A női tejből (esetleg centrifugáltan) jégbehűtve adunk óránként 5, másnap 10, illetve 15 gr-ot s minden étkezés előtt pár perccel 1/1000-es atropinoldat megfelelő hígításából annyit, hogy 24 óra alatt az eredeti oldat 4—5—6—8 cseppjét fogyasztja a csecsemő és emellett a pylorustájat állandóan thermophor alatt tartjuk. Az atropin erőszakos emelését nem tartom helyesnek, mérgezési veszélyeket feltétlenül kerülni kell. A papaverininjectiótól, amely napi kétszeres elosztásban sem elég kihúzott hatású, már régen eltértünk. Ha a csecsemőn, aki a hiányos táplálás ideje alatt insulinnal kevert dextrose-klysmákat is kap, ilyen óvatos, kisadagú táplálás és spasmolyticumok adása mellett a hányás nem csökken, vagy az elővigyázatos adagemelés kapcsán újból jelentkezik, operatiót indikálunk. *(II. műtéti indicatio a belső kezelés sikertelensége miatt.)*

Ha ezen eljárás mellett a hányás teljesen szünetel, vagy legalább is nagymértékben csökkent és a táplálékmennyiség naponkénti emelésével a fenntartási quotát, a 70—75-ös energiaquotienst elérhetjük s emellett a súlyállás bekövetkezett, pár napi várakozás után óvatos adagemeléssel meg kell kisérelni a súlygyarapodás megindítását. Ha ez bekövetkezik, minden remény megvan arra, hogy az operatiót elkerültük. Ha azonban az eddig szünetelt hányás ismét erősebb lesz, vissza lehet ugyan térni arra a mennyiségre, amely mellett a súlycsökkenés még el volt kerülhető, de célját nem látom s ez esetben szintén az operativ beavatkozásnak kell helyet adni *(III. műtéti indicatio praeventiv szempontból)*. Egyesek ugyan *(Ibrahim, Monrad, Fischl)* azon az álláspontonvannak, hogy a passage-zavar egy idő mulva megszünik és ügyes lavirozással kell amennyire lehet a conditioromlást megakadályozni. Ez azonban *hyperconservativ felfogás*, amit magam semmikép sem követnék, mert nem akarom kitenni a csecsemőt annak a veszélynek, amely a súlyállás hosszú ideig tartó fennállása esetén az atrophia vagy decompositio kifejlődésével a csecsemőt fenyegeti. Ezért vagyok azon az álláspontón, hogy a súlycsökkenés megakadályozását nem tartom a konservativ kezelés sikerének és az ily esetek következményes atrophiájának veszélyeit a praeventiv operatióval akarom elkerülni. A decompositiónak a kifejlődése prognostikailag súlyos, sőt bizonytalan helyzetet teremt, de úgy ennél, mint az atropinnál fokozatosan csökken a szervezet ellenállóképessége is és az accidentaliter jelentkező enyhe infectiók kiszámíthatatlan veszélyt teremtenek s egyszerre felborítanak minden reményt a gyógyulásra, akár a momentán veszély, akár a hirtelen bekövetkező súlycsökkenés alapján. A csecsemő conditiója a parenteralis infectiók szerencsés elmulása esetén is erősen romlik s a belső kezelés eredményére várni a conditiócsökkenés miatt nagyon kockázatos volna, viszont az ilyen helyzetben kényszerült műtéti beavatkozás sikere az előfeltételek kedvezőtlen alakulása miatt szintén kiszámíthatalan. Ezt a hyperconservativ állásponthoz való indokolatlan ragaszkodással kockáztatni semmi esetre sem szabad s így praeventiv szempontból kell a műtéti beavatkozást idejében javalni. (A röntgenkezelés eredményeiről *(Wiener)* nem áll módomban nyilatkozni, mert ezen eljárással eddig nem próbálkoztunk.)

A Ramstaedt-Weber-műtét sikeres végrehajtása, vagyis a pylorusizomzat mucosáig történő átvágása után az esetek legnagyobb részében a hányás momentán megszűnik. De nem szabad említés nélkül hagyni azon eseteket, ahol a pontosan véghezvitt műtét után a hányás továbbra is fennáll s legfeljebb intensitásában csökken. Ilyenkor a pylorushypertrophia vagy spasmus okozta stenosis csak részben volt a hányás okozója s mindenek szerint egy neuropathiás constitutio fokozott reflexingerlékenysége, vagy ezzel kapcsolatos gyomorhyperkinesis tehető érte másrészt felelőssé. Ezek az esetek csak megerősítenek abban a meggyőződésben, hogy az operált csecsemő a műtét végrehajtása után a csecsemőgyógyász kezébe való ismét s az utókezelés helyes beállítása a műtét tényleges sikerének ép oly feltétele, mint a tökéletes műtéti technika, amely tökéletesség szempontjából különleges érzéket és tapasztalatot, gyors kivitel szempontjából pedig nagy gyakorlatot igényel.

Az operált csecsemőt úgy kell tekinteni, mint akit a toxicosis veszélye fenyeget, ha nem vagyunk óvatosak a táplálással. Az altatással végzett operatiók után nem egy csecsemőn ugyanis láz, sensoriumzavar és erős bágyadtság mutatkozik, ami úgy látszik, hogy a narkoticumok iránt érzékeny csecsemőszervezet enyhébb toxicosisa. Ennek a megakadályozása céljából egyrészt a műtét *gyors* kivitele ajánlatos, másrészt figyelemmel kell len-

ni az *operatio utáni táplálás* lassú fokozására, amely a hirtelen tolerantiacsökkenéssel számol. Én már évek óta ugyanazt az eljárást követem operált csecsemők táplálásakor, mint enyhébb toxicosis eseteiben. Bő folyadékbevitelről gondoskodunk, de a táplálást csak 6—8 órával az operatio után kezdjük el. A női tej egy-két kávéskanálnyi adagját óránként adjuk, másodnap kissé emeljük az egyes adagok nagyságát, ami harmadnapra az adagok újabb emelése kapcsán már a táplálások számának ritkítását is megengedi. A normál energiaquotienst így az operatio után 3—4 nappal érjük el. Ha a hányás operatio után is megjelenik, de csak elvétve és nem explosiv *(Munting)*, ezzel nem kell törődni; ha azonban olyan mérvű, hogy a súlygyarapodás tempóját erősen csökkenti, spasmolyticumok, vagy sedativumok adagolása továbbra is indikált, sőt adott esetekben a conditiojavító rectalis insulin-dextrose kezelés sem nélkülözhető.

Állásfoglalásunkat a pyloruspassage-zavar conservativ, vagy radicalis megoldást illetőleg elsősorban a csecsemő conditiója határozza meg s bár a műtét conditionalis kényszerűségből (I.), exclusiós alapon (II.) és praeventiv szempontból (III.) történő javalata sem elégítheti ki azt az óhajt, amely a mindennapi gyakorlatot az operatiós indicatio egyszerű formájával szeretné megajándékozni, mégis kiindulópont arra, hogy mikor válassza az orvos feltétlen a műtéti megoldást s mikor próbálkozzék a belső kezelés alkalmazásával. A belső kezelés sikerének vagy kilátásos voltának az előbbiekben vázolt szigorú elbirálása lehetővé teszi mindenképen az esetleg szükségessé váló operatio időpontjának olyan megválasztását, hogy a beteg conditiója ne legyen az operatio sikerének akadálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból.

II. közlemény.

E vizsgálatokat szervezte és vezette:

Neuber Ede dr., egyet. tanár,
az Országos Antiveneriás Küzdelem miniszteri biztosa.

Munkatársai: Benedek László dr., Fornet Béla dr., Hüttl Tivadar dr., Jeney Endre dr., Kreiker Aladár dr. és *Verzár Gyula dr.* egyet. tanárok, *Csilléry András dr.* szakelőadó és vitéz *Solth Károly dr.*, statisztikus, szkfv. tisztiorvos.

A vizsgálatok végzésében résztvettek: Schlammadinger József dr., Skutta Árpád dr. tanársegédek és *Horváth Dénes dr.* (bőr- és nemibeteg klinika), *Paul Benő dr., Udvardy László dr., Alföldy Zoltán dr.* tanársegédek (belklinika) *Orsós Jenő dr.* egyet. m. tanár (seb. klinika), *Nagy Mihály dr.* tanársegéd (ideg és elmeklinika), *Tatár József dr.*, tanársegéd (szemklinika), *Jakabfi Imre dr.* (fül-, orr- és gégeklinika), *Bohn Ede dr.*, tanársegéd (stomatologiai polyklinika), *Gärtner István dr.* egyet. m. tanár, *Herpay Zsombor* (közegészségtani intézet), *Erdős Elza* védőnő, *Bodor Eta* irodakisasszony és 5—6 beosztott ápolónő.

VIZSGÁLATOK IDEGBETEGSÉGEKRE.

1. Általános idegrendszeri tünetek:

Dermographia — — — — —	10
Hyperhidrosis — — — — —	5
Tremorok — — — — — —	6
Egyéb ú. n. testi degeneratiós jelek	1
Eunuchoid typus — — — — —	1
Gynaekomastia — — — — —	1
Kephalalgia — — — — — —	2
Élénk reflexibilitas — — — —	7
Pilomotoros reactio — — — —	1
Akrocyanosis — — — — — —	1

2. Diagnosis:

Neuropathia — — — — — —	6
Neurasthenia — — — — — —	9
Neuropathia + affectlabilitas ——	1
Neurosis vasomotorica — — —	2

A beiratkozott egyetemi hallgatóknak *ideggyógyászati* vizsgálata a fent részletezett morphologiai és működési anomáliákat szolgáltatja.

Ezen aránylag csekélyebb jelentőséggel bíró jelek értékelésében nem lehet tekinteten kívül hagyni azt a fontos körülményt, miszerint a kóros alkati praeformált készségek, hajlamok nagyobb része egy vizsgálattal nem deríthető ki, hanem azok csak az életvezetésnek „hosszmetszetében" tanulmányozhatók. Másrészt azt is hangsúlyozni kívánnók, hogy szunnyadó hajlamok jelenléte esetén is a különböző kóros működési módok penetrantiája és manifestálódása változó praedilectiós életkorral bír; a 18—19. életévek és az azelőtti életkorok az idegelmebajok csak egy kisebb hányadára vonatkozólag szolgáltathatnak adatokat. Ezenfelül is még a serdülésnek és a praepubertasnak krisis-szerű időszaka ellenére is nyomatékkal rá kell mutatni arra, hogy az életproblémák által teremtett actualconflictusok még csak ezután teszik próbára a fiatalságnak, illetve az idegrendszernek teherbíró képességét, a lelki resistentiát stb.

Mindezek a körülmények csökkentik az ad hoc ideggyógyászati vizsgálatnak (egyszeri vizsgálat) prospectiv jelentőségét, annyival is inkább, mert az idetartozó esetek autoanamnesise kevésbbé megbízható. Amit már most a concret leleteket (6 neuropathia, 9 neurasthenia, 1 neuropathia + affectlabilitas 2 neurosis vasomotorica) illeti, egyik esetben sem állítható, hogy a felsőbb oktatásra, avagy az azzal megszerzett képesítéssel elérhető tevékenységi területekre alkalmatlanok volnának. Sőt még súlyosabban korlátozó ténvező gyanánt sem foghatók fel az itt felhozott rendszertani és tünettani diagnosisok. Ellenben akárhányszor a szellemi munka, ha indulattal erősen színezett élményekkel nem jár, úgy hat, mint az ú. n. foglalkozási therapia.

SZEMVIZSGÁLATOK.

Emmetropiás — —— — — —	182
Myopia — — — — — — —	47
0.-tól 1.5 D.-ig— — — —	16
corrigált — — —	3
nem corrigált — —	13
1.5 D.-tól 5 D.-ig — — —	26
corrigált — — —	7
nem corrigált — —	19
5 D.-nál több — — — —	5
corrigált — — —	4
nem corrigált — —	1
Hypermetropia — — — — —	5
0 D.-tól 1.5 D.-ig — — —	4
corrigált — — —	0
nem corrigált — —	4
1.5 D.-nál több — — —	1
nem corrigált — —	1

Astigmia — — — — — — —		31
0 D.-tól 1.5 D.-ig — — —	15	
corrigált — — —	1	
nem corrigált — —	14	
1.5 D.-nál több — — —	16	
corrigált — — —	4	
nem corrigált — —	12	
Hibás színlátású — — — — —		13
Protanopia — — — —	5	
Protanomalia — — — —	0	
Deuteranopia — — — —	3	
Deuteranomalia — — —	5	
Blepharitis — — — — — —		5
Chalazeon — — — — — —		2
Phthirius (szemöldök) — — — —		1
Katarakta polaris anterior — —		2
Atrophia nervi optici — — — —		1
Membrana pupillaris persist. — —		1
Status post. op. contra strabism.— —		2

Szemvizsgálat 265 első éves hallgatón történt. Jelentőségük három irányú.

1. A kötőhártya *fertőző betegségeinek* kiderítése, különösen a trachomáé. Nagy megnyugvással szögezhető le, hogy I. éves hallgatóink között *sem trachoma, sem más fertőző kötőhártya-betegség nem fordult elő,* ami összhangban van azzal a régen ismeretes körülménnyel, hogy a trachoma csupán a legelhagyatottabb, legalsó társadalmi osztályokból szedi áldozatait, ahol már a legelemibb tisztaság követelményei sem nyernek kielégítést. *Folliculosis* sem szerepel statistikánkban, noha az Alföldön és főleg a Tiszántúlon a gyermekkorban a folliculosis minden társadalmi osztályban gyakori. A folliculosisnak azonban még a fertőző alakjai is olyan dispositionalis tényezőkhöz kapcsolódnak, amelyek mint az exsudativ diathesis a pubertas jelentkezésével eltünnek.

2. *A szem functióinak ellenőrzése* volt a szemvizsgálat második célja. Kétségtelen, hogy a fő érzékszervek épségének, elsősorban a látásnak és hallásnak, a magasabb értelmi foglalkozásokban is nagy a jelentősége. *Mindazonáltal a mai napig sem történtek rendszeres vizsgálatok arranézve, hogy pl. a látás fogyatékosságai milyen mértékben befolyásolják a rátermettséget az egyes szellemi pályákra, még kevésbbé történtek esetleges selectiós kísérletek.* Gondolunk itt elsősorban az orvosi és természettudományi, valamint a technikai ágazatokra, amelyekben az érzékszervi épség az alkalmasságot esetleg döntően befolyásolhatja. Eltekintve a valamennyiben szinte nélkülözhetetlen tökéletes tárgylátástól, *az orvosnak* pl. feltétlenül *jó színlátással kell rendelkeznie,* hogy esetleg műhibaszerű tévedéseket elkerülhessen; a sebésznek, physikusnak, gépészmérnöknek jó mélységlátásra van szüksége egyes manualis jellegű technikai feladatok megoldásához. *S amennyiben a magasabb értelmű foglalkozásban álló valamely rejtettebb érzékszervi fogyatékossággal rendelkezik (pl. színtévesztő), evvel a hibájával, a hiba természetével, a belőle származó hátrányokkal legalább is tisztában kell lennie, hogy ebből esetleg a közre és saját magára háramló kárt elkerülhesse.* Igy pl. a vörös színtévesztő nem látja a vörös, főleg pedig nem a halványpiros szineket, ami őt piros szinű bőrexanthemák (pl. roseola syphilitica, heveny fertőző betegségek piros foltos kivirágzásai stb.) felismerésére alkalmatlanná teszi, de legalább is nem tudja egyéb szinű foltos betegségektől megkülönböztetni. Ennek a megállapításnak fontossága különösképen kiemelendő, mert színtévesztés következtében bizonyára eddig sok orvos másodlagos vérbajos foltos kivirágzást nem ismert fel, amiből sok baj (családi tragédia stb.) származhatott. A vasutast, a soffőrt stb. alkalmazásakor színtévesztésre is megvizsgálják azzal a megokolással, hogy foglalkozása gyakorlásában testi épségről, sőt emberéletről van szó. Az orvos működésében bizonyára hasonló helyzettel állunk szemben. Miként a statistikánkból látható, a veleszületett színvesztés 4.9%-ban — 5 protanopia, 3 deuteranopia, 5 deuteranomalia — fordul elő, ami megfelel az általános átlagnak. *De ezek közül nem egy orvosi, illetve természettudományi pályát választott,* még olyan is, aki valamely súlyosabb formában szenved, pl. protanopiás, anélkül persze, hogy látásának erről az anomaliájáról tudomása lett volna s még kevésbbé a jelentőségét ismerte volna. A főiskolákon jelentkezők jövőbeni kötelező egészségügyi vizsgálatára ezen a téren igen fontos tájékoztató és kiválogató feladat vár.

3. A harmadik feladat a *fénytörési hibák* felderítése és kijavitása volt. Miként a statistikából látható, 265 vizsgált között 64 olyan javítható fénytörési hibát találtunk, amelyről az illetőnek vagy tudomása sem volt, vagy ha tudott is róla, megfelelő pápaszemmel nem corrigálta. Igazán meglepő, hogy 1.5 D.-tól 5 D.-ig myopiában szenvedő 19 hallgató, továbbá 1.5 D.-nál nagyobb astigmiával bíró 12 hallgató e vizsgálatokig nem corrigálta fénytörési hibáját. Hogy a fénytörési hibák, rövidlátás, túllátóság, astigmia kijavításának mekkora a jelentősége a szem épsége, az egyén szellemi fejlődése, munkaképességének fenntartása, szövődmények elkerülése szempontjából, azt alig kell kiemelni, hisz nemcsak orvosi, de a művelt laikus körök előtt is ismeretes. Tekintve, hogy a szem fénytörése az első 24 életévben alakul ki és ezen időn belül bármikor megjelenhetik valamely fénytörési hiba, az időszakonkénti vizsgálatnak nagy a jelentősége. S ha ez nem történhetik többször, mint kétszer, akkor erre legalkalmasabb a 6. és 18. életév, tehát amikor a debreceni I. oszt. iskolás gyermekek és az I. éves debreceni egyetemi hallgatók rendszeres egészségügyi vizsgálatai nálunk amúgy is történnek. A myopia mindössze 17.7%-ban fordult elő, ami nem kedvezőtlen arány, ha a külföldi főiskolák myopia-statistikáival hasonlítjuk össze, amelyek tudvalevően néha elérik a 80%-ot is.

Összefoglalás:

A hallgatók ⅔-ának volt hibátlan szemlelete. A szemészeti szempontból kifogásolt esetek ¾ részét a fénytörési hibák alkották. Ez igazolja annak a szükségességét, hogy mennyire fontos épen a szem fénytörési hibáinak megállapítása.

VIZSGÁLATOK FÜL-, ORR- ÉS GÉGEBETEGSÉGEKRE.

Elváltozás a fül részéről:

Összesen — — — — — — — 36

Hallászcsökkelés:

Dobüregi eredetű (1 joghallg., 1 bölcsészettan-hallg.) — — — — 2

Ezek közül:

1. S. b. j. o.: 2½—3 m.
   S. b. b. o.: 1 m.
   Rinne: negativ.
2. S. b. j. o.: 1 m.
   S. b. b. o.: 5 m.
   Rinne j. o.: negativ.
   Rinne b. o.: positiv.

Ép dobhártya mellett (1 joghallg., 1 orvostanhallgató) — — — 2

Ezek közül:

1. S. b. j. o.: 3 m.
S. b. b. o.: 2—2½ m.
Rinne m. o.: positiv.
2. S. b. b. o.: 2½—3 m.
S. b. j. o.: 5 m.
Rinne m. o.: positiv.

Cerumen — — — — — — — 28
Cicatrisatio membr. tymp. — — — 1
Otitis media acuta — — — — 1
Otitis media supp. recens — — — 1
Otitis media chronica — — — — 1

II. Elváltozások az orr. részéről:

Összesen: — — — — — — — 68
Atresia introitus nasi l. d. — — 1
Crista septi nasi — — — — — 12
Deviatio septi nasi — — — — 25
Deviatio septi nasi crista s. n. — — 11
Erosio septi nasi — — — — — 1
Folliculitis introitus nasi — — — 1
Hypertrophia conchae inf. — — — 11
Polypus nasi l. s. — — — — — 1
(Galambtojás nagys. retrochoanalis polypus.)
Rhinitis chron. hypertroph. — — 1
Spina septi nasi — — — — — 1
Subluxatio septi nasi — — — — 1
Venectasia septi nasi — — — — 2

III. Elváltozások a torok részéről:

Összesen: — — — — — — — 61
Hypertrophia tonsillarum — — — 5
Pharyngitis chronica — — — — 21
Pharyngitis granulosa — — — — 2
Tonsillitis acuta — — — — — 1
Tonsillitis chronica — — — — — 7
Status post tonsillektomiam — — — 25

Beszédhibák:

Összesen: — — — — — — — 8
Selypítés — — — — — — — 2
Raccsolás — — — — — — — 2
Hadarás — — — — — — — 1
Dadogás — — — — — — — 3

A fül-, orr- és gégevizsgálatainkban szerepeltek: 1. a *fertőző megbetegedések* felkutatása. Noha ebből a szempontból egészségügyi felvételünk negativ eredménnyel zárult, mégis elkerülhetetlenül szükséges az ilyenirányú vizsgálatok végzése, mert az utóbbiakban található positiv elváltozások sok esetben az egyedüliek, amelyek felhívják a gyanut valamely, egyébként tünetmentes általános fertőző megbetegedésre (pl. a nagyothallás mint a világrahozott syphilis egyetlen tünete jelentkezhetik).

2. Fontos továbbá annak a megállapítása is, hogy a vizsgált szervek örökölt, illetve veleszületett nagyobbfokú fogyatékosságai, továbbá súlyosabb betegségek után jelentkezett irreversibilis bántalmai a hallgatót egy bizonyos pálya sikeres művelésében mennyire teszik alkalmatlanná. Áll ez elsősorban a kétoldali nagyothallásra, továbbá a beszédhibákra, ezek közül elsősorban a dadogásra. A kétoldali nagyothallás a sikeres működést nagymértékben kizárja, úgyszintén a dadogás minden szakon olyan nagy hátrányt jelent, amelyet nem lehet egyéb kiváló tulajdonságokkal és szorgalommal pótolni. Az I. éves egyetemi hallgatók között 4 olyan nagyothallót állapíthattunk meg, akiknek egészségi állapota mindenképen ellenjavalja ama pályak választását, amelyeken ép érzékszervekre, különösképen pedig jó hallásra van szükség. A súlyosabbfokú *dadogásban* szenvedő gyakorló orvos hivatásának nem tud eleget tenni, mert súlyos betegét nem, vagy alig tudja kikérdezni, suggestiv erővel sem hat rá, ami pedig a betegnél olyan fontos szerepet játszik. A dadogó szigorló orvos szigorlatain rendszerint kinos jeleneteket vált ki, amikor betegének kórelőzményét felveszi, mennyire kínos lehet azonban az az állapot, amikor kicsiny faluban egyedül áll súlyos betegével szemben.

3. Feltűnő nagy számban szerepelnek e vizsgálatokban az *orrlégzés* zavarai, melyek csökkent munkaképességre, chronikussá váló garat- és gégehurutok kifejlődésére vezetnek, ennélfogva a hallgatót a sok beszéddel kapcsolatos pályákra (papi, tanári stb.) alkalmatlanná teszik. Az akadályozott orrlégzés azonkivül nagyobb sport, továbbá physikai munkateljesítmény tekintetében csökkent értékűséggel jár.

Mindezen szempontok figyelembevételével feltétlenül szükségesnek tartjuk, hogy a pályájuk kezdetén álló hallgatók átvizsgálása fül-, orr- és gégészeti szempontból is rendszeresíttessék. A kezdeti szakban ugyanis szakszerű kezeléssel, vagy egyszerű beavatkozásokkal inkább gyógyíthatók e betegségek, s könnyebben vehetjük elejét a súlyosabb következményeknek, a praeventiót pedig a legsikeresebben szolgálhatjuk ezekkel a systematikus vizsgálatokkal. Ha már irreversibilis helyzettel állunk szemben, akkor a hallgatónak megfelelő pályaváltoztatást ajánlunk.

Összefoglalás.

A 265 elsőéves egyetemi hallgató közül tehát 136-on, azaz 51.2%-on találtunk kóros eltérést a fenti vizsgálatokban.

A fülben kóros elváltozás 13.6%-ban mutatkozott, a leggyakrabban azonban *(77.8%-ban)* ez az elváltozás cerumen volt. Az orrban a hallgatók 25.6%-ában mutatkozott kóros elváltozás, amelyekből leggyakrabban, *36.8%-ban* a deviatio septi nasi fordult elő.

A torokban kóros elváltozást a hallgatók *23%-a* mutatott fel. Ezek között a torokban észlelhető elváltozások közül legtöbbször a pharyngitis chronica 34.4%-ban és a status post tonsillektomiam 41.0%-ban szerepelt.

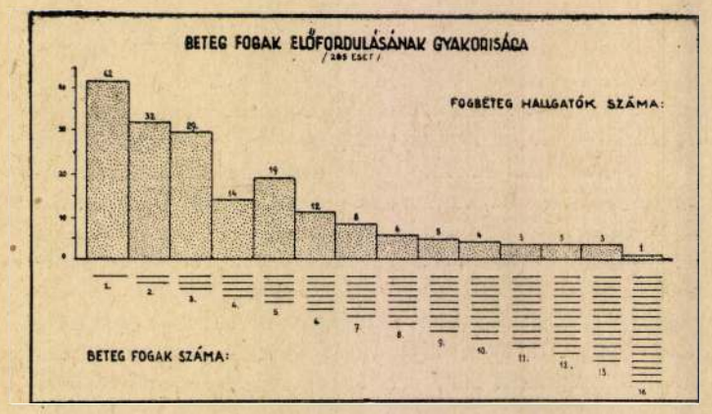
VIZSGÁLATOK FOG- ÉS SZÁJBETEGSÉGEKRE.

Teljesen *ép fogazattal* bíró hallgatók száma: *23.*

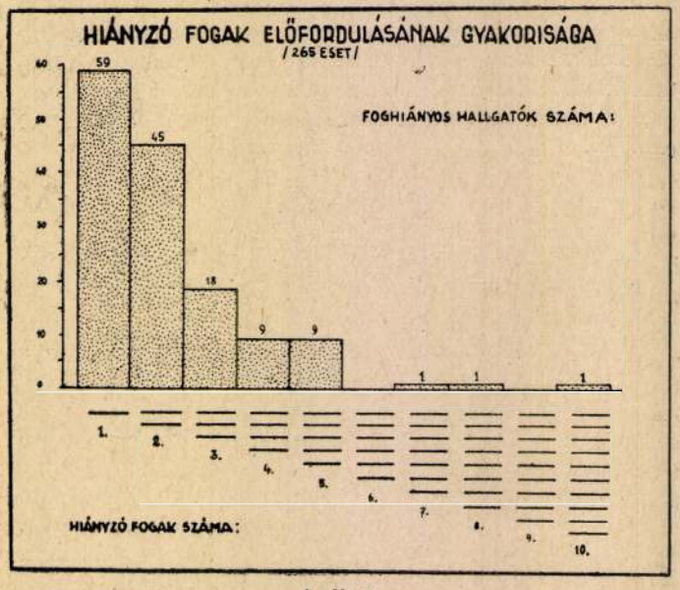
	Összesen
Beteg fogak száma	16 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
A hallgatók száma	1 3 3 3 4 5 6 8 12 19 14 29 32 42 181
Hiányzó fogak száma:	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Hallgatók száma:	1 1 1 9 9 18 45 59 143
Gyógykezelt fogak száma:	17 16 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Hallgatók száma:	1 1 2 2 2 3 8 10 18 11 10 18 18 20 22 146

Dystrophia:	16	hallgatónál
Fogkő:	71	"
Gingivitis	27	"
Harapás II:	13	"
Harapás III:	4	"
Bölcseségfog hiánya:	82	"
Vegyhatás: savi	105	"
amphotaer	160	"
Ivelt kemény szájpad:	73	"

Az egyetemi hallgatók vizsgálati eredményei *stomatologiai* szempontból igen szomorú eredményt mutatnak..



3. ábra.



4. ábra.



5. ábra.

A beteg fogazatúak nagy száma jól bizonyítja, hogy mint minden társadalmi osztályban, úgy itt az egyetemi hallgatók között is milyen gyakori a fogszuvasodás és annak következményei. Ismeretes, hogy szuvasodás által elpusztult fogak nyitott gyökércsatornáin keresztül mennyi betegség csirája jut a szervezetbe. A gyökércsúcsok körüli folyamatok (gyökér csúcsai körüli granulomák, tályogok stb.) nagy jelentősége jól ismert. Mint gócfertőzések a távolabbi szervekben igen változatos kórtüneteket válthatnak ki: az ilyen „oral-sepsis" ma már minden klinikus által respectált fogalom és általa a stomatologus mind gyakrabban kapcsolódik a kryptogen fertőzések felderítésének nehéz munkájába. Nem hagyhatók figyelmen kivül azok a közvetlenül az életet is veszélyeztető súlyos csontvelő és kötőszöveti gyulladások sem, amelyek ugyancsak a fogszuvasodás következményei.

Fenti táblázatból kitünik, hogy 143 elsőéves egyetemi hallgatónak már hiányos a fogazata, ahol tehát a szuvas folyamat súlyossága folytán az extractio szükségessé vált. Ha tekintetbe vesszük azt a körülményt, hogy itt jóformán csupa 19—24 éves korban lévő fiatalokról van szó, akik állandó iskoláztatásban részesültek, ennélfogva testi épségükre fokozott figyelemmel lehettek, akkor beláthatjuk, hogy ezek a számok még súlyosabban esnek latba. Ugyanakkor rá kell mutatnunk arra is, hogy stomatologiai szempontból ebben a korban ideális praeventióról már nem lehet szó, hanem az elemi iskolás korban kell megkezdődnie és a középiskolákban folytatódnia. Az iskolaorvosok e téren is áldásos működést fejthetnének ki; ez elsősorban a vidékre vonatkozik, mert a fővárosban — különösen az elemi iskolákra vonatkozólag — már történtek e téren igen értékes lépések. Pedig épen e téren a praeventio rendkivül nagyfontosságú, mert a nagyobb mértékben és számban elszuvasodott fogak már a fiatalkorban is okoznatnak kellemetlenségeket (rajdalmas harapás, szájbűz), a későbbi korban azonban hiányos rágás következtében chronikus gyomorhurutot, esetleg annak súlyos szövődményeivel.

Összefoglalás.

Az átvizsgált 265 elsőéves hallgató elenyésző kicsiny töredékének, mindössze 23 hallgatónak, tehát csupán 8.6%-nak volt teljesen ép fogazata.

A 242 beteg + hiányos fogazatú hallgató közül 74.7% szenvedett szuvas, gangraenás és egyéb beteg fogakban, továbbá ezen beteg fogazatú hallgatók több mint felének, vagyis 59%-ának már hiányos is volt a fogazata. A vizsgálat idején ezen beteg fogazatúak közül mindössze 18.6 %-ának, — azaz a beteg fogazatúak nem is egészen ⅓ részének — volt csak teljesen rendbehozott fogazata. Igen sajnálatos az a körülmény is, hogy épen nem kis számmal akadt olyan hallgató, akinek 10, sőt 15-nél is több foga mutatta a betegség, a foghiány, vagy a már lefolyt kezelés jeleit.

ANTHROPOMERIAI FELVÉTELEK.

I. sz. táblázat.

Elsőéves egyetemi hallgatók kormegoszlása:

Kor években:	Hallgatók száma:
18	48
19	86 (4 nő)
20	37
21	48 (1 nő)
22	15
23	6
24	11
25	2
26	5

Kor években:	Hallgatók száma:
27	2 (1 nő)
28	3
—	—
31	1
—	—
36	1
	265

II. sz. táblázat.

Egészséges egyetemi hallgatók *magassága* cm-ekben.

Kor	Tagok száma:	Min.-Max.	M ± Vh.	σ	v.
18	46	160—183	171.69 ± 0.52	5.24	3.05
19	69	162—183	170.64 ± 0.38	4.73	2.77
20	35	159—183	171.14 ± 0.62	5.44	3.18
21	57	158—189	170.71 ± 0.59	6.59	3.86
22	30	159—182	169.38 ± 0.67	5.48	3.24
Összesen:	*237*	*158—189*	*170.77 ± 0.24*	*5.56*	*3.26*

Egészséges egyetemi hallgatók *súlya* kg.-okban.

Kor	Tagok száma:	Min.-Max.	M ± Vh.	σ	v.
18	46	51—81	63.55 ± 0.58	5.83	9.17
19	69	51—80	62.76 ± 0.49	6.01	9.58
20	35	50—78	61.16 ± 0.75	6.60	10.79
21	57	51—88	63.53 ± 0.64	7.15	11.25
22	30	51—76	62.55 ± 0.81	6.56	10.49
Összesen:	*237*	*50—88*	*62.83 ± 0.28*	*6.47*	*10.30*

Egészséges egyetemi hallgatók *Buffon—Rohrer* indexe:

Kor	Tagok száma:	Min.-Max.	M ± Vh.	σ	v.
Összesen:	*237*	*0.95—1.71*	*1.26 ± 0.01*	*0.12*	*9.52*

III. sz. táblázat.

Vércsoport megoszlása az egészséges férfi hallgatókon:

	O	A	B	AB	Összesen
Absolut számokban:	84	101	49	26	260
%-ban	32.30	38.85	18.85	10.00	100.00

$$\text{Fajbiologiai index} = \frac{A+AB}{B+AB} = 1.693.$$

A többi vizsgálatokkal egyidejüleg a mérések a délelőtti órákban történtek. Az anthropometriai felvételeinkben a következő méretek szerepeltek: testsúly, állótesthossz-magasság, ülőtesthossz-magasság, mellkerület, vízszintes koponyakerület, járomszélesség, járomhossz, járommagasság, morphologiai arcmagasság, érlökésszám, oculokardialis reflex, dermographismus, hajszin, szemszin. A módszer tekintetében mindenben *R. Martin* előírásaihoz tartottuk magunkat.

Az I. éves egyetemi hallgatók kormegoszlását az I. sz. táblázat mutatja, melyből kitűnik, hogy a hallgatók zöme, mintegy 88.30%-a a 18—22 évesekből kerül ki.

Anthropometriai feldolgozás szempontjából az I. éves egyetemi hallgatók csoportját nem tekinthetjük egységesnek, homogennek, mert abban különböző korosztálybeliek, továbbá súlyosabb betegségben szenvedő egyének is szerepelnek. A csoportok képzésében tehát csakis a hallgatók kora (n ± 6 hó) volt irányadó. A női hallgatók nem szerepelnek az anthropometriai feldolgozásban, tekintettel kicsiny számukra. A betegnek talált hallgatókat azonban külön kellett választanunk az egészségesektől, mert a betegeknek fejlődését, testi méreteit s a számított alkati indexeket a kóros folyamat befolyásolhatta. Ebből a szempontból itélve meg az orvosi vizsgálat eredményeit, betegnek — vagyis anthropometriai felvételekre alkalmatlanoknak — nyilvánítottuk azokat a hallgatókat:

1. akik activ, vagy inactiv gümőkóros folyamatban szenvedtek,

2. akiken szervi szívbajt állapítottunk meg,

3. akiken nagyobb, vagy közepes fokú gerincoszlop elferdülés mutatkozott, végül

4. akiken hypertrophias tonsillákat, vagy tonsillitis chronicát találtunk.

A fenti szempontok szerint betegnek nyilvánított egyetemi hallgatókon tehát anthropometriai felvételeket nem eszközöltünk, hanem kizárólag a fenti betegségektől menteseken. Sajnos, a megvizsgált egyetemi hallgatók csekély száma nem teszi lehetővé azt, hogy a különböző betegségek hatását a testi fejlődésre vonatkozólag vizsgálat tárgyává tegyük, de annál értékesebbek lesznek ezek az adatok, ha majd többévi adatgyüjtés után nagyszámú adatra támaszkodva, e rendkivül fontos kérdésre is módunkban lesz feleletet adni. A jelenleg rendelkezésünkre álló kis számú csoportok miatt csak a 18—22 évesek testmagasságát és súlyát, valamint e két méretből számított Buffon-Rohrer indexet adjuk meg példaképen. (Lásd II. sz. táblázat.)

A statistikai sorok jellemzésére megállapítottuk a csoportba tartozó tagok számát, az észlelt legalacsonyabb és legmagasabb értéket (Min.-Max.), a számított arythmetikai átlagot (M), ennek valószínű hibáját (± Vh), valamint a tagok szóródását kifejező négyzetes eltérést (σ) s a variatiós együtthatót (v). A középértékek (M) összehasonlításából kitűnik, hogy a 18—22 éves hallgatókon sem a testmagasságban, sem pedig a testsúlyban kortól függő eltérés nem állapítható meg a vizsgált kicsiny anyagból. Épen ezért eme 5 évi korosztálynak az összevonása egyelőre megengedhető azzal a megjegyzéssel, hogy a későbbi adatgyüjtések eredményei döntik el, miszerint ilyen korú egyéneknél a korosztályok összevonása indokolt-e, vagy sem.

A vércsoport meghatározások eredményeit a III. sz. táblázat tünteti fel. Az egyetemi hallgatóknál talált értékek majdnem teljesen azonosak *Verzár* és *Weszeczky* adataival, akik tudvalevőleg vércsoportok megoszlására %-ban a következőket találták: 0 = 31.0, A = 38.0, B = 18.8, AB = 12.2. Index = 1.6.

*

Mindenesetre nem érdektelen annak a kimutatása, hogy a debreceni 265 I. éves egyetemi hallgató közül a vizsgálat napján hány volt *teljesen hibátlan*, vagyis még a legkisebb hibáktól is mentes, amelyekről betegtársaik bizonyára sohasem szereztek volna tudomást, ha nem vesszük őket általános egészségügyi vizsgálat alá.

Már az a tény, hogy a megvizsgált 265 I. éves egyetemi hallgató közül mindössze 23 hallgatónak volt csupán teljesen ép fogazata, rendkivül kicsinyre zsugorítja a „hibátlanok" számát. S tényleg a 23 hibátlan fogazatú között még 18 hallgatón egyéb természetű hibát találtunk *s végeredményben csak 5 hallgatót nyilvánithatunk teljesen hibátlannak, akiken az összes klinikai és laboratoriumi vizsgálatok teljesen nemlegeseknek bizonyultak.*

Igen természetes, hogy e hibák óriási többségben kisfokúak, amelyek a hallgatókat tanulmányaikban és pályájukban egyáltalában nem zavarják.

Másrészt érdekes annak a megállapítása is, hogy hány hallgatót minősítenénk egyetemi tanulmányokra és magasabb értelmi pályára alkalmatlanoknak. Mint orvosprofessor nem érzem magam feljogosítva arra, hogy egyéb értelmi pályákra minősítsek s ezért úgy tekintem a megvizsgált 265 hallgatót, mintha valamennyi az orvosi facultasra iratkozott volna be. *Minősítés tekintetében a gyakorló orvos hivatását tartom szem előtt.* A fentiek szerint alkalmatlanoknak tartanók: a 4 súlyos gerincelferdülésben, továbbá az igen súlyos lúdtalpban (az 54 súlyos lúdtalp közül a legsúlyosabbakat venném tekintetbe, akiknek az állás és gyaloglás már most is nehézséget okoz) szenvedő hallgatót. Feltételesen alkalmatlanoknak minősítenők az activ gümőkóros csipőizületben és az activ tuberculosisban szenvedő hallgatókat, akik felgyógyulásuk után valószínüleg megfelelhetnek a gyakorló orvosi pálya követelményeinek. Feltétlenül alkalmatlanoknak minősítjük az 5 organikus szívbajban szenvedő hallgatót, az 5 vörös színtévesztőt, a 4 nagyothallót és a 3 erősen dadogót. *A 265 hallgató közül tehát feltétlenül alkalmatlan 16, a felgyógyulásig, vagyis feltételesen alkalmatlan 2 hallgató.* A súlyos fokú lúdtalpuak nincsenek ebben a kimutatásban, náluk döntő tényező volna ebben a kérdésben, hogy jelenleg milyen megterhelést és munkát bír el a lábuk, továbbá, hogy megfelelő therapiával milyen correctio érhető el.

*

Még a mult esztendőben (1934) *Grosz Emil* prof. volt szives engem azzal a megbizással kitüntetni, hogy az „Orvosképzés" hasábjain megjelent „Educatio medicorum" című tanulmánysorozatba írjak a bőr- és nemibetegségek oktatásáról, amely közlésben már akkor is kifejezésre juttattam azt a felfogásomat, hogy *hibásnak és károsnak tartom az egyetemnek azt a bevett szokását amely szerint az egyetemi hallgatók, főleg pedig az orvostanhallgatók felvétele kizárólag a középiskolai előmenetelt igazoló okmányok alapján történik,* különösen kiemelvén azt, hogy az orvostanhallgatóknak elsősorban szükségük van egészséges szervezetre, főleg pedig hibátlanul működő érzékszervekre, mert különben akadályozva, de legalább is korlátozva vannak az orvosi munka végzésében, elsősorban pedig a helyes diagnosis felállításában, ami pedig az orvos egyik legfontosabb feladata. E munkában még rámutattam arra is, hogy *mennyire más képet kapna a dékán, illetve az elnöklete alatt működő felvételi bizotttság a folyamodó ifjak testi és szellemi képességeiről, ha ez a bizottság a felvételhez szükséges okmányok áttanulmányozása után még betekintést nyerhetne a felveendő hallgatók „biologiai telekkönyvé"-be, nem kevésbbé meggyőződhetnék a felveendő hallgatók szellemi képességeiről.* Kizárólag az érettségi bizonyítvány alapján történő felvétel nem vált be teljesen — az hiszem, hogy erről valamennyien meggyőződhettünk —, mert ezen az alapon történő selectio nem fedi híven a valóságos helyzetet s véleményem szerint csak bizonyos fokig használható fel az egyetemi felvételekhez.

Különböző középiskolákban pedig e mérték sem egyöntetü a szellemi képességek és a tudás megitélésében, amit a megszorított felvételek (numerus clausus) még jobban kiélesítettek. Ha a fentebb mondottak nem is tartoznak szorosan témakörömhöz, azonban a testi és szellemi épség annyira összefügg, illetve összeforrott egymással, hogy e kettőt nem lehet egymástól elválasztanunk. Alábbiakban kölönösképen az orvostanhallgatók testi és szellemi képességeinek megitélésére leszek tekintettel, mert ezezl a témakörrel inkább volt alkalmam behatóbban foglalkozni. Egyetemünkön utóbbi években megfigyelhettem azt, hogy a súlyosabb természetü testi (szellemi) hibákkal sujtottak — véleményem szerint ezek többekevésbbé alkalmatlanok is az orvosi pályára — különösen nagy ügybuzgalmat fejtenek ki, bizonyára ösztönszerüleg azért, hogy testi (szellemi) hibájukat ilyen módon ellensúlyozzák és palástolják, Már pedig súlyosabb testi hibákkal (pl. dadogás, színtévesztés, a siketséghez közelálló nagyothallás stb. —) sújtott orvostanhallgatok a legnagyobb szorgalommal sem tudják az orvosi gyakorlatban pótolni azt, amit egészséges társaik könnyen elsajátítanak. Előbbiek már a középiskolákban is szorgalmas és jómagaviseletü tanulók voltak, akik testi hibájuk következtében többnyire nem vettek részt társaik pajkosságaiban és csínjaiban, hanem félénken visszahúzódtak s szorgalmasan tanultak, ilyenmódon fokozott szorgalommal meg is szerezték a szükséges ismereteket. Tanáraik becsülik, szeretik, főleg pedig sajnálják e kisebbértékü, azonban igen jó magaviseletü és szorgalmas tanulókat s így nem ritkán előkelő osztályzatokkal kárpótolják és bocsájtják ki őket a középiskolákból, ami ebből a szemszögből érthető is és az emberi lélek igen szép megnyilvánulása, Az élet azonban egészen más valami! Teljesen más a beállítottsága. Az élet, főleg pedig a mai élet szentimentális szempontokra nincs tekintettel s igazán megkívánja, hogy right man on right place legyen, ha az élet viharában meg akar állani, vagyis saját magának és családjának a mindennapi kenyeret meg akarja keresni.

Amikor állást foglalok a súlyosabb természetü testi és szellemi hibákkal sujtott hallgatóknak egyetemi felvétele ellen — még ha utóbbiak kitűnő, vagy jeles érettségi bizonyítványokkal is rendelkeznek —, akkor nem gondolok tiltó sanctiókra, hanem inkább belátásra és megértésre a testileg, vagy szellemileg alkalmatlan hallgatók, illetve szüleik részéről. *Korántsem kivánom ugyanis utóbbi hallgatók érdekeit sérteni, sőt ellenkezőleg minden tekintetben javukat akarom szolgálni, mert ha mégis kierőszakolnák a felvételt egyetemi tanulmányok alapján elérhető (pl. orvosi, mérnöki stb.) pályákra, abban az esetben az életben sok csalódás, mellőztetés stb. érhetné őket.* Nekünk orvosprofessoroknak tehát kötelességünk, hogy az egyetemi pályára alkalmatlan hallgatókat (szüleiket) testi, vagy szellemi kisebbértékűségükről felvilágositsuk. Ezzel nekik rendkívül nagy szolgálatot teszünk, mert olyan pályán helyezkedhetnek el, ahol csekélyebb követelményekkel állanak szemben és ezeknek inkább meg is tudnak felelni.

Miért tudták ezeket az elgondolásokat már eddig is katonai iskolákban megvalósítani? *Az egyetemen is csak a testileg és szellemileg alkalmasoknak volna helye, mindenesetre a hazafias és erkölcsi szempontokat elsősorban szem előtt tartva.*

Ma ezt a selectiót az egyetemeken már csak azért is könnyen végezhetjük, mert a felvételhez nagy anyag áll rendelkezésünkre, amelyből a legjobbakat és legalkalmasabbakat kiválaszthatnók. Amint már fentebb említettem, ezeket a vizsgálatokat a legnagyobb klinikai és laboratoriumi felkészültséggel kell végeznünk, mert a teljes alaposságot nélkülöző egészségügyi felvételek nemcsak hasznot nem hajtanak, hanem károsak is, mert a könnyelműen egészségesnek nyilvánított beteg hallgatók megnyugszanak, sőt örülnek a kedvező eredményeknek — amelyek azonban hibás diagnosison alapultak, — téves voltuk azonban előbb-utóbb kiderül annál is inkább, mert a hibás egészségügyi felvétel védőleple alatt a súlyosabb természetű fertőző betegségek háborítatlanul és akadálytalanul roncsolhatják a fiatal szervezetet s közben a beteg hallgatók társaikat is fertőzhetik. *A debreceni egészségügyi felvételnek mindenesetre az ad különösebb súlyt és értéket, hogy egyetemünknek úgyszólván összes klinikái és több intézete résztvettek ebben a munkában, s azon igyekeztek, hogy munkájuk legjavát bocsássák e célból rendelkezésre.*

Ugyanezek a szempontok vezettek minket az I. elemi iskolás gyermekek vizsgálataiban is. Előadásaim és közléseim nyomán több izben kifogásolták, hogy ilyen részletes, a mo-

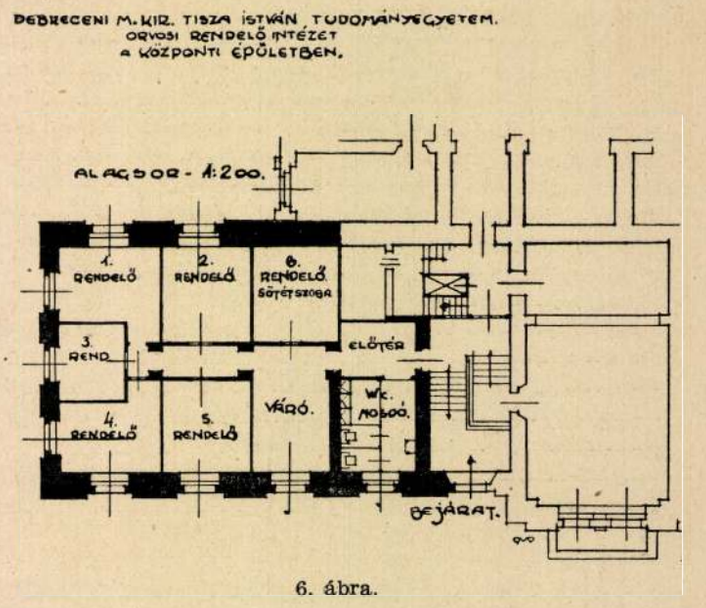
dern klinikai és laboratóriumi felkészültséget teljes mértékben igénybevevő vizsgálatok a perifériákon felépült elemi iskolákban úgysem eszközölhetők; — ez a kifogás legfeljebb a mai helyzetre vonatkozhatik, mihelyt azonban jólképzett iskolaorvosok megfelelő felszereléssel rendelkezésre állanak, akkor ez a kérdés önként megoldódik —, amely érv azonban egyetemi, illetve főiskolai hallgatók egészségügyi felvételei ellen mindenesetre nem hozható fel, mert minden egyetemi városnak van orvosi fakultása, a nem egyetemi városokban működő főiskolák pedig kivétel nélkül nagyobb hygiénés centrumokban épültek, ahol ezeknek a vizsgálatoknak elvégzése nem jelenthet akadályt.

Rendkívül fontosnak, sőt elengedhetetlenül szükségesnek tartanám, hogy az érettségi vizsgák előtt vagy azok lezajlása után inkább júniusban, mint augusztus végén, vagy szeptember elején — ősszel azért nem, mert nem szabad érettségizett ifjaink nyarát elrontani, — egészségügyi vizsgálatokat végezzünk a felvételért folyamodó ifjakon, amelyek kiterjedhetnek a szellemi képességek és a szerzett ismeretek elbírálására is. *Igen természetes, hogy ezeknek az egészségügyi vizsgálatoknak elsősorban a hallgatók érdekeit kell szolgálniok, azonban tekintettel kell lenniök az állam és a köz érdekeire is.* Ez az egészségügyi felvétel a hallgató érdekeit akkor szolgálja legjobban, ha súlyosabb természetű fertőző beteget nem enged az egészséges- hallgatók közé, ha az egyetemi pályára alkalmatlan hallgatókat testi vagy szelemi kisebbértékűségükről felvilágosítja s könnyebb pálya választására szólítja fel őket. Ezen az alapon felvételben nem részesült, vagy eltávozott halgatók helyébe esetleg gyengébb érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők léphetnek, — miután csak meghatározott számú hallgató vehető fel egy évfolyamba —, akik azonban testi (szellemi) épségük következtében az egyetemi tanulmányokat könnyebben és jobban végezhetik, s pályájukon in inkább boldogulhatnak.

Az állam és a köz érdekeit is szolgálja az egészségügyi felvétel, mert az orvosi, mérnöki, vegyészi stb. szakon még a teljes tandíj sem fedezi azokat az összegeket, amelyeket az állam utóbbi hallgatók tanulmányaira költ. Ennélfogva jogos, — főleg a mai súlyos gazdasági helyzetünkben —, hogy az adófizető polgárok pénze azoknak a hallgatóknak a kiképzésére fordittassék, akiktől már eleve elvárhatjuk, hogy szakmájukat jól fogják képviselni.

A fentebb ismertetett vizsgálatokkal sikerült ugyan egyetemi hallgatóink betegségeit felkutatni, azonban utóbbiak meggyógyítását, illetve szakszerű kezelését is biztosítanunk kell. Igy pl. súlyosabb természetű fertőző betegségekben (syphilisben, tuberculosisban, trachomában stb.) szenvedő hallgatók sürgősen megfelelő egészségügyi intézményben helyezendők el, még pedig a szegénysorsúak elhelyezését az állam vállalja, a tehetősebbekről úgyis szüleik gondoskodnak. *Balogh Ernő* prof. a Pázmány Péter Tudományegyetem 300 éves fennállása alkalmából tüdőbeteg egyetemi ifjak részére Budapesten egy pavillont kiván felállítani. Ha ez az elgondolás realizálódnék, akkor a budapesti egyetem tüdőbeteg hallgatóinak ellátása a legkedvezőbben és a legideálisabban oldódnék meg. *A beteg hallgatóknak, egészséges társaiknak, a szülőknek és az államnak egyaránt nagy érdeke, hogy súlyos, fertőző betegségben szenvedő hallgatók minél előbb emeltessenek ki az egészséges társaik közül és megfelelő egészségügyi intézményben nyerjenek elhelyezést.*

E vizsgálatainkkal megállapított betegségek túlnyomó része azonban ambulans kezelésre szorul. Miután a debreceni egyetemi hallgatók legnagyobb része (3 facultas) a „Központi Épület"-ben hallgatja az előadásokat, ennélfogva azzal a tervvel foglalkozom, hogy az egyetemi hallgatók a „Központi Épület"-ben kapjanak orvosi rendelőt. Ennek az volna a nagy előnye, hogy az egyetemi hallgatóknak nem kellene átmenni az orvoskari telepre — kb. 1 km-nyi távolság — s a klinikák ambulantiáin várakozniok, hanem a „Központi Épület"-ben felállított rendelőhelyiségekben — amelyeken a szükséges klinikai szakmák képviselve volnának — részesülnének orvosi kezelésben. Hogy hallgatóink tanulmányaikból ne veszítsenek, a rendelőórákat a kora reggeli órákban kellene tartani. Egyetemi Tanácsunk ilyen irányú előterjesztésemet egyhangulag elfogadta és felterjesztette a Vallás- és Közoktatásügyi minisztériumhoz jóváhagyás céljából.



6. ábra.

Teljesen tudatában vagyok annak, hogy amikor a debreceni I. éves egyetemi hallgatókat — 265 hallgatót — egészségügyileg átvizsgáltuk, vagyis a betegségek nemét és számát megállapítottuk, akkor csak egy pillanatfelvételt, helyesebben keresztmetszetet végeztünk az I. éves debreceni egyetemi hallgatók egészségi állapotáról. *E munkában feltüntetett arányszámok semmicsetre sem használhatók fel statistikai összehasonlítás céljaira,* mert kicsiny csoportokból származnak. Ezeket a vizsgálatokat a legnagyobb alapossággal, teljes klinikai és laboratoriumi felkészültséggel végeztük, azonkivül nagy gondot fordítottunk arra, hogy utóbbiak az egész szervezetre vonatkozzanak, továbbá mindazokra a betegségekre (főleg fertőző betegségekre), amelyek a hallgatók szervezetében kárt okozhatnak, vagy pedig a hallgató társakat veszélyeztethetik. E tekintetben a külföldön végzett vizsgálatokkal szemben feltétlenül nagyobb átfogóképességet mutatnak.

Mikor ezt a munkát végeztük, kizárólag a magyar egyetemi ifjúság egészségének megóvása lebegett szemünk előtt. Bár ez csak egyrésze a közegészségügynek, beláthatatlan fontossága mégis abban rejlik, hogy a nemzet elitjéről van szó, arról a rétegről, amely a nemzetet vezetni, tanítani, példájával vonzani van hivatva a haladás göröngyös, de boldogító útján. Hogyan legyen képes erre az az ifjúság, amely — bármennyire el is lássuk őt szellemi javakkal, — testi egészség szempontjából nem felel meg azoknak a követelményeknek, amelyeket a főiskolai tanulmányok egyrészt, az élet mind keményebb harca másrészt vele szemben támaszt. Minden nemzet felemelkedése vezető rétegének, az intelligens középosztálynak testi és szellemi emelkedettségében, rátermettségében gyökerezik. Ezt a célt pedig csak úgy munkálhatjuk, ha a palántát védjük, óvjuk, nemesítjük és megfelelő milieube plántáljuk. Ha a vállalkozásunkat e tekintetben némi siker is koronázza, akkor elértük célunkat, mert a magyar nemzet jövőjének kiépítéséhez egy szerény téglával hozzájárultunk.

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

A csonttömlők sebészi kezeléséről.*

Irta: *Matolcsy Tamás dr.*, egyet. tanársegéd.

Újabban, mióta a röntgenfelvételeken a csontok finomabb rajzolatai is láthatókká váltak, kerülnek az eddig ritkaságszámbamenő csonttömlők mind gyakrabban műtéti kezelés alá, s vált keletkezésük és gyógyításuk kérdése időszerűvé.

A csonttömlő fogalma alatt a kórbonctan az összes nem gyulladásos, illetve nem genyes űröket foglalja össze. Ez a gyüjtőfogalom azonban a tömlő eredetére felvilágosítást nem ad. *Virchow* minden csonttömlőt valamilyen daganat ellágyulásának következményeképpen fogott fel, míg *Recklinghausen* azokat kizárólag az ostitis deformans egyik alakjának tartotta. A későbbi kutatók *(Sonneburg, Solange)* hol az egyik, hol a másik állásponthoz csatlakoztak, aszerint, hogy saját eseteik melyik csoportba voltak inkább besorozhatók. Ezt a két álláspontot csak *Mikulicz* esete döntötte meg, aki 1904-ben harmadik csonttömlő-fajt ismertetett, mely az eddigitől teljesen eltérő volt. Ez a tömlő rendszerint a hosszú csöves csontok epiphysisében foglal helyet, s mint külön kórforma osteodystrophia cystica névvel jelölhető.

Az ismretek bővülésével a már fent említett három csoport csakhamar kevésnek bizonyult arra, hogy az anynyira különböző alakban megjelenő csonttömlők mindegyikét magába foglalhassa. Tehát helytelennek bizonyult az a feltevés, hogy a tömlők kóroktana csupán a fentemlített 3 csoport egyik, vagy másikában volna keresendő s legkevésbbé sem áll meg az az iparkodás, hogy a tömlők keletkezése egyetlen kórokra volna visszavezetendő. Viszont, ha az aetiologiás felosztást csak másodrendű tényezőnek tekintjük, akkor gyakorlati szempontból *Verebélyi* csoportosítását kell elfogadnunk, mely az eddig ismert összes csonttömlőket magábafoglalja. Ez a beosztás a klinikai szempontból legjobban megközelíthető csontcystatartalmat veszi a felosztás alapjául és ezek szerint véres, zsíros, savós és vizes tömlőket különböztet meg. A savós tömlők foglalják magukba a rendszeres és magányos tömlőket, mely utóbbiakhoz tartoznak a callosus, osteoperiostitises, dysplasticus és neoplasticus tömlők. Ezen makroskopos beosztás mellett *Verebélyi* szövettani vizsgálatai rámutattak arra, hogy az összes fentemlített tömlők falában megtalálható a velőnek rostos, kötőszövetes átalakulása, a csontgerendáknak fokozatos lacunaris, óriássejtes felszívódása és helyenként csoportos különálló óriássejteknek és osteoblastoknak megjelenése. Szerinte azonban ezen azonos szövettani jelleg legkevésbbé sem igazolhatja az aetiologiás együvétartozást.

A klinikai tapasztalatok azt bizonyították, hogy egyes csonttömlők spontan gyógyulásra is hajlamosak, különösen akkor, ha az elvékonyodott csont törést szenved, aminek következtében a tömlő tartalma kiürül és a keletkezett vérömleny elősegíti a callus képződését. Ez a tapasztalati tény serkentette a sebészeket arra, hogy operative iparkodjanak ezt a kérdést megoldani. Az irányelv az volt, hogy a tömlő falának felvésése után a benneket kikaparva a cysta üregé megtelődjék vérömlennyel, ami nagyban elősegíti az üreg kitelődését és callus képződést. Ez az elgondolás be is vált, hátránya az eljárásnak csupán az volt, hogy a tömlő üregének a telődése így hosszú időt (néha éveket) vett igénybe és így mindaddig, amíg a tömlő fala meg nem erősödött, a csonttörés veszélye állandóan fennállhat. A további törekvés tehát arra irányult, hogy miképpen lehetne a csonttömlő üregének telődését siettetni? Azok a kisérletek, amelyekben idegen blombokkal iparkodtak a csontot megerősíteni, nem váltak be, mert a szervezet az idegen anyagokat előbb vagy utóbb kilökte magából. A tömlőknek zsírral, izommal történt kitöltése ugyan jobbnak bizonyult és a gyógyulást siettette, de közel sem hozta meg azt az eredményt, ami a szabad csontátültetéssel elérhető volt.

Az I. sz. sebészeti klinikán 48 esetben került savós dysplastikus csonttömlő műtétre. Ezek közül kihagyva azt a három esetet, ahol műtétkor csontátültetés nem történt, 45 esetben végeztünk auto-transplantatiót a csonttömlő üregébe. Az átültetéshez minden esetben sípcsontlécet használtunk lehetőleg úgy, hogy a csonthártya is rajta maradjon, ami úgylátszik elősegíti annak átépítését.

A transplantatumokat bizonyos meghatározott időben készített röntgenfelvételeken ellenőriztük, amikor is kiderült, hogy a beültetett csont átalakulása nem történik meg minden esetben ugyanazon idő alatt, hanem az igen nagy ingadozást mutat. Mielőtt ennek okára kitérnék, legyen szabad előbb két szemléltető példáját ismertetnem arra, hogy különböző korú egyének tömlőüregébe beültetett sípcsontléc mily idő alatt alakul át teljesen, illetve mikor veszti el a transplantatum rajzolatát.

Anamnesis: G. P. 5½ éves gyermek két évvel ezelőtt megütötte bal felkarját úgy annyira, hogy azt nem tudta felemelni. Orvosa kéthétig gipszkötésbe tette. 1 évre rá azon a helyen felkarja fájdalmas és kissé duzzadt lett, ami miatt felkereste a klinikát.

Röntgen: A felkarcsont felső egyharmadában az epiphysis vonala alatt a csontrajzolat csaknem teljesen eltünt és helyét világos árnyékkiesés foglalta el. A kéreg erősen elvékonyodott.

Műtét: A deltoideus mellső széle mentén az izmok széttolása után ejtett metszéssel jutottunk a csontra. A felső részében helyet foglaló átkéklő csonttömlő elülső falát néhány vésőcsapással távolítottuk el, s az üregbe a bal sípcsont mellső széléből levésett csontgerendát ültettünk át. A csontléc körül az üreget zsírszövettel töltöttük ki.

Röntgen: Átültetés után egy hónappal a kérgen periostalis felrakódás látható és az üregben lévő transplantatum rajzolata kissé megritkult. 8 hónap után a transplantatum rajzolata teljesen eltünt, a tömlő üregé kitelődött, helyét sötétebb árnyékfolt tölti ki és benne különösen a széli részeken a csont finomabb rajzolata is jelentkezik.

A másik esetünk 24 éves férfibeteg, akin a combnyakban helyet foglaló hasonló tömlőbe végeztünk átültetést.

Anamnesis: E. Ö. 24 éves férfibeteg elmondta, hogy 6 éves korában a villamos elütötte, komolyabb sérülést akkor nem szenvedett, csupán a medencéjét ütötte meg. 3 év előtt heves fájdalma jelentkezett bal alszárán, ami annyira fokozódott, hogy gyakran fájdalomcsillapítószerek bevételére kényszerült. A hirtelen támadó heves fájdalmai később állandó tompa jellegűekké változtak át, amelyek különösen sportoláskor, lépcsőjáráskor fokozódtak és kifejezetten a bal csipőizületre szoritkoztak.

Röntgen: A combcsont fejének és nyakának mintegy kétharmadrészén a csont rajzolata eltünt, helyét habos szerkezetet mutató világos árnyékkiesés tölti ki. A comb nyakának felső egyharmadán a normalis csontrajzolat mellett tömött csontszél is látható.

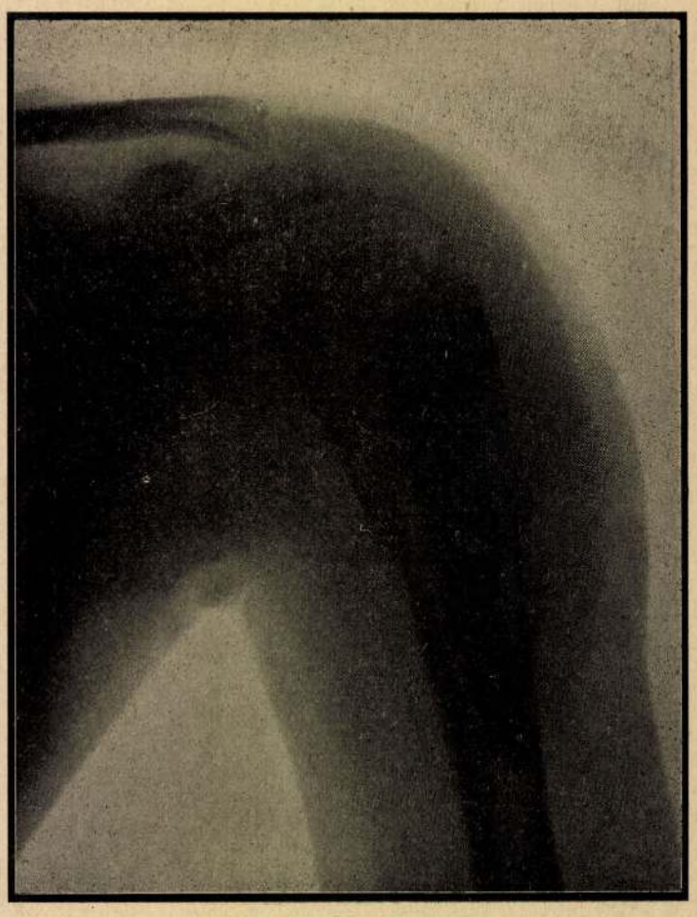
Diagnosis: csonttömlő (sarkoma?).

Műtét: A nagy tompor körül vezetett gyengén ívelt metszéssel a gluteusok tompa szétválasztásával, illetve

*) Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1935. nov. 16-iki ülésén.



5 éves gyermek felkarcsontjában helyetfoglaló savós cysta.



A cysta üregébe átültetett tibia léc 1 hónappal a műtét után.



24 éves férfi combnyakában helyetfoglaló savós cysta.



A cysta üregébe beültetett tibialéc 4 hónappal a műtét után



8 hónappal a műtét után a transplantatum teljesen átalakult.



3 év mulva a transplantatio után.

subcorticalis levésésével jutottunk el a combnyakhoz, amely erősen felpuffadt s elvékonyodott kérgén át kifejezetten hullámzott. Amikor a csontnak mintegy 1 cm-nyi csontlemezét felvéstük a csontnyak állományából nagy nyomás alatt szederjes, folyós vér és savó buggyant elő a jókora tyúktojásnyi üregből. Az üreg falait finom szemcsés sarjadzás borította, amelynek kikaparása után csak az igen kemény felső corticalis fal maradt vissza. Az egész csontüreg kitisztítása után az üreget úgy töltöttük, hogy a tomport megfúrva, az egy ujjnyi nyíláson át két sípcsontból kivágott csontgerendát ültettünk be egészen a fejecsig. A nyíláson át eltávolítottuk a porcborítékból levált sequestert is, miáltal e helyen az izület üregе megnyilt. A csontüregnek a gerenda körül visszamaradó részét zsírszövettel töltöttük ki.

Röntgen: (Transplantatum 1 hónap után). A tomporon keresztül behelyezett csontléc — amely a tömlő üregén át egészen a porckorongig ér — rajzolata éles, úgyszintén jól látható a másik csontdarab is, amely az előbbi transplantatum mellett szabadon fekszik a csonttömlő üregében. (Transplantatum 4 hónap után). A transplantatum nagysága és vastagsága még jól kivehető, finomabb csontrajzolatot azonban már nem mutat, sőt mindkét csontléc, de főképen a kisebbik erősen megritkult, körvonalai elmosódottak. A tömlő üregе lényegében megkisebbedett. (Transplantatum 3 év után). A kisebbik csontléc teljesen eltünt, míg a tomporon áthaladó transplantatum körvonalának mintegy kétharmadrésze még mindig kivehető, körülötte a tömlő üregе azonban már teljesen kitelődött, a széli részeken a csont finomabb rajzolata is kialakult, csupán a combnyak közepén látható még néhány fillérnyi, világosabb árnyékfolt.

Ennek a két esetnek a röntgenképéből kitünik, hogy míg az 5 éves gyermekben az ugyanolyan vastag transplantatum már a 8-ik hónapban teljesen átalakult, annak körvonalát felismerni többé nem lehet, a cysta üregе pedig teljesen kitelődött új csontállománnyal, a 24 éves egyén csonttömlőben beültetett transplantatum nagy része még 3 év után is jól kivehető és az üreg telődése sem olyan tökéletes, mint az előbbinél.

A transplantatum átalakulásának ilyen nagy időbeli eltérésének magyarázatául szolgálhatnak még azok a kisérletek, amelyeket tyúkok pneumaticus csontjain végeztem. Ezeknek a vizsgálatoknak célja az volt, hogy megfigyelhessem a transplantatum további sorsát, hogy miképpen alakul át a beültetett csontléc a pneumaticus üregben, amelyeket úgy lehetett felfogni, mint műtétileg kitisztított csonttömlőket. Ezek a kisérletek, illetve az azokról készült röntgenfelvételek és szövettani leletek azt mutatták, hogy amíg a kétéves állatokban a beültetett csont teljes átalakulásához 290 nap vált szükségessé, addig az egy éven aluliakban ugyanezt az eredményt már a 180-ik napon elértem.

Még szembetünőbbek ezek az átalakulások a kutyák csontjain végzett transplantatiókban. Igaz ugyan, hogy itt egyes állatok fiatalabb, vagy öregebb volta mellett tekintettel kell lennünk azokra a faji sajátságokra is, amelyek egyes állatfajták között fennállnak, t. i., hogy bizonyos állatokban lényegesen gyorsabban megy végbe a csontregeneratio és resorptio, mint az emberben. *Marek* szerint pl. házinyulban 21-szer, kutyában 13.5-szer gyorsabb a csontátépítés, mit az emberben.

A csontregeneratio és resorptio a csonthártyából, a velőből és a Hawers-csatornákból indul ki, s így ezektől függ annak gyorsasága is. Viszont azt ma még teljes biztonsággal eldönteni nem lehet, hogy ezen tényezők közül melyiknek jut a legfontosabb szerep ebben a munkában. Részben kisérleteim, másrészt a klinikai tapasztalatok is inkább *Ollier* álláspontját igazolják — legalább is a fiatalabb korban — melyszerint a csonthártya szerepe fel-

tétlenül első helyre emelendő a transplantatum átépítésében.

Ebből azt a gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy fiatalkorban nemcsak, hogy nem ellenjavalt a csonttömlő sebészi kezelése, hanem éppen ellenkezőleg gyors és tökéletes gyógyulást csak azokban az esetekben kapunk, ahol a csontátültetés a csontosodás befejeződése előtt történt. Természetesen jók az eredmények ezen a korhatáron túl is, csak hogy ott a transplantatum lassabban alakul át és így az üregek később telődnek ki, mint az előbbiben, aminek hátránya csupán az, hogy mindaddig fennáll a csonttömlő által elvékonyított csont törésének lehetősége.

A klinikán operált 45 savós dystrophiás csonttömlő üregében végzett csontátültetés közül csak 2 esetben lökődött ki a beültetett transplantatum, a többi esetben prima sebgyógyulást kaptunk és a transplantatum átalakulása a fentebb említett szabályok szerint ment végbe.

Összefoglalás: 1. 48 operált csonttömlő közül 45 esetben végeztünk sipcsont beültetést a csonttömlő üregébe, 3 esetben az üreget csak zsírral töltöttük ki.

2. A transplantatum további sorsát röntgenfelvételekkel ellenőrizve azt találtuk, hogy a csontosodás befejezése előtt végzett transplantatumok lényegesen gyorsabban 8—10 hónap alatt alakultak át, ellentétben a 24 éven túli egyénekkel, akikben ugyanazt az eredményt csak 2—3 év alatt értük el.

3. A csonttömlő üregébe történő beültetést ajánlatos már fiatalkorban elvégezni, ahol a gyógyulási eredmények sokkal gyorsabbak, mint idősebb korban.

Irodalom: *Verebély:* A csontátültetés gyakorlati jelentősége, (Orvosképzés). — *Walter—Müller:* Die normale und pathologische Physiologie des Knochens. — *Matolcsy:* (Arch. f. Klin. Chir. 1933) — *Marek:* A rachitis.

Az O. T. I. Központi kórház sebészeti osztályának közleménye, (Igazgató főorvos: Tasnády-Székely Béla.)

Drainage nélküli epeműtétek.*

Irta: *Lüscher Ernő dr.*, egyet. m. tanár, osztályvezető főorvos.

Minden műtét sikerének egyik főfeltétele a helyes javalat. Ebből a szempontból különösen kényes helyet foglal el a „cholecystektomia idealis", vagyis a hasüregnek drainage nélküli zárása a beteg epehólyag eltávolítása után. Ez a műtét jól megválogatott esetben és akadálytalan technikai kivitel mellett mindig csak „Operation der Wahl" lehet, sohasem követelmény, melyet minden esetben kierőszakolhatunk, hanem mindig csak technikai lehetőség.

Külföldön már évek óta elfogadott az ú. n. ideális epehólyag eltávolítás, nálunk azonban még sok sebész idegenkedik tőle, sőt jogosultságát is tagadja. Ez az álláspont a korai műtétek szempontjából ma már túlzott. Magyarországon tudtommal az első ilyen műtétet *Dollinger* végezte; a kérdéssel 1926-ban *Borszéky* foglalkozott részletes ismertetésében, amelyben beszámolt arról, hogy 268 epeműtét közül 62 esetben végezte eredményesen a hasüreg teljes zárását. 1929-ben *Lévai* tárgyalta a kérdést a M. S. T. nagygyülésén, beszámolva 159 műtét közül 76 teljes zárásról. Az ő nyomdokaikon haladva első izben 1930-ban foglaltam állást e műtét mellett. Azóta öt év telt el; ezalatt oszályomon az epeműtétek száma 716-ra emelkedett és ezek közül 502 esetben, tehát 70%-ban volt alkalmunk a hasüreg teljes zárását elvégezni. Ez a nagy szám, úgy érzem, feljogosít arra, hogy e kérdéssel magam is foglalkozzam, annyival is inkább, mert betegeink jó részét rövidebb-hosszabb idővel a műtét után alkalmam volt újravizsgálni.

A műtét elleni ellenvetések: vérzés az epehólyag ágyából, vérzés a cystica ligaturájának lecsúszása vagy átvágása miatt, epecsurgás a májágyból, epecsurgás járulékos epeutakból, fertőzés veszedelme a műtét alkalmával kiömlött epéből. Evvel szemben állanak a drainezés hátrányai: a tampon okozta kellemetlenségek, mint csuklás, hányás, tachykardia, gyomorileus; a tampon eltávolításának veszedelme: epecsurgás, vérzés, ligatura lecsúszás, másodlagos fertőzés veszedelme, tampon mögötti retentio lehetősége, a gyógyulási idő meghosszabbodása, műtét utáni hasüregi összenövések, hasfali sérvképződés lehetősége.

Elfogadom *Borszéky* észrevételét, mikor azt mondotta: ha gondolkoznunk kell azon, hogy drainezzünk-e vagy primára varrjunk, akkor feltétlenül az előbbit válasszuk. A műtét kivitelének szigorúak a következményei: szabad mély epeutak, jól átjárható papilla Vateri, tökéletes vérzéscsillapítás, hiánytalan peritonizálás, a ductus cysticus és art. cyst. kifogástalan lekötése. Az epehólyag eltávolításának drainage nélküli műtétére legalkalmasabbak a következő kórformák: nagyobb követ tartalmazó epehólyag, hydrops. ves. fell. záró cysticus kővel, amelyekben a mély epeutak heveny fertőzöttsége biztonsággal kizárható.

502 esetünkben kivétel nélkül az epehólyag retrograd, cysticus felőli subserosus kifejtését végeztük. A duct. cysticust a peritoneum bemetszése után vértelenül kipraeparáltuk egészen a choledochusig, ahol kétszeresen lekötöttük azt, még pedig a choledochushoz egészen közel vékony catguttel, előtte pedig vékony selyemmel. Az epehólyag felé szintén lekötjük a cysticust és nem használunk erre klammert. A ductus cysticus késsel történő átvágása után a serosát az epehólyagról köröskörül lefejtjük úgy, hogy az arteria cyst. a kisérő venákkal ne sérüljön. Az ereket, illetve a mesocystist az erekkel együtt kisgörbületü tűvel selyemmel *en masse* átöltve kötjük le és az átöltéstől kb. fél cm-nyire vágjuk át. Ez a lekötés véd meg legbiztosabban az átvágástól is, a lecsúszástól is. Késsel vagy Cooper-ollóval lefejtjük a serosát a hólyagfalról úgy, hogy bőven maradjon belőle a májágy fedéséhez, melyet nyolcas finom catgut öltésekkel végzünk, úgy hogy az átöltéseknél az alapot is felvesszük. Ha mindez a legjobban sikerült és sehol sem vérzés, sem epecsurgás nem mutatkozik, akkor zárjuk a hasfalat rétegesen. Nagyobb járulékos epeutakkal az epehólyag ágyában nem találkoztunk, minden epecsurgást vagy vérzést mutató pontot külön kötünk le. (A sokszor emlegetett Luschka-féle járatok a tunica mucosának mirigyszerű betüremkedései az erek belépési helye táján, tehát nem valóságos epejáratok és így műtéti szempontból nem jelentősek. *(Aschoff.)*

Minden olyan esetben, amikor a choledochusban követ tapintunk, amikor sárgaság szerepel a kórelőzményben, amikor a choledochus tágabb, fala megvastagodott, nagyobb nyirokcsomók tapinthatók, a pankreas tömöttebb, meggyőződünk a choledochus átjárhatóságáról sondázás útján. Ha a Heister-billentyű engedi, legalkalmasabb a ductus cysticuson keresztül sondáznunk; ha nem lehet, úgy a choledochusban rögzített kőre történő rámetszéssel. Ha a papilla Vateri jól átjárható vagy hajlítható tojásdad sondákkal (Bakes-sondák), esetleg Hegar-, vagy uretratágítókkal könnyen kitágítható, a choledochus sebét két rétegben (catgut, selyem) csomós öltésekkel bevarrjuk és a varratot cseplesszel biztosítjuk.

* A Magyar Sebésztársaság 1935. évi nagygyülésén tartott előadás.

A ductus cysticuson keresztül sondázva 16 esetünkben, miután meggyőződtünk a papilla Vateri-rész átjárhatóságáról, a ductus szabályszerü lekötése után a hasüreget is teljesen zártuk, három esetben pedig, mikor *egy* kő volt a choledochusban, melyet rámetszéssel távolítottunk el, szintén elvégeztük a hasüreg drainage nélküli zárását. Choledochotomia után a zárás drainage nélkül mindig csak a legritkább kivétel lehet és csupán különösen szerencsés viszonyok és sikeres ellátás esetén jöhet csak szóba. Amerikai szerzők, *Richter* és *Zimmermann* 400 choledochus-megnyitás után 29 esetben zárták a hasat teljesen. (1928). A mi, kétségtelenül kedvező anyagunkon 76 choledochus-megnyitás között 19 esetben (25%) a choledochus sebének tökéletes ellátása után eredményesen zártuk a hasüreget minden drainage nélkül. 9 esetben az epeutak súlyos fertőzöttsége miatt Kehr-draint alkalmaztunk. Az epeutak drainezésére azért került olyan ritkán a sor, mert több alkalommal kifejtett véleményünk szerint (Magyar Sebésztársaság nagygyülései: 1924, 1927, 1930) a choledochus sebének válogatás nélküli kifelé drainezése már joggal mondható elavult álláspontnak. Ez a régi drainezési mód a choledochus sebének következményes heges beszűkülése, az epe nagy részének elvezetése és a betegre gyakorolt lelki hatás miatt csak azokban az esetekben indokolt, amikor a papilla Vateri átjárhatósága biztosítva nincsen vagy az erősen fertőzött epe sürgős és tartós levezetése életmentő.

Choledochus-varratos eseteinkben a drain csikokat (glycerin-alkoholban áztatás útján zsírtalanított jodoform vagy tiszta steril gaze-csikok) úgy helyeztük el, hogy a végük ne érje el a varratokat, nehogy a csikok kihuzásakor a finom varratokat feltéphessük.

Anyagunk áttekintésekor feltűnik, mennyivel gyakrabban szerepelnek betegeink között a nők. 55 férfire 447 nő jut. Legfiatalabb betegünk 18 éves leány volt, a legidősebb 71 éves asszony. Az átlagos életkor 39 év. Per primam gyógyult 493. Hasfali genyedés 9 esetben fordult elő. Hat beteget (1.2%) vesztettünk el a műtét utáni 3—12-ik napon. 5 esetben, amint ezt a boncolás igazolta, tüdőgyulladás volt a halál oka, egy esetben 3 nappal a műtét után tüdőembolia ölte meg a beteget. Egyetlen esetben sem következett be vérzés vagy cysticusból epecsurgás, jeléül annak, hogy a műtét technikájába hiba nem csúszott be.

66 esetben találtunk az epehólyagban 1—2 követ, 324 esetben volt több kő és 112 esetben követ nem találtunk. Utóbbi esetekhez tartoznak a környezethez lap szerint vagy szálagosan lenőtt epehólyagok és az epehólyag idült, kőnélküli gyulladásai. Összenövés nélküli, épfalú, jól kiüríthető epehólyagot soha el nem távolítottunk.

Műtéti metszésül legtöbbször a median középvonalban ejtett metszést választottuk, összesen 423 esetben. Csak kivételes és megokolt esetben (rövid felsőhasi spatium, nagyfokú elhízottság) alkalmaztuk a bordaívvel párhuzamos metszést vagy a transrectalis metszést. A „cholecystektomia idealis" akkor méltó a nevére, ha a behatolás módja és a hasfali seb ellátása is ideálisnak mondható.

300, utánvizsgálat végett kiküldött kérdőivünkre 182 betegünk válaszolt, ezek legtöbbje személyesen is jelentkezett. Közülük 151 panaszmentes volt, nagy részük jól meg is hízott, 29-nek voltak komoly panaszai, kettőnek múló sárgasága is volt, amelynek azonban nem volt kőelzáródásos jellege. A panaszok legtöbbje a májtájra vonatkozott; a betegek húzó-szúró fájdalmakról, néha görcsökről panaszkodtak. Egyiken-másikon hányinger vagy hányás is jelentkezett súlyos étvágytalansággal, fogyással. A panaszosok leginkább az astheniás typushoz tartoztak, legtöbbjüknek összenövések vagy idült gyulladás miatt távolítottuk el kőnélküli epehólyagját. Meggyőződésem, hogy e betegek műtét előtti panaszai épenúgy, mint a műtét utániak functionalisak, illetve disfunctiósak voltak, így természetesen az epehólyag eltávolítása teljes gyógyulásra nem vezethetett.

Azt hisszük, hogy az ú. n. összenövések csak igen kis részben okai a műtét utáni panaszoknak, melyeket az epeelválasztás, ürülés, gyomorműködés és pankreasnedv-ürülés beidegzési zavaraival könnyebben magyarázhatunk. Beteganyagunk a munkásság soraiból való és ezért, úgy gondoljuk, hogy az utánvizsgálat eredményei közel járnak a valósághoz, mert a táppénz utáni vágyakozás még a kisebb panaszokat is hasznosítani akarja. Ezért bátorkodom a jó eredményeket részben a kíméletes és technikailag is gondosabb „cholecystektomia idealis"-nak tulajdonítani.

Annak magyarázatául, hogy betegeinken oly feltűnő gyakran végezhettük a hasüreg drainage nélküli zárását, felemlítjük, hogy a legtöbb műtét korai műtét volt és a betegek nagy része középkorú, nem legyengült állapotban levő nem elhízott munkásasszony volt. Ezért bizonyult a mi beteganyagunk e műtéti eljárás elvégzésére jóval alkalmasabbnak a klinikai vagy a közkórházi anyagnál, melynek nagy százaléka elhanyagolt, régi fertőzött eset.

Eredményeink azt mutatják, hogy e műtét megfelelő esetekben, szabatos technikával veszélytelen, a gyógyulás idejét megrövidíti és az utószövődményeknek is inkább elejét veszi. Ezért meggyőződésem, hogy a „cholecystektomia idealis"-nak a korán műtétre kerülő esetekben mindjobban tért kell hódítania.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem gyermeklinikájának (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár) és elme- és idegkórtani klinikájának (igazgató: Schaffer Károly ny. r. tanár) közleménye.

Gyermekkori cystás agydaganatok levegőtöltése.

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

A gyermekkori agydaganatok eseteiben nemcsak a hely meghatározásának nehézségeivel kell megküzdeni, hanem a műtét javalata előtt úgyszólván majdnem mindig számolni kell a daganatnélküli egyszerű hydrokephalus lehetőségével is, mert az még a legsúlyosabb tumoros klinikai képét is utánozhatja. Eddigi tapasztalataink szerint az utóbbi kérdésre *biztosan* csak akkor válaszolhatunk, ha a daganat helye szempontjából gyanus agyterületen diagnostikus punctiót végzünk. Mivel a gyermekkori agydaganatok a felnőttekénél talán még gyakrabban szoktak cystásan elfajulni, a diagnostikus punctiók alkalmával aránylag gyakran kapunk folyadékot. Ilyenkor elsősorban két lehetőséggel kell számolnunk: arachnoidealis cystával és daganatos eredetű cystával. A kettő elkülönítése a folyadék fehérje-tartalmának meghatározásával azonnal megtörténhetik (refraktomer). Az arachnoidealis cysták fehérje-tartalma csekély, úgyszólván egyezik a rendes liquor fehérjetartalmával, ezzel szemben a tumoros cysták fehérje-tartalma nagy, eléri a 4—5—6%-ot is, azonkívül vegyi összetétele az agyállományéhoz közeláll. Az arachnoidealis cysták eseteiben sürgős tennivaló nincs, ezeket éveken át lehet ismét és ismét, most már gyógyító célból csapolni és tartalmukat leszívni. A daganatos eredetű cystákat, különösen ha az idő előrehaladtával a szem-

tünetek súlyosbodnak, mielőbb meg kell operálni. Ezekben az esetekben azonban a punctio kapcsán sem lehet olyan egyszerűen eljárni, mint az arachnoidealis cysták esetén. Az a veszély forog fenn ugyanis, hogy a cystákban a folyadék-tartalom leszívása után megcsökken a nyomás s így a tumor miatt megnövekedett koponyabeli nyomás a cystán belül vérzést indít meg, melynek vége kiszámíthatatlan. Ez az elgondolás vezetett arra, hogy a daganatos cysták folyadék-tartalmának leszívása után, a cystába annyi levegőt fújunk be, ami megfelel a leszívott folyadék mennyiségének. Ilyen módon igyekeztünk helyreállítani a dianostikus csapolás előtti koponyabeli nyomásviszonyokat s megakadályozni az esetleges vérzést. Két ilyen esetünk kórrajza:

1. eset. 3½ *éves fiú* felvételekor szülei elmondják, hogy gyermekük négy hónapja fokozatosan mind többet hány, két hónapja feje fáj és szédül, egy hónapja járása elromlott. *Statusából* csak az idegrendszer vizsgálatának positiv adatait emeljük ki. Mindkét szemen 2 dioptriás pangásos papilla. A bal alsó és bal felső végtag tónusa csökkent. Babinski mindkét oldalt positiv. Bárány-féle vizsgálatban félre-mutatás bal kézzel balfelé. Romberg positiv. Járása ataxiás, balra dülést mutat. Ujjpróbával mindkét oldalt határozott ataxia. *Lumbalis liquorban:* Pándy positiv, összesfehérje 1.2‰, sejtszám 3, colloidalis benzoë: 1—2 csőben teljes kiesés, 3—4-ben fél kiesés, 5—8-ban teljes kiesés, 9-ben fél kiesés, 10—16-ig nincs kiesés.

Találtunk tehát a koponyaűri nyomásfokozódásra utaló *általános tüneteket* (főfájás, szédülés, hányás, pangásos papilla, kétoldali positiv Babinski) és *góctüneteket* (bal testfél hypotoniája, balra dőlés, félremutatás balra), továbbá kórosan elváltozott lumbalis liquort.

Fentiek alapján a daganat helye szempontjából elsősorban a vermis, illetőleg a bal kisagy félteke jöttek szóban, azonban az említett góctünetekről tudjuk, hogy azokat a jelen esetben a jobb homloklebeny elváltozása is kiválthatja. A localisatio további tisztázására *ventriculographiát* végeztünk. A ventriculogrammok erősen kitágult kamrarendszert mutattak, továbbá a megfelelő oldalfelvételen a bal szarvon behorpadás volt.

Mindezekből *baloldali subtentorialis folyamatra* következtettünk, mivel a negativ serologiai-, illetőleg tuberkulin reactio alapján a specifikus folyamatokat kizárhattuk s a műtét előtt ki akartuk zárni az arachnoidealis cysta lehetőségét is, a baloldali kisagy diagnostikus punctióját végeztük el. A punctio alkalmával a bal kisagy 3—4 cm mélységében cystára bukkantunk, kb. 8 ccm borostyánkőszínű folyadékot távolítottunk el, melynek fehérje-tartalma 5.92% volt. A fentebb leírt okok miatt a cystába 8 ccm levegőt fujtunk be s utána a bőrsebet ellláttuk. A nyomban elvégzett röntgenfelvételen a bal kisagy tájékának megfelelő vetületben a befujt levegőnek megfelelő felritkulást lehetett látni. A levegő kb. 5—6 óra alatt szívódott fel. A beteg rendkívül leromlott általános állapota miatt műtétre nem kerülhetett; a boncolás elhalásokra és cystosus elfajulásokra hajlamos medulloblastomát mutatott, friss vérzés a cystában nem látszott.

2. eset. *10 éves leányt* azzal hoztak a szülei, hogy 2 hónapja írása romlik, az evőeszközöket kiejti, feje fáj, járása bizonytalanná vált. A kórleírásból csak a positiv adatokat soroljuk fel: Bal oldalra nézéskor határozott nystagmus. Diadochokinesis mindkét oldalt rosszabb, mint rendesen, baloldalt valamivel még ügyetlenebb. Ujj-, orr- és térdsarokpróbakor jelentékeny ataxia. *Romberg:* positiv. Járás erősen ataxiás. Szemfenék ép. Lumbalis liquor minden szempontból ép. Enkephalogrammon a kamrarendszer nem telödött, a levegő subarachnoidealisan helyezkedett el.

A kórjelzés szempontjából vermistumor és daganatnélküli egyszerű hydrokephalus internus jöhetett szóba. A klinikai felvételkor a tünetek, továbbá a liquor viselkedése és az enkephalographia a gyanut inkább a daganatnélküli egyszerű hydrokephalus irányába terelték, azonban a beteg klinikai tartózkodása alatt az ataxia fokozódott, úgyhogy a diagnosis végleges biztosítása céljából a vermis punctiójára határoztuk el magunkat. A punctio alkalmával a vermisből kb. 10 ccm borostyánkőszínű folyadékot szívtunk ki, melynek fehérje-tartalma 6.03% volt s így a daganatos eredetű cysta diagnosisa biztos lett. A cystába a fentebb részletezett okból 10 ccm levegőt fújtunk be, melynek elhelyezkedését a beavatkozás után közvetlenül készített röntgenfelvétel mutatta. A levegő 5—6 óra alatt felszívódott. Az eset műtétre került, a feltételezett helyen megtalált daganat, sajnos, cystásan elfajult sarkomának bizonyult.

Hogy a gyermekkori cystosusan elfajult agydaganatok levegőtöltése különösebb veszéllyel nem jár, arra három gyermekkori nagyagyi esete kapcsán *Jossmann* (Monatschr. f. Psych Neurol. 68. 320—338. 1928.) mutatott rá. Mi két említett kisagyi esetünk kapcsán ugyanezt megerősíthetjük. A betegek a beavatkozást jól tűrték, sem a műtét alatt, sem utána kellemetlen következményeket nem észleltünk.

Az eljárást két szempontból tartjuk értékesnek: egyrészt a már említett módon a diagnostikus punctio utáni vérzés veszélyét, mint „tamponade" csökkenti, azonkívül a sebész számára a daganat koponyaüregbeni pontos térbel helyzetét két síkban történt röntgenfelvétel segítségével meghatározza.

Histaminkezelés okozta gyomorpanaszok.

Irta: *Friedrich László dr.*, főorvos.

Fel akarom hívni a figyelmet egy gyakorlati jelentőségű megfigyelésemre, mely a ma oly divatossá vált histaminkezelésnek egy kellemetlen mellékhatására, illetve ennek megelőzésére vonatkozik.

A histamin egy fehérjebomlási termék (*β* imidazolyläthylamin), mely az egyes anaciditások elkülönítésében már 1920 óta, de Európában főleg *Katsch* és *Kalk* vizsgálatai révén 1926 óta van használatban. Hatását úgy fejti ki, hogy a vérpálya útján közvetlenül ingerli a gyomor sósavelválasztó mir gyeit. Legtöbbször subcutan alkalmazzuk ½—1 mg-os adagban, miközben egy vékony duodenalis sondát vezetünk a gyomorba ész szakaszosan vizsgáljuk a szokott módon a gyomornedv elválasztását. Bár vannak, akik mint diagnostikus szert teljesen elvetik, használatát veszélyesnek tartják, mégis lesznek esetek, hol érdemes alkalmazni. En diagnostikai alkalmazásától bajt vagy kellemetlen melléktüneteket nem láttam. Az achylia kezelésére alkalmasnak nem találtam, mert hatása igen rövid.

A histamint subcutan alkalmazásán kivül iontophoretikus úton is igyekeztek a szervezetbe juttatni, még pedig először *Ebbeke*, majd Amerikában *Lewis* és végül a magyar *Deutsch*, aki methodikáját is kidolgozta. Ő a histamin ilyenmű alkalmazását nem kórjelző, hanem gyógyító célra használta fel s ajánlotta elsősorban myalgiák, később arthritisek, arthropathiák kezelésére is, azon megfontolás alapján, hogy a histamin értágító hatása a mélybe is kiterjedve, ott *Bier* szerinti vérbőséget, jobb szövetátáramoltatást s e réven fájdalommentességet eredményez. A histamin iontophoretikus bevitele a beteg testrészbe, a legkülönfélébb bántalmak esetén igen hatásos gyógyeljárás, mely immár az egész világon elterjedt. A kérdés iro-

dalma ma már át sem tekinthető. Természetesen mint minden új gyógyeljárással, ezzel is voltak túlzások. Hogy a histamin a gyomorsecretióra akkor is hat, ha nem subcutan vagy intracutan juttatjuk a szervezetbe, hanem iontophoretikus úton, errevonatkozólag felvilágosítást nyujtanak *Szilárd* és *Teschler* kisérletei.

Ők azt találták, hogy a histamin tényleg bejut ilymódon a szervezetbe s nemcsak az a szerepe, hogy a szervezet saját histaminját szabadítja fel. Azonkívül ami a jelen vonatkozásban lgfontosabb, hogy az iontophoresis útján bevitt histamin teljesen azonos a bőr alá adottéval, azaz fokozza a gyomornedv elválasztását, főleg a sósavképződést. Előnyéül tekintik, hogy nagyobb s így hatásosabb adagot lehet adni kellemetlen tünetek (szédülés, vértolulás, zsibbadás, collapsus) nélkül. Viszont az irodalomban sehol nem találtam adatot arra, mi történik akkor, ha a gyomorbajban szenvedőknek (tehát ulcus vagy gastritis azon eseteiben, melyek ab ovo már savbőséggel járnak) iontophoretikus úton histamin kerül a szervezetükbe. A kérdésre nem elmélkedéssel jutottam, hanem néhány olyan eset megfigyelése útján, melyben régi lappangó vagy tünetmentes vagy már gyógyult gastritisek lobbantak fel vagy okoztak panaszokat histaminkezelés kapcsán. Mivel a histaminiontophoresist végző kartársak nem tudták, hogy az illetők gyomorbajosak, nyugodtan elvégezték a kezelést s a betegek gyomorpanaszaikkal ismét engem kerestek fel, mint aki betegségüket már régebben is kezelte. Két rövid példával szeretném megvilágítani ezt.

1. Sz. S. 43 é. férfi. Évek óta éhségfájdalmak, alkohol intolerancia. Evésre, sodára fájdalmak szünnek. Gyomoregések, Fekvesre jobban van. Bőrog, obstipál. Vizsgálatokor: nyomási pont az epigastriumban, Próbareggeli: szabad sósav: 54. Összeaciditás: 68. Okkult vér a szekben: neg. Cholesystographia: ép epenóiyag. Röntgen: az antrum jobbra magasra nuzott és részben fedi a bulbust. Ép conturok; vastagabb nyálkahártya rajzolat az antrumban, ép conturok, ép bulbus duodeni. — Korjelzés: Gastritis acida: pericholecytitises adhaesiók, Megfelelő kezelésre teljes panaszmentesség. — Kozben egyszer baja kiújult. 1933. I. 30. ismet felkeres teljesen hasonló panaszokkal. Előadja, hogy néhány nappal az előtt nagy hátfájdalmai voltak s amiatt histamin iontophresist kapott. Gyomor panaszai, amelyek egy teljes évig szüneteltek, pontosan ezután kiújúltak: éhségfájdalmak támadtak, égés s a szokott fájdalmak. A histamin kezelés megszüntével panaszai enyhülnek, de jól csak akkor lesz, ha étrendjét megszorítva újra kezelésbe veszem.

2. H, G, 30 éves férfi, Több éves panaszok, melyek szakaszokban ismétlődnek. Az evés után 3—4 órára jönnek. Egyszer patkóbelfekelye volt, fekélykúrát tartott, mire néhány hónap mulva a röntgen már nem mutatott elváltozást. Panaszai megszüntek, csak hátfájdalmai nem. Vizsgálat: erösen vasomotoros beteg, pulzusa állandóan 80 felett. Okkult vér: negativ, Próbareggeli (alkoholos) szabad sósav: 54 összaciditás: 68 sok nyák. Röntgen: kasad gyomor, ép konturok, vastagabb ráncok az antrum és corpusban, ép bulbus duodemi 31 h. p. c.: üres. Orvoslásra teljes javulás. Azóta időnként hasonló panaszok, néha hasmenésekkel vegyesen. — 1935. októberben igen heves derékfájása támadt, úgyhogy alig tudott megmozdúlni az ágyban, emiatt histamin iontophresist kap, erre már aznap igen heves gyomorégés, éhségérzés om, hasmenés jelentkezik s tart mindaddig, míg a histamint kapja, Ennek elhagyása után a panaszok megszünnek és szigorú étrendre, gyógyszerelésre teljes panaszmentesség áll elö.

Mind a két esetet és a többi észlelt esetemet jellemzi, hogy az illetőknek évek óta ulcusra gyanus panaszaik voltak, a vizsgálat azonban csak chronikus gastritist tudott megállapítani, nagyfokú savbőséggel. A betegek izomilletőleg izületi fájdalmaik miatt histaminiontophhoresist kaptak, mire azok a panaszaik, amik miatt alklmazták, meg is szüntek, de viszont régi lappangó gyomorpanaszaik igen hevesen kiújultak, éhségfájdalom, égés jelentkezett, u. i. a histaminiontophoresis kiváltja a gyomorsav elválasztást, új fájdalmas recidivákat okoz. Elképzelhető, hogy röntgennel igazolt fekélyek esetén, histaminkezelés kapcsán méginkább kiújulhatnak a panaszok, sőt még nagyobb kellemetlenség, pl. vérzés is támadhat.

Megfigyelésemből az a tanulság vonható le, hogy oly egyéneken, k nek huzamosabb idő óta gyomorpanaszuk van: elsősorban, ha gastritis acida vagy chronica vagy fekély vagy ennek gyanuja állapíttatott meg, ne végezzünk semmiféle histaminkezelést, mert különben könnyen kitesszük a beteget annak, hogy régi gyomorbaja kiujul és latensből vagy gyógyultból újból activvá válik.

Összefoglalás: Histaminiontophoresis hatására idült gyomorbajok, elsősorban a savbővés gyomorhurutok, kiújulnak. A panaszokat a histaminiontophoresis gyomornedvserkentő tulajdonságára lehet visszavezetni. Ezért ha a kórelőzményből az derülne ki, hogy valakinek chronikus gastritise, ulcusa vagy ulcusgyanus panaszai vannak, úgy inkább el kell állni a histaminkezeléstől s ahelyett más eljárással kell kezelni.

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

Mikroeljárás a vér zsirtartalmának meghatározására.

Irta: *Pollák Lili dr.*

Ismert tény, hogy a zsírokat krómsav oxydálja, s a redukált krómsav mennyisége arányos a zsír mennyiségével. A krómsav a következő egyenlet szerint oxydál:

$$K_2Cr_2O_7 + 4\ H_2SO_4 = K_2SO_4 + Cr_2(SO_4)_3 + 4\ H_2O + 3\ O$$

Tehát 1 mgr. palmitinsav oxydatiója a következőképen megy végbe:

$$C_{16}H_{32}O_2 + 23\ O_2 = 16\ CO_2 + 16\ H_2O$$

A reductiós coefficiens értéke, vagyis az a n/10 krómsavoldat mennyiség, melyet 1 mgr. zsír redukál: 2.45 ccm.

A meghatározás tehát úgy történik, hogy a zsírt krómsavoldat feleslegében oxydáljuk, s az oxydatio befejezése után a visszamaradt krómsavat határozzuk meg jodometrikus úton.

A zsírnak krómsavval való oxydatióján alapul a Bang-féle[1]) zsírmeghatározás, valamint az alábbiakban közölt methodus is, mely tulajdonképen a Bang-féle eljárás módosítása és állandó laboratoriumi használatra alkalmasabbá tétele. A Bang-féle eljárást nehézkessé teszi a szűrőpapírral felszívott vér használata. Az extractio folyamán ugyanis részecskék válhatnak le a szűrőpapírból, ami az oxydatiónál hibát okoz. Ugyancsak hibaforrás lehet a vizes $K_2Cr_2O_7$ és a kénsavas $Ag_2Cr_2O_7$ elegyítésekor fejlődő hő is. *Rappaport* és *Engelberg*[2]) is módosította már a Bang-féle eljárást; 0.2 ccm vérből indultak ki, s annak egy részét oxydálták Cu $(SO_4)_2$ katalysator jelenlétében.

Én 0.1 ccm vérből indultam ki és katalysator nélkül, kénsavas $K_2Cr_2O_7$-tal végeztem az oxydatiót. Párhuzamos meghatározások, melyeket a Bang-féle Ag-bichromat-tal és katalysator nélküli krómsavval végeztem, igazolják, hogy a reactio 124 C°-on 20—25 perc alatt katalysator nélkül is tökeletesen végbemegy. Elszappanosításhoz a *Bang* által használt Na-aethylat helyett 20%-os alkoholos NaOH-ból használtam 0.3 ccm-t.

---

[1]) Biochem. Zeitschr. 91/1918/224.

[2]) Klin. Woch. 1932. II. 2080.

Használandó reagensek:

1. Alkohol-aether keverék, melyet három rész abs. alkoholból és egy rész aether pro narc.-ból készítünk.
2. 20%-os NaOH.
3. 70%-os H_2SO_4
4. Petrolaether, melyet kétszer destillálunk, másodszor cc. H_2SO_4-ról, s csak a 60 C°-ig átmenő fractiót használjuk.
5. n/10 $K_2Cr_2O_7$ melyet úgy készítünk, hogy 4.9038 gr. $K_2Cr_2O_7$-t 100 ccm vízben oldunk és cc. H_2SO_4-val 1000 ccm-re töltünk fel.
6. n/50 $Na_2S_2O_3$
7. 10%-os KJ oldat és 1%-os keményítő oldat.

Az eljárás menete:

0.1 ccm vért ujjhegyből veszünk Hagedorn-pipettával s egy 20—25 ccm beköszörült dugós lombikba folyatjuk, mely 5 ccm alkohol-aether keveréket tartalmaz. A lombikot ezután forró vízfürdőn óvatosan melegítjük, majd kivéve erősen rázogatjuk. A melegítést és a rázogatást 5—6 percen keresztül végezzük, majd ülepedni hagyjuk. A folyadék tisztáját egy alkoholban kifőzött quant. szűrőpapiron át egy kb. 20 ccm-es beköszörült dugós kémcsőalkohol-aether keverékkel, s ezt is a kémcsőbe szűrjük. A folyadék tisztáját egy alkoholban kifőzött dugós kémcsőbe szürjük. A lombikban visszamaradt vért még kétszer kirázzuk a fentiekhez hasonló módon, összesen 5 ccm alkohol-aether keverékkel, s ezt is kémcsőbe szűrjük. A szüredékhez 0.3 ccm NaOH-t adva vízfürdőn bepároljuk mindaddig, míg egy olajos, szappanszagú folyadék marad vissza, melyhez 0.2 ccm H_2SO_4-t adva újból vízfürdőbe helyezzük pár percre. A zsírsavak leválása után a kémcsőbe 2—3 csepp $CHCl_3$-t és 5 ccm petrolaethert adunk, a dugóval elzárva erősen felrázzuk, s ülepedni hagyjuk. Ennek megtörténte után a tiszta petrolaetheres oldatot óvatosan egy kb. 200 ccm-es beköszörült dugós Erlenmayer lombikba öntjük át, majd a kirázást még kétszer elvégezzük, összesen 5 ccm petrolaetherrel. A petrolaethert elektromos vízfürdőn pároljuk el, majd erős levegőáramot fuvatunk a lombikba ügyelve arra, hogy a petrolaether utolsó nyomai is eltávozzanak. (A petrolaetherben jelenlévő szennyezések erősen redukálják a krómsavat.) Ha a lombik tartalma teljesen lehült, 5 ccm-t adunk hozzá a krómsav oldatból, a dugóval befedjük (nem szabad a dugót beszorítani) és egy pontosan beállított 124 C°-os thermostatba helyezzük 20—25 percre. Közben 5—6 perc mulva kivesszük a thermostatból és felrázzuk a lombik tartalmát. Az oxydatio befejezése után 40 C°-ra hagyjuk lehülni, majd 50—60 ccm dest. vizet adva hozzá, szobahőmérsékletre hűtjük és KJ jelenlétében n/50 $Na_2S_2O_3$-tal titráljuk. Naponta legalább egy controllkisérletet végzünk, ugyanazon oldatokkal, a zsírt tartalmazó anyag nélkül.

Számítás:

A controllkisérlethez elfogyott n/50 $Na_2S_2O_3$ ccm-ek számából levonjuk a kisérlethez elfogyott n/50 $Na_2S_2O_3$ ccm-ek számát, ezt az értéket 5-tel, majd 2.45-tel elosztjuk.

Például: tegyük fel, hogy a controllkisérlethez 22.44, a meghatározáshoz 11.84 ccm n/50 $Na_2S_2O_3$ fogyott.

22.44
11.84

10.60:5 = 2.12:2.45 = 0.865 mgr. zsír 0.1 ccm vérben, vagyis 865 mgr %.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Kisérletek tobozmirigykivonatokkal, különös tekintettel a sexualis túlingerlékenységre. *R. Hofstätter.* (Wiener Klin. Wschr. 1936. 5. sz.)

Szerző már 1917-ben kimutatta, hogy tobozmirigykivonatokkal a sexualis ösztön túlingerlékenységét csökkenteni lehet. Valószínünek tartja, hogy rövidesen sikerülni fog az infantilismus egy szigorúan elhatárolt kórképét meghatározni, amelynek oka a tobozmirigy fokozott tevékenységében rejlik. Szerző 151 kezelt esetéről számol be: az esetek legnagyobb részét Epiphysannal kezelte. A kezelt eseteket 5 csoportba osztja: 1. fiatal lányok. 2. érett nök. 3. klimakterium után előálló, 4. müvi castrálás után előálló, 5. uterusexstirpatio után előálló sexualis túlingerlékenység. A 151 kezelt eset közül teljesen gyógyult 99 eset, átmenetileg, vagy részben gyógyult 22 eset. Részletesebb adatokat az egyes eseteket illetőleg egy későbbi cikkében fog közölni. Szerző hangsúlyozza még, hogy a vizsgálatokat hypersexualis állapotok esetén kiterjedtebben kellene felvenni, különös tekintettel a tobozmirigy ilyenirányú gátló hatására.

Örökléstani vizsgálatok jelentősége a gyomorfekély kórokának kutatásában. *Witteler.* (Münch. Med. Wschr. 1935. 50. sz. 1981. o.)

Bergmann által felállított kérdésre: miért támad gyomorfekély és miért lesz chronikussá, a legkülönbözőbb elméletek se tudtak kielégítő választ adni. Az alkattani vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyomorfekély nem csupán a gyomor nyálkahártyájának helyi elváltozása, hanem gyakran bizonyos jellemző alkattal jár, mely megnyilvánul az egyén habitusában, vegyi és functiós sajátságaiban. Az alkat veleszületett sajátságait és a külső körülmények befolyását bizonyos betegségek jelentkezésére a családkutatás és ikervizsgálatok segítségével lehet elválasztani. Számos családkutatási vizsgálat azt mutatta, hogy nem a gyomorfekély maga, hanem a gyomor általános alkati hibája öröklődik, mert hailamos családokban különböző gyomorbetegségek együtt fordulnak elő. Ikreken többen közöltek egyidöben jelentkező és feltünően egyformán lefolyó gyomorfekély-eseteket, de rendszeres ikervizsgálatok ily szempontból még nem történtek. A szerző felhívja a klinikusok és ikerkutatók figyelmét ikreken végzendő rendszeres gyomorvizsgálatokra és ikreken előforduló nem megegyező gyomorfekély-esetek közlésére, hogy így a külső körülmények befolyását a gyomorfekély kórtanában megállapítani lehetővé váljék.

Augustin Vince dr.

A konyhasó-szükséglet okairól. *Glatzel.* (Klin. Wschr. 1935. 49. sz.)

Az újabb irodalomban minduntalan találhatók olyan vélemények, amelyek szerint a konyhasófogyasztás az emberre nézve veszedelmes, az egészségnek, constitutiójának árt, vagy akár a faj elkorcsosodásához vezet. Hogy azonban ez a nézet túlzás, bizonyítja már magában az is, hogy a konyhasófogyasztás biztosan évszázadokra nyúlik vissza. Egyéb bizonyítékok közül a szerző ehelyütt csak egyet kiván kiemelni: kisérleteiben sikerült kimutatnia, hogy a nyál diastatikus hatása fokozódik, ha a nyál hatásának kitett keményítő oldathoz konyhasót is teszünk. Érdekes, hogy a hatás optimuma azon konyhasóconcentratiónál van, amelyet ízlés útján kellően sózottnak tartunk. Azon concentratiókban viszont, melyeket az egészséges ember sótlannak, vagy elsőzottnak ítél meg, a diastatikus hatás is lényegesen kisebb. Kétségtelennek látszik tehát ezen kisérletekből is, hogy a táplálék sózása nem célszerütlen és fölösleges dolog.

Gömöri dr.

Sebészet.

Az emberi vér narkosis alatti aetherconcentratiójáról s ennek jelentőségéről a vér alkoholtartalmának meghatározásával kapcsolatban. *Josef Koller.* München. (Bruns. Beitr. 1935. 162. 2.)

Szerző beszámol arról a tényről, hogy újabban a vér alkoholtartalmának megállapítása törvényszéki orvostani és kriminologiai szempontból mennyire előtérbe jutott. Röviden leírja a *Widmark* által ajánlott eljárást, mely a vérből destillatio útján vonja ki az alkoholt s rámutat arra a körülményre, hogy szigorú alkoholmentesség mellett is 0.02—0.3 ‰ eltérést okozó redukáló és destillálható anyagok normalis körülmények között is jelen vannak a vérben, e factor jelenlétével tehát feltétlenül számolni kell az eredmények értékelésével. Számolni kell méginkább azokkal a destillálható anyagokkal, amelyek az alkoholhoz hasolóan viselkedve, a

kapott értékek realitását meglehetősen befolyásolni képesek. Ilyen szerepe elsősorban a műtétek kapcsán altatáskor használt aethernek van.

E kérdés tisztázandó, szerző 51 aetherrel altatott betegen kisérletet végzett annak a kiderítésére, vajjon meddig emelkedik és hogyan változik az aetherconcentratio a narkosis folyamán. Ezért 3—3 vérpróbát vett.

I. A tolerantia stadiumának kezdetén: egybeesik az op. kezdetével. II. narkosis végén, III. ébredéskor.

Figyelembe véve a nem, kor, testsúly és constitutio oly fontos factorait, vizsgálata a következő átlagértékekhez vezetett:

I. szakban aetherconcentratio 0.5 ezrelék.

II. szakaszban az asphyxia veszélye nélkül elérhető legmagasabb aetherküszöb 1.52 ezrelék.

III. szakban szemben az első szak 0.5 ezrelékével 0.69 ezrelék. Számszerű adatait görbékkel szemlélteti.

Befejezésül megállapítja, hogy vizsgálatai kapcsán szabályszerűen lezajlott narkosis aethergörbéje meg van állapítva, ennek ismerete alapján könnyen eldönthető, hogy a beteg a rosszul vezetett narkosis következtében avagy csak a narkosis tartama alatt, bár más okból halt meg.

Puskás Jenő dr.

Meg nem alvadó vér transfusiója. *Andreas Christ*, Basel. (Bruns Beitr. 1935. 162. 2.)

A szerző a baseli sebészeti klinikán a legutóbbi időben történt 700 transfusióról közöl ismertetést. Az indicatiós területek meglehetősen kibővültek, nem csupán a vérveszteségek pótlására, hanem különböző toxicosisok kapcsán történő méregtelenítésre, idült folyamatokban, kahexiában, sőt újabban különböző psychosis esetén alkalmazták jó eredménnyel a vérátömlesztést. Szerző beszámol a ritkán jelenlévő ellenjavalatokról is, különös tekintettel a keringési zavarokra: thrombosisok, súlyos arteriosklerosis, anuria, uraemia s nagyfokú hypertonia.

Sokéves tapasztalat alapján a klinika által minden esetben alkalmazott citrat-methodust ajánlja s megjegyzi, hogy 700 közül 646 esetben fölösleges volt a venák kikészítése s a transfusio a klinika által használt készülékkel s görbe canullel egyszerű punctio által keresztülvihető.

A különböző infusiókkal, mesterséges konyhasóoldatokkal szemben (Totofusin, Normosal) a vérátömlesztésnek megvan a maga életbevágóan fontos alkalmazási területe, amikor az előbb említett eljárások a vérátömlesztés életmentő hatását nem pótolják.

Puskás Jenő dr.

Szülészet.

Granulosasejt-daganat, hólyagrák és méhmyoma esete 57 éves asszonyban. *G. Opitz.* (Zbl. f. Gyn, 1935, 36,)

57 éves asszonyon 6 évi climakterium után jelentkező rendellenes vérzések miatt méhmyoma diagnosissal laparotomiát végeztek. A műtétkor egy nagyobb cervicalis és egy kisebb subserosus myomagóc mellett a méh ürében még submucosus myoma gócot és nyálkahártyapolypust találtak, továbbá a hólyagfalból kiinduló kisalmányi, kocsányos, rákos tumort, mely szövettanilag adenomatosus ráknak bizonyult. A bal petefészekben kicsiny, vérrel átivódott tumor foglalt helyet, mely granulosasejtekből indult ki. A mütét a méh és függelékeinek eltávolításából és a hólyagtumor kimetszéséből állott.

Hufnagl Kálmán dr.

Tapasztalatok a Chediak-féle szárazvér luesreactióval a szülészetben. (Zbl. f. Gyn. 1935. 41.)

A reactiónak egyéb vizsgálóeljárásokkal szemben nagy előnye gyorsasága, egyszerüsége és olcsósága. Különösen azon esetekben alkalmas, mikor a vérnek gyors meghatározása szükséges, pl. transfusió esetén. Gyorsaságánál fogva alkalmas az ambulantiákon használatra is, csecsemők vérvizsgálatára pedig azért, mert a reactióhoz egy csepp vér is elég. Methodika: 1 csepp vért tárgylemezen fél percig kever. Ezt 3.5%-os konyhasóoldatban oldja, majd Meinicke II. oldatával hozza össze. Az igy nyert készitményt nedves kamrában rázza, majd félóráig állni hagyja. Posit'v esetben a vörösesbarna oldatban szabálytalan rögöket és flocculusokat találunk. Csak 4 olyan esetről számol be közel ezer közül, amikor ezen reactio bizonytalan vagy positiv volt, mig a többi reactio negativ eredményt adott.

Bäder Andor dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekparalysisről. Prof. *W. Keller.* (D. Med, Wschr, 1935. 47. sz.)

Szerző általánosságban ismerteti a gyermekparalysiskérdést. Hangsúlyozza a betegség igen alacsony contagiositási indexét, amennyiben 500 fertőzésnek kitett ember közül csak egy betegszik meg typikus tünetek közt. A betegség terjedésében legnagyobb szerepe az egészséges bacillusgazdának van, igy *Collier* járványos területeken az emberek 30%-át találta bacillusgazdának, a virust tehát gyakorlatilag ubiquitaernek lehet felfogni. Rámutat azután a korai diagnosis közismert nehézségeire.

A kezelést illetőleg a már bénulásos stadiumban lévő betegen a reconvalescens savó hatását problematikusnak tartja.

Fontos az absolut ágynyugalom, a hyperaesthesiás stadium lezajlása után elkezdett massage, a villanyozás, tetrophan. Röntgenbesugárzásról nincsenek tapasztalatai.

Prophylactikusan fontosak a dispositiót befolyásolható momentumok, igy a meghülés, a fázás, túlerőltetés elkerülése, valamint, ha rendszeresen keresztülvihető, szülő-vér adagolása.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Exogen és endogen tényezők szerepe a tuberculosis keletkezésében és lefolyásában. *Lange.* (D. med. Wschr. 1935,

Szerző összefoglalóan ismerteti azon külső és belső tényezőket, amelyek összmüködésétől függ a tuberculosis lefolyása. Az infectio mellett, amely mint conditio sine qua non szerepel a megbetegedés létrejöttében, a természetes resistentia az, ami lényegesen determinálja annak lefolyását. Az egyéni resistentia és annak időnkénti változása oka a betegség rendkivül változatos lefolyásának. Az infectio massivitásának, a kórokozó virulentiájának és a superinfectiónak — szerző véleménye szerint — koránt sincs olyan nagy jelentősége, mint amelyet ma még annak tulajdonitani szoktak. A specifikus immunitas a betegség lefolyásának tempóját bizonyos mértékig korlátozza ugyan, azonban döntő szerepet ennek a beteg egyén sorsát illetőleg nem igen lehet tulajdonítani. A természetes resistentiának örökölt constitutionalis alapja van, ezt azonban jelentékenyen módosithatják a külső körülmények. A constitutiónak a test külsejében megnyilvánuló jelei nincsenek, ezért az eugenikus rendszabályok a tuberculotikusokkal és utódaikkal szemben nem alkalmazhatók kellő eredménnyel. A tuberculosis elleni küzdelemben a súlypontnak a prophylaxisban kell lenni.

Móritz Dénes dr.

Urologia.

A beteg veseparenchyma nyirokereiről. *G. Jasienski.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 391.)

Kutyakisérletekben különböző vesemegbetegedéseket utánozó kóros állapotot idézett elő és ezeken tanulmányozta a nyirokerek viselkedését. Intravenás pilocarpin és hypertoniás serum injectiókkal fokozta a vese nyirokkeringését. Gelatina és gummiarabicum adagolásával az ellenkező hatást iparkodott elérni. Periarterialis sympathektomia activ vérbőséget, a vesevena partialis és teljes lekötésével passiv vérbőséget óhajtott előidézni. Véreztetéssel csökkentette a állat vérnyomását. Az ureterek lekötésével akadályokat teremtett a vizelet szabad lefolyásának útjában. Kisérleteit 20 kutyán végezte úgy, hogy a nyirokereket berlini kékkel injiciálta egy régebbi közleményben leirt módszer szerint. Kisérleteinek legnagyobb része eredménytelenül végződött, mert nemcsak a nyirokerek, hanem a venák és arteriák is megteltek a contrastanyaggal. Abban a néhány esetben, mely elfogadhatónak volt mondható, általában a nyirokrések tágulását tudta a legkülönbözőbb állapotok esetén látni.

Bodon György dr.

A bilharziás hólyag alakjáról. *A. Diamantis.* (Journ. d'Urol. 1935. 40. 408.)

22 hólyagrákos esetéből 16 volt egyptomi és 6 európai, kik már régebben éltek Egyptomban. A 16 esetből 11 bilharziosis eset volt, a megmaradó 5 közül 4 rák esetében a bilharzia biztosan ki volt zárható, 1 esetben az aetiologia bizonytalan. A bilharziosis egyptomi elterjedtségével nem áll arányban a hólyagrák aránylagos ritkasága. 1600 bilharzia esetre csak 1 hólyagrák esik. A parasita jelenléte nem elegendő a rák létrehozására. A rák csak olyan esetekben jön létre, melyekben bilharziás elmeszesedések találhatók. A meszes hólyagnak újabb bilharzia infectiója teremti meg tulajdonképen a rákot keltő tényezőt.

Bodon György dr.

A vese pótló lipomotosisa. *E. W. Exley* és *F. J. Devereux,* (The Journal of Urology 34. 4.)

Esetet közöl, amelyben a sorvadó parenchyma helyébe zsírszövet lépett, amely azonban a veselipomától élesen elkülönítendő, mert létrejöttében már megelőzőleg jelentkezett állománypusztulás. Az irodalomban közölt esetek nagyszázalékban társulnak veseköhöz. Az elváltozás nem jár külön klinikai tünetekkel.

Remete Tibor dr.

Cystitis follicularis. *Frank Hinman* és *Justin Cordonnier* (The Journal of Urology 34. 4.)

Részletesen foglalkozik ezen baj klinikai és kórszövettani megjelenési formájával, különös tekintettel a cystitis cystica és cystitis glandularis differentialdiagnosisára. A tisztázatlan aetiologiában feltünő, hogy gyakori hosszas coli-fertőzés után és főleg nőkön. Therapiaként ajánlja először a hólyag fertőzöttségének a megszüntetését, s ha nem túl sok a folliculus, azoknak elektrocoagulatióját.

Remete Tibor dr.

Bőrgyógyászat.

Bőrnekrosissal és sympathiás agranulocytosissal társult súlyos athrombopeniás purpura gyógyult esete. *Schmidt* Budapest. (Kl. Wschr. 1935. 35. sz.)

Szerző az irodalomban hasonló esetet nem talált. A 34 éves asszonyon két hétig tartó prodromal's stádium (főfájás, fáradtság, étvágytalanság) után haemorrhágias gingivitis lépett fel, melyet 8 napon keresztül naponta ismétlődő hidegrázás követett. Minden hidegrázás után kiterjedt bőrvérzések jelentkeztek, melyek 10—14 nap alatt festékesség hátrahagyásával gyógyultak. A betegség második hetében pár hétig tartó izületi fájdalmak — ezek után hasi fájdalmak léptek fel, pépes-fekete széklet kiséretében. A betegség további lefolyása alatt rohamokban jelentkező mélyreterjedő bőrvérzések keletkeztek, gyulladásos infiltratióval körülvéve. A vérzéseket minden esetben hidegrázás, láz, erős égő fájdalom előzte meg. A mélyreterjedő vérzések helyén, a testfelületet egyes részein nekrosisok jelentkeztek, melyek demarkálódás után kifekélyesedtek és heggel gyógyultak. Szerző közli a részletes kórtörténetet, a teljes vérképet és therápiát. A bőrvérzéseknek rendkívüli megjelenési formáján kívül jellegzetes volt az átmeneti agranulocytosis. Bár a betegség általános lefolyását leukopenia kísérte, a granulocytáknak erős csökkenése csak a 8-ik héten következett be. Schutz mint ismeretes, granulocytáknak nagyfokú megkevesbedését, gyakran teljes eltünését, bizonyos esetekben mint önálló kórképet írta le (angina agranulcytotica). Azóta azonban más körülmények közt lezajló és más formában jelentkező agranulocytosisos eseteket is észleltek, nemcsak gangraenás tonsillitissel kapcsolatban, hanem leggyakrabban, nekrotikus gyulladásokkal és súlyos septikus állapotokkal társulva. Szerző esete tehát egy sepsisre emlékeztető agranulocytosissal és atrombopeniás purpurával szövődött, kiterjedt gyulladásos udvarral körülvett, plurifokalis bőrvérzéseket, bőrnekrosisokat mutató, valószínüleg fertőzéses eredetü megbetegedés, melynek oka ismeretlen. A gyógyulás elsősorban kétségtelenül a vértransfusió javára irandó, de ninos kizárva, hogy a gyors gyógyulásban az intravénásan alkalmazott C. vitaminnak (Cevita, Chinoin) is jelentős szerepe van, miért is szerző e szert vasculáris eredetü haemorrhagiás diathesiseknél is meg fogja próbálni.

Fülöp Gyula dr.

A calciumtherapiával végzett experimentalis vizsgálatok allergiás állapotokban. *P. Kallós* és *L. Kallós-Deffner.* Upsala. (Kl. Wschr. 1935, 35. sz.)

Lóvérsavóval sensibilizált tengerimalac uterusára a calcium jelenlétében az antitest tartalmú uterusszarvak anaphylaxiás contractiója specifikus antigen hozzáadására kimarad. A kontractio kimaradása a sima izomzat befolyásolásának következménye. Az antigen-antitest reactio, melyet mindig az uterus anaphylaxiás contractiója kisér calcium Sandoz jelenlétében zavartalanul következik be. Antigennek és calciumnak egyidejü behatására az uterust fajlagosan lehet sensibilisálni anélkül, hogy anaphylaxiás contractio lépne fel. Isolált uterusnak anaphylaxiás contratióját calcium hozzáadásával egy csapásra oldani lehet. Szerzők vizsgálatainak eredményei azt mutatják, hogy allergiás állapotokban a calciumtherapia jól megalapozott.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Gynaekologie. Prof. *W. Stoeckel.* (Mit 465 Abbildungen u. 66 farbigen Tafeln. V. neubearbeitet Auflage, S. Hirzel, Leipzig, 1935. Ára 33 P.)

Semmisem bizonyitja e tankönyv értékét jobban, mint hogy 1934. évi IV. kiadása után egy esztendővel az V. kiadásra került sor. Dacára a két kiadás között eltelt rövid időnek, aránylag sokat változtatott a könyv anyagán a szerző. Különösen a legújabb időkben tudományos viták kapcsán kialakult kérdésekben találunk újat ebben a kiadásban. Igy a havivérzés, a méhrák, a physikai gyógymódok, a fogamzás, a meddőség és a meddővétel, valamint a női hygiéne fejezetei modernizálódtak.

Miként *Stoeckel* minden munkája, ez is a tökéletes szakember és a mintaszerü tanár bélyegét hordja magán. Éppen ezért, didaktikus értéke teszi e tankönyvet orvostanhallgatónak, orvosnak és szakorvosnak egyaránt elsőrangú értékü segitőtársául a nőorvoslás kérdésében.

Különös becsét az adta *Stoeckel* nőgyógyászati tankönyvének, hogy amellett, hogy a tudomány mai állásának általánosan elfogadott tételeit ismerteti, saját egyéniségének és iskolájának sajátszerü jellegét is mindenütt magán viseli.

A tankönyv régebbi kiadásaiban szereplő sematikus ábrák és tökéletes illustratiók, színes táblák ebben a kiadásban még néhánnyal gazdagodtak. *Frigyesi prof.*

Jaj de fáj a fogam. *Madarász Erzsébet dr.* meséi. Kiadja a Szt. István-társulat. Ára 3.60 P.

Szerzőnek az a szerencsés és igazi meleg női szivből fakadó ötlete támadt, hogy képes meséskönyvben tanitsa ki az apró gyermekeket a fogápolás elemeire és egyéb hasznos egészségügyi tudnivalókra. A sok egészséges humorral és közvetlenséggel irt bájos kis mesék, melyeket Regdon Irén valóban nagyon szép színes illustratiói díszítenek, szerzőjük élénk mesélő-képzeletéről tesznek tanúságot és előreláthatólag kitünő nevelési segédeszközöknek fognak bizonyulni.

A külső formájában is tetszetős könyvecskét melegen ajánlhatjuk a szülők, valamint óvodák és elemi iskolák tanitóinak figyelmébe. *Milkó prof*

Précis de chimie biologique médicale. *Paul Cristol.* (Massom & Cie éditeurs Paris, 1935. 640 old. Ára 70 frank.)

Amint a könyv címe is mutatja, e munkát tanykönyvnek szánta irója. E mü a „Collection de Précis Médicaux" Masson kiadású könyvsorozatnak egyik kötete. Ha azonban átolvassuk e munkát, rájövünk, hogy ez a könyv ennél valamivel több. Nem is hasonlit tárgyalásmódja a hasonló, az élettant és életvegytant tárgyaló tankönyvekhez. Különlegesebb részletekkel, módszer-ismertetésekkel nem foglalkozik e mü. Jellegét a mesterien megirt magyarázó és összefoglaló részek adják meg. A folyó kutatásokat az actualis problemákat és azok irányelveit ismerteti a szerző munkájában anélkül, hogy apró részletekkel a tárgykör vezérfonalát egy pillanatig is szem elől vesztenők. Négy nagy részre oszlik e kötet. E részek közül kimagaslóan jó és világos a szénhydratokról és azok szerepéről szóló második és a fehérjék és azok szerepe tárgyalásának szentelt negyedik rész. A második részben különösebben a VI., a cukrok fermentatiójáról, a IX., a „systéme-hémo-régulateur"-ről, a XI. a cukor felhasználódásának pathologiájáról és a XII. az aciditas és alkalicitas-ról szóló fejezet az, amely különösebb figyelemre méltó. Mindazoknak ajánlhatjuk e könyvet, akik az élettan és életvegytan actualis kérdéseiről és azok értékeléséről maguknak világos képet akarnak alkotni.

Blazsó Sándor dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 22-i ülése.

Bemutatás:

Rácz B.: *Gátorüregi légdaganattal és baloldali légmellel szövődött fedett légcső-repedés.* Fedett légcsősérülésre a nyak és mellkasbemenetet ért közvetlen, vagy közvetett külerőszaki behatások esetén kell gondolnunk. A subjectiv és objectiv tünetek igen praegnánsak: fájdalom, köhögési inger, véres köpet, légzési nehézség (respiratio szapora, az arc cyanotikus), bőralatti emphysema, esetleg crepitatio. Gyógykezelés lehet várakozó, súlyos dyspnoe esetén azonnali légcső feletti rés, tracheotomia.

sz. Liebermann T.: Felhivja a figyelmet arra, hogy: 1. ahogy az előadó is megmondta, helytelen volt a tracheotomiát halasztani. Azonnal el kellett volna végezni. 2. A felső

légutak bármily szükülete esetén mühiba morphin vagy morphinszármazék adagolása, mert életveszélyes. A bőralatti emphysema ellen alkalmazott szúrcsap-tük ötlete kitünő.

Előadás:

Hainiss E.: *A pylorus passage-zavar műtéti indicatiójáról.* (Egész terjedelmében ezen számunkban közöljük.)

Kubányi E.: A pylorusspasmus műtéti indicatiójának *Hainiss* prof. által történt directiváit hálásan kell venni, annál is inkább, mert a külföldi irodalomban eléggé divergáló véleményeket is lehet találni. A Madarász-utcai csecsemő- és gyermek-osztályon az elmult két esztendő alatt az összes betegfelvétel 5635-öt tett ki. Ebből két pylorusspasmus került műtétre. Demonstrálja mindkét operált esetének súlygörbéit és az operáltak fényképeit; per-primam gyógyulásról számol be. A műtéti technikára vonatkozólag az eredeti Weber—Ramstedt-műtétet ajánlja. Eddigi műtéteinek száma 7, mind gyógyult.

Koós A.: A pylorus stenosis műtéti módja lehetőleg egyszerű és gyors legyen, e célból a legegyszerűbb és leggyorsabb műtéti módot kell választanunk. 20 év alatt 51 műtött esete közül 13% halálozás volt.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának január 14-i ülése.

Bemutatások:

Szende B.: *Peritonsillaris tályog ritka szövődménye.* 35 é. férfi betegen mandulagyulladás kapcsán a 8-ik napon hidegrázás, a jobb szemen exopthalmus és nagyfokú szemhéjoedema keletkezett, amelyhez a másik szem kidülledése csatlakozott. A bal mandula körüli szövetben a mélyben mogyorónyi tályogot nyitott meg. A beteg meningitis tünetei között 24 órával a beszállítás után meghalt. A boncolás agyalapi gennyes gyulladást, a baloldali sinus cavernosus, v. opthtalmica, s. sigmodeus, (sin. petrosus superior és tranversus thrombosisát állapította meg.

Wein Z.: *Orrüregbeli sarkoma érdekes esete.* 42 éves beteg 1935. márc.-ban jelentkezett jobboldali orrlégzészavar miatt. A jobb alsó orrkagyló nyálkahártyája meg volt nagyobbodva, amiért a kagylónak túltengett, lebenyszerüen lecsüngött, halvány és dudorzatos nyálkahártyáját eltávolította. Ezután a légzés szabaddá vált. Az eltávolított nyálkahártya szövettani vizsgálata meglepetésre kereksejtű sarkomát állapított meg. A kedvezőtlen szövettani diagnosis ellenére a beteg gyorsan meggyógyult; orrlégzészavar megszünt; a kagylóheg sima, hámmal borított. Kiújulásnak eddig nyoma nincs. Az érdekes klinikai képnek, a kórlefolyásnak és a górcsövi diagnosisnak ellentétes volta, ami azt a gondolatot kelti, hogy talán a lymhszövetnek aktívabb szaporodása ilyen sarkomaszerü górcsövi képet eredményezhet anélkül, hogy valóban sarkoma forogna fenn. Egyúttal tartózkodásra int az alsó orrkagylókon jelentkező izolált sarkomák operálásának túlzott radikalizmusa tekintetében. A beteget megfigyelés alatt tartja.

Lénárt Z.: Az eset rendkívül kedvező lefolyása kétséget támaszt arra nézve, hogy az eltávolított képlet valóban sarkoma volt-e? A sarkomák olykor nagyon hasonlítanak a gyulladásoknál keletkező granulatiós szövethez és elkülönítésük szövettanilag sem egészen biztos. Ha az elváltozás mégis sarkoma volt, akkor az eredmény azzal magyarázható, hogy a kimetszés szerencsére az ép szövetben történt.

Előadás.

Soós D.: *Helybeli érzéstelenítésben végzett Sluder-féle műtét a gyermekkorban.* A Madarász-utcai csecsemő és gyermekkórházban 5 év óta kizárólag helybeli érzéstelenítésben végezte a mandulák eltávolítását. 1500 eset kapcsán szerzett tapasztalata alapján azt mondhatja, hogy a műszerrel az exstirpatio jól végezhető. A garat felületi érzéstelenítését 1 % pantocain-tonogen oldat beecsetelésével éri el. A plica triangularis, az alsó polus táj és a mellső garatív közepére 1—1 köbcentiméter, a kissé előhúzott tonsilla mögé 2—3 köbcentiméter ½—1%-os novocain oldatot fecskendez. Ügyel arra, hogy a műszer zárása a mandulának a processus alveolarisra történt ráhúzása után, lassan történjék. Szétszórt alsó polus esetében az esetleges maradványokat azonnal Musseux fogó és olló segítségével távolítja el. Számottevő vérzése sem műtét alatt, sem műtét után nem volt. A műtét nyugodt végrehajtását a helybeli érzéstelenítés biztosítja.

Kalocsay G.: Híve a Sluder-féle műszerrel végzett tonsillektomiáknak, mert a gyógyulás zavartalan; nincs utóvérzés és műtét utáni hőemelkedés. Az utófájdalom enyhe és a torok configuratiója megtartott. Felületes chloraethyl-bódítást ajánl. Több mint tízezer gyermeken végzett műtét után tüdőgyulladás vagy tályog egyszer sem fordult elő. A gyermekeknek a helyi érzéstelenítés nagy lelki trauma, melyet elkerülni orvosi kötelességünk.

Wein Z.: Gyermeken az általános érzéstelenítés híve, amelyet chloraethyllel kezd, azután fractionált aether bódításra tér át, amelyet addig ismétel, míg a mandulák eltávolítását és a vérzés csillapítását el nem végezte. Ha a mandula nehezen mobilizálható, úgy szabályos kihámozást végez.

Gyermekpraxisában aspiratiós pneumonia nem fordult elő, aminek magyarázatát abban látja, hogy 1. ülőhelyzetben operál, 2. felületesen bódít, 3. a nyálat és vért szivógéppel eltávolítja, 4. bódulat-remissiókkal eléri, hogy a beteg kiköhög és 5. a műtét tartamára idegilenes vérzéscsillapítást végez, amennyiben az adenotomia után stryphnon tampont helyez az orrgaratüregbe, a mandulák eltávolítása után pedig a garativeket felnyaláboló átöltéseket alkalmaz.

Pollatschek E.: A Sluder-féle műtétet sokáig gyakorolta, de később nem látván előnyét a sebészeti tonsillektomia felett, abbahagyta. 8 éven alúli gyermekeken a helyi érzéstelenítés ritkán alkalmazható. A helyi érzéstelenítés esetében nem tartja megengedhetőnek a garatképletek felületi érzéstelenítését, mert a lecsurgó cocain vagy pantocain a gégebemetet is érzéstelenítí és így a vér bejutását a levegőutakba megkönnyíti. Műtét után kiköhögteti a beteget.

Kepes P.: Az amerikaiak a tonsillektomia után keletkező tüdőcomplicatióra vonatkozó statistikáját megértjük, ha tudjuk, hogy ők mély narkosisban és fekvőhelyzetben végzik a műtétet. Megerősíti előadónak azt a megállapítását, hogy a Sluder-féle műtéti eljárás után az alsó polus bennmaradhat, amely később súlyos kellemetlenségeket okozhat. Ezért, ha tonsillektomiára határozzuk magunkat, akkor ne hagyjuk bent a nyelvgyöki tonsillával összefüggő alsó polust. Bódulatban végzett műtét esetén néha nehéz meglátni a bennmaradt tonsilla részt; ez azonban nem indokolja a bódító eljárás mellőzését.

Réthi A.: Felnöttön a helybeli érzéstelenítést, gyermeken a bódítást tartja előnyösebbnek. Általában a Sluder-műtétet alkalmazzák ma gyermekeken, az egyszerü hypertrophiánál is. Ez esetben azonban, ha helyes is a Sluder használata, mert a tonsilla felső részletének gyökeres eltávolításával a recidivától mentesíti, előnyös, ha az alsó polus bennmarad, mert a gyermekeknek szüksége van a mandulára, — ha az egészséges.

Erdélyi S.: Gyermekeken, bódulatban végzi a Sluder-féle műtétet. Műtét után tüdőgyulladást vagy tályogot egyszer sem észlelt. Szükség esetén a műtét után másodszori rövid bódulatban leköti az esetleg vérző eret, vagy eltávolítja az alsó polust, ha az bennmaradt.

Lénárt Z.: A Sluder-féle műtétnek azon előnyével szemben, hogy gyorsabban hajtható végre, több nagy hátránya van. A kés a gyürübe szorított mandulát a szem ellenőrzése nélkül metszi ki, tehát az operatió legfontosabb része látatlanban megy végbe s megtörténhetik, hogy a metszési vonal tulságosan befelé vagy kifelé halad végig, további hátránya, hogy a tonsillából részek maradnak vissza, amelyeket azután utólag kell eltávolítani s így az előnynek számított, gyorsabb operálás illuzoriussá válik. A műtét értékének megítélésénél fontos még az is, hogy a heges tonsillák egyáltalában nem távolíthatók el ezzel a módszerrel. Ezzel szemben a sebészi tonsillektomia teljesen exact munkát tesz lehetővé és kellő gyakorlattal gyermekeken is gyorsan végrehajtható. Ezen okok miatt nem végzi a Sluder-féle műtétet és klinikáján sem vezette be.

Námai J.: Tonsillotomiát sem tartja elvetendőnek, ha a mandula megnagyobbodott, de másként egészséges.

Paunz M.: Sluder-féle műtét, amely tulajdonképen a mandulának enucleatiója, a Sluder-Bellenger-féle műszerrel kellő gyakorlattal könnyen és gyorsan végezhető. Kisebb gyermekeken, 4—5 éves korig, érzéstelenítés nélkül, na-

gyobbakon pedig aethylchlorid vagy aetherbódításban operál. Utóvérzése ritkán fordul elő, leginkább szervi szívbajban szenvedő gyermekek eseteiben. A műtétet nem végzi ambulanter, hogy esetleges utóvérzés kellemetlenségeit elkerülhesse.

Laub L.: A Szent István kórház gyermek-osztályának betegein nagyszámban végez tonsillektomiát. A mandulák kihámozását gyermekeken is sebészi módon végzi; általában helyi érzéstelenítésben operál és csak ritkán bódításban. Műtét utáni szövődményt nem észlelt.

A Charité Poliklinika orvosi karának január 16-i ülése.

Bemutatások:

Markó D. és Zilahy: *Röntgenbesugárzás után panaszmentessé lett carcinoma esetek.* a) gége-carcinoma. b) tüdőmetastasis mamma cc. után c) csontmetastasis mamma cc. után. E három röntgenbesugárzással igen kedvezően befolyásolt carcinoma-eset alapján a gondosan összeállított és tervszerűen végrehajtott fractionált röntgenbesugárzási programm feltétlen alkalmazása mellett foglalnak állást, nemcsak a primaer tumorok, (ha inoperabilisek, vagy ha a beteg utasítja el a műtétet) hanem a csontrendszer belső szervi metastasisok kezelésében is.

Előadás:

Kerekes Gy.: *Az antrotomia utókezeléséről különös tekintettel a gyógyulási időtartam megrövidítésére.* Antrotomiák után a szokásos nyilt utókezelés alatt bakteriologiailag vizsgálta a sebváladékot. Megállapította, hogy a 22-ik betegségi nap körül a primaer kórokozót elnyomja a staphylococcus. Ha műtétkor egy csíkot helyezünk a teljesen bevarrt sebüregbe és azt a negyedik napon az alsó sebzugon át kihúzva *a sebhez többé nem nyúlunk*, úgy a műtéttől számított 8—14-ik napon teljes gyógyulást érhetünk el, ez a szokásos utókezelési időtartamnál 2—3 héttel rövidebb idő.

Markó D.: A tamponcserék mechanikusan irritáló hatására példákat hoz fel és a gyors gyógyulást a tamponálás elhagyásában véli látni. A staphylococcus megjelenése valószínűleg csak saprophytaként fogható fel.

A Magyar Röntgentársaság jan. 27-i ülése.

Bemutatások:

Haas L. és Hajós L.: *Trochanter-tbc. hideg tályoggal.* Állítólag három hónapja fennálló fájdalmak. A röntgenfelvétel a trochanter külső szélén nagyobb, élesebb szélű csonthiányt mutat, mely felől vékony járat vezet le egy mélyebben fekvő, halványabb tasakhoz. Utóbbi kissé besürüsödött tartalmú süllyedéses hideg tályognak felel meg. A trochanter csúcsa felett egy-két apróbb sequester található. A csonthiány reactiómentes széle s a tályog besürüsödött tartalma alapján a tbc.-s csontfolyamatot régi keletünek kell mondani, mely még nem záródott le teljesen. A felvételekre igyekezzünk minél nagyobb részt rávenni a szomszédságból is. Csont-tbc. lehetősége esetén a lágyrészeket is gondosan figyelni kell tályog keresése céljából. Adott esetben klinikai adatok nélkül is határozott diagnosist adhat a röntgenvizsgálat, sőt a klinikai lefolyást is reconstruálhatjuk belőle.

Hajós L.: Per alatt álló esetről volt szó, ezért akart a beteg szándékosan félrevezetni a helytelen anamnesissel. A klinikai lelet is (pl. kicsiny sipolyheg) régi folyamat mellett tanúskodott. A röntgenelváltozások pillanatnyilag tünetet nem okoztak, latens folyamatra engednek következtetni.

Haas L.: *Trochanter-tumorok:* a) *Kicsiny sarkoma periostale.* Három hónapja fennálló ischiasos panaszokban a trochanter minorban mogyorónyi felritkulás látható, a combnyak alsó részére ráhúzódóan. A corticalis itt elvékonyodott, a periosteum felemelődött. A periosteum ezen felemelkedése sarkoma periostealera jellegzetes. Ily kis kiterjedésü stadiumban ritkán kerül röntgenfelvételre. Makacs ischiaskor röntgenfelvételt! b) *Cc-metastasis, besugárzásra gyógyult.* Ca. mammae műtéte után körülírtan a lumbalis tájon jelez a beteg heves fájdalmakat, melyek a mozgásban korlátozzák. A lumbalis tájon nincs csigolyaelváltozás. Ellenben távolabb a trochanter maiorban sikerült a tojásnyi metastasis-gócot megtalálni. Röntgenbesugárzásra tünetmentessé vált. A gyógyulás radiologice is követhető, az üreg csontállománnyal kitelődött. c) *Tumor távlocalisatióval.* Körülírt fájdalmak a sacrumra jelezve, melyek a végtagokba sugároznak ki. Az ökölnyi tumor-góc nem a sacrumon, hanem jóval mélyebben a femurban volt feltalálható a trochanter minorig felterjedően. Évtizedek óta neuropathiás, hypochonder volt a beteg s utolsó fájdalmait is eleinte nervosusnak fogták fel. Neuropathiás betegek is teljes pontossággal kivizsgálandók szervi panaszok mellett. A positiv röntgenelváltozás sokszor nem pontosan a klinikailag gyanús helyen található fel. Ezért a röntgenfilmekkel túlságosan takarékoskodni, pontos előírással, valamint a röntgendíjak túlalacsonyra szabásával a röngenológus kezét megkötni nem célszerű.

Farkas A. és Rojkó A.: *Coxitis tbc-val kapcsolatos luxatio.* 7 éves gyermek coxitis tbc-ban betegszik meg. 4 hónap mulva a látszólag megnyugodott folyamat ellenére spontan luxatiót szenved. Ugy a fejecs, mint az acetabulum csaknem teljes épsége mellett állt elő rendkívül nagy fájdalmak kíséretében a ficam. 5 napi nyujtó-kötésre teljes repositió következett be. A folyamat lefolyását röntgenfelvételekkel demonstrálja.

Farkas A.: A luxatio ily módon létrejöttével kapcsolatban számos elméleti problema vetődik fel, melyek egy részét röviden megemlíti. A lehetséges kiváltó okok közül különösen a toxikus magyarázatot emeli ki.

Holits R.: A bemutatott röntgenfelvételek közt már az elsőn is felismerhető subluxatio. Kérdezi, nem congenitalis subluxatióhoz társult-e ez esetben a kóros folyamat, melynek befolyására teljessé vált a luxatio?

Fischer E.: A bemutatott esetben a tbc.s coxitisen beállott luxatio oka: az izvápa csontszövetében levő, később az izületi üregbe betörő lobos cysta genyes exsudatiót okozott, ez kinyomta az addukált combcsont összeroppant fejecsét az ellapult, felső peremét vesztő izvápából. Nincs szükség *Farkas* felvételére, mely szerint felszivódott toxinok elektive az adductorokra hatva, azokban spasmusokat idéznének elő.

Rojkó: A kezdeti subluxatiós helyzet már a kóros adductio plus synovialis duzzanat kövvetkezménye volt.

Farkas: El tudja képzelni, hogy a subluxatio congenita coxae fennálott már a betegség kezdetekor s a tuberculosis hatása alatt vált totalissá.

Fischer E.: *Arthritis deformans coxae?* Az „arthritis coxae deformans", „malum coxae senile" hibás elnevezéssel illetett, igen gyakori megbetegedésnek lényege: korai porckopás, amelyre praedisponál az extrem typusú (azaz túlságosan lapos, rachitises és túlságosan meredek) medenceforma; itt ugyanis a combfejecsnek elülső, illetve hátulsó részlete izülésen kívül marad és itt az izfelszín elpusztul, az izvápa peremein osteophyta-felrakódások képződnek. Főleg athleta-typusú emberek, inkább férfiak megbetegedése. Kiváltó tényezők: a medence korai megterhelése, a kifelé forgatott lábtartás, az alsó végtagok deformatiói, leggyakrabban a pes valgus és a pes cavus, az állandóan álló, ülő, hajlott testtartású és a folytonos apró rázkódtatással járó foglalkozások. Tünetek: fáradás, nehézkes felkelés, pseudoischias, meuralgia paraesthetica, az izület kilengéseinek korlátozottsága. A röntgenologiai elváltozások, azaz az osteophytaképződések csak a későbbi stádiumokban szembetünőek; a deformatio súlyos formát is elérhet. Helyes elnevezés volna: arthrosis tropho-statica coxae. A címben említett hibás elnevezések sokszor vezetik félre a kezdő orvost és helytelen kezelést (az izület massage-a, forró thermaliák, rövid-hullám) indikálnak; ezért az arthritis deformans coxae elnevezés törlendő a nomenclaturából. Jó gyógyeredményt csak akkor kaphatunk, ha a kiváltó ok (statikai hiba, stb.) optimalisan corrigáltatik.

Polgár F.: *Adatok az acetabulum röntgenanatomiájához.* Az acetabulum röntgenképen a szokásos összehasonlító beállítás esetén, három részt lehet jól elkülöníteni: 1. az acetabulum tetejét, mely a fossa acetabuli helyén a legtöbbször megszakad, 2. egy közbeeső részt (pars intermedia), melyben a contour nagyon változó helyzetű és intensitású lehet és 3. legalul egy rövid, élesen contourozott részt, mely az incisura acetabuli szélének felel meg (pars incisuralis). Utóbbi helyen az incisurán keresztül megkaphatjuk magunknak az izfelszíneknek az árnyékát, ami az acetabulum egyéb helyein nem fordul elő. Az incisura acetabuli peremének röntgenárnyékát eddig elhanyagolták, holott e helyen ártalmas elváltozások jelentkezhetnek, melyek az acetabulum röntgenképét erősen befolyásolhatják.

Holits R.: Az incisura acetabuli főleg azokon a felvételeken látható jól, melyek kissé oldaltfekvő helyzetben készültek.

Bársony T.: Az acetabulum felszíne rendszerint nem szabályos vonalat ír le, rendszerint nagyobb bemélyedés látható rajta. Az elülső és hátsó limbus többnyire külön látható a felvételen.

VEGYES HIREK

Személyi hirek: A spanyol dermatologiai akademia *Nékám Lajos dr.* és *Török Lajos dr.* professzorokat tiszteletbeli tagjává választotta.

Halálozás: *Meisels Vilmos dr.*, a székesfővárosi orvosi kar közszeretetben álló tagja, 78 éves korában elhunyt. Ő nyitotta meg Budapesten az első urologiai rendelő intézetet, mely később beleolvadt a Charite Poliklinikába, melynek élete végéig osztályos főorvosa volt. 33 tudományos dolgozata jelent meg a hazai és külföldi szaklapokban.. A háború tartama alatt a budapesti „Ottó" kórháznak volt parancsnoka. Több cykluson át tagja volt a Székesfőváros Törvényhatósági bizottságának s a közegészségügyi bizottságnak.

Balatonfüredi orvoshét. A Balatonfüredi Orvosi Tanácsadó Testület *báró Kétly László dr.* professzor elnöklete alatt május 18—23-ig tartja az idei orvoshetet. Délelőtt tudományos előadások lesznek, délután az egyes balatoni fürdőket és gyógyintézeteket tanulmányozzák. Jelentkezni írásban a Balatonfüredi fürdőigazgatóságnál lehet.

Orvosi Kamarák. A belügyminiszter rendeletet adott ki, amelyben megállapítja az orvosi kamarák számát, területét és székhelyét. Az orvosi kamarák (kerületi kamarák) száma nyolc: területük és székhelyük a következő:

1. A Budapesti Orvosi Kamara területe magában foglalja Budapest székesfőváros területét; székhelye: Budapest.
2. A Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyei és Kecskeméti Orvosi Kamara területe magában foglalja Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye és Kecskemét törvényhatósági jogú város területét; székhelye: Kecskemét.
3. A Debreceni Orvosi Kamara területe magában foglalja Bihar, Hajdu, valamint Jász-Nagykun-Szolnok vármegyét, Szabolcs és Ung, úgyszintén Szatmár, Ugocsa és Bereg közigazgatásilag egyelőre egyesitet vármegyék, továbbá Debrecen törvényhatósági jogú város területét. Székhelye: Debrecen.
4. A Miskolci Orvosi Kamara területe magában foglalja Abauj-Torna, Heves és Zemplén vármegyék, Borsod, Gömör és Kishont, úgyszintén Nógrád és Hont közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék, valamint Miskolc törvényhatósági jogú város területét; székhelye: Miskolc.
5. A Pécsi Orvosi Kamara területe magában foglalja Baranya, Tolna és Somogy vármegyék, továbbá Pécs törvényhatósági jogú város területét; székhelye: Pécs.
6. A Szegedi Orvosi Kamara területe magában foglalja Békés, Csongrád, valamint Bács-Bodrog vármegyék, Csanád,

Kimutatás 1936. február 16—22-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	3	1	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	1	1	—	—	5	—	4	—	—	1	—	—	70	2	—	—	—
3. Baranya	251.620	8	—	—	—	6	1	6	1	—	—	—	—	18	9	—	—	—
4. Békés	335.874	2	—	—	—	4	—	14	1	—	—	—	—	63	—	—	—	—
5. Bihar	180.415	2	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	4	—	2	—	3	1	6	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	139	1	—	—	—
11. Hajdu	182.047	1	—	—	—	6	2	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	322.207	3	1	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	29	1	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	4	3	—	—	3	1	5	—	—	—	—	—	64	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	4	—	—	—	3	—	13	—	—	—	—	—	40	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	3	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	75	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	11	1	6	—	21	—	42	—	1	1	—	—	92	4	—	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	6	2	6	1	—	—	—	—	84	1	—	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	11	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	4	—	—	—	8	2	9	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	8	1	15	1	—	—	—	—	27	—	—	—	—
22. Vas	273.776	2	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	—	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	55	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	61	—	1	—	—
25. Zemplén	149.043	9	2	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
I. Baja	29.791	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	4	—	8	1	29	—	61	1	—	—	1	1	64	12	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	—	—	3	1	8	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	—	—	2	—	7	1	—	—	—	—	5	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	47	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	81	10	18	1	162	14	250	7	1	2	1	1	1097	33	2	—	—
Előző évben:		53	7	8	4	238	15	274	6	—	—	1	—	1234	94	6	—	—



Az ábrán a lábhátnak erős sérülése, egyidejűleg a nagyujjnak mély zúzódási 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 megállapította — 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 erős 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 ultraviolettem Lichte" című munkájának különlenyomatát.

Részletes ajánlattal, felvilágosítással készséggel szolgál:

SIEMENS, BUDAPEST, VI. NAGYMEZŐ-U. 4.

Telefon: *24—3—96.

Arad, Torontál közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék, úgyszintén Baja, Szeged és Hódmezővásárhely törvényhatósági jogú városok területét; székhelye: Szeged.

7. A Székesfehérvári Orvosi Kamara területe magában foglalja Fejér és Veszprém vármegyék, továbbá Komárom és Esztergom, úgyszintén Győr, Moson és Pozsony közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék, végül Székesfehérvár és Győr törvényhatósági jogú városok területét. Székhelye: Székesfehérvár.

8. Szombathelyi Orvosi Kamara területe magában foglalja Sopron, Vas és Zala vármegyék, továbbá Sopron törvényhatósági jogú város területét; székhelye: Szombathely.

*

Itt említjük meg, hogy a belügyminiszter rendeletet adott ki, amelynek értelmében az orvosi rendtartásról szóló törvénycikkeknek a kerületi kamarák és az országos kamara megalakítására vonatkozó rendelkezései e hónap 25-én léptek hatályba; a törvény egyéb rendelkezéseinek hatálybaléptetéséről a minister az országos kamara megalakulása után fog intézkedni.

Bársony János professzor, v. rector magnificus halálának 10 éves évfordulója alkalmából március hó 1-én délelőtt 11 órakor a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete gyászünnepélyt tart a Kerepesi-úti temetőben. Koszorút helyeznek el a sírra kegyeletes megemlékezés kíséretében: *Darányi Gyula prof.*, e. i. dékán az Orvosi Egyetem tanári kara, *Kenyeres Balázs prof.*, prorector, a MONE elnöke a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete, *Bakay Lajos prof.*, magister a Csaba Bajtársi Egyesület, *Thurn-Rumbach István* egyet. m. tanár az Egyet. I. sz. Női Klinika, *Burger Károly* egyet. c. rk. tanár a Budapesti Bábaképző Intézet, *Szénássy József* főorvos az Országos Stefánia Szövetség, *Avarffy Elek* főorvos tanítványai nevében. A sírhely: 39. parcella 1. sor, 21. sír, a Kossuth-mauzoleum mögött.

Az Országos Balneologiai Egyesület ezévi congressusát a Balatoni Intézőbizottság meghívására a Balaton mellett rendezi, május 1—3. között. A congressusra előadások április elsejéig jelenthetők be *Frank Miklós dr.* főtitkárnál (I., Attila-körút 19.), aki minden felvilágosítással készséggel szolgál.

Japánban tervbevették 600 kórház építését, melyre 30 millió yent irányoztak elő. Tókióban 1934-ben 140,000 tuberculotikus volt, kik közül 13,500 az év folyamán meghalt. A városnak 18 kórháza van 2690 ággyal.

Orvosdoctorrá avattattak a pécsi tudományegyetemen február 19-én: *Krout Jolán, Frik Ferenc, Bajor Ferenc, Bitter József, Ajvász Dezső, Lax László, Schlesinger József* és *Práger Imre.*

Átadó orvosi rendelő. Tolna megyei nagyközségben magánorvosi rendelő 1 bútorozott szobával együtt csekély bérért 1 évre átadó. Sürgős jelentkezés *Csák János dr.* Nagykónyi címére.

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 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; *Isselkutz 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 szerkesztő minden kedden és pénteken 12—1 óra között fogad.

HETIREND

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február hó 29-én délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. Bemutatások: 1. *Zárday Imre:* Sinuauricularis block érdekes esete. — 2. *Liebermann Leó:* Könnyfakasztó pisztollyal okozott súlyos szemsérülés. — Előadások: 1. *Mosonyi János:* A C-vitamin élettani hatására vonatkozó vizsgálatainkról. 2. *Rejtő Sándor:* Ki fedezte fel a labyrinthus caloriás ingerét?

A Budapesti Orvosi Kör előadássorozatának márc. 2.-i előadását este 7 órakor *Rötth András dr.* egyet. magántanár tartja „A szemészeti diagnostika újabb haladása" címmel.

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat mikrobiologiai szakosztályának febr. 25-ére hirdetett ülését márc. 3-án tartják meg.

Az Országos Közegészségi Egyesület márc. 5.-i előadását d. u. 6 órakor a Közegészségtani Intézet tantermében *Káldor Miklós dr.* tartja „A kritikus kor és az öregkor betegségei" címmel.

A Magyar Hygienikusok Társasága és az Országos Közegészségi Egyesület Tudományos Szakosztályában márc. 3-án, kedden délután 6 órakor Braun professor lipcsei egyetemi tanár tart előadást a következő címmel: „Gedanken über eine gesetztliche Regelung der schulärztlichen Arbeit" és „Städte- und Wohnungshygiene des 4. und 3. Jahrtausends v. Chr. im Industal" (Vetítés).

A Közkórházi Orvostársulat márc. 4-én tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Pázsith Pál Antal:* Érdekesebb esetek a gyomorsebészet köréből. Előadások: *Réjfy Ferenc:* A szappanok szerepe a bőrgyógyászatban. (Mult ülésről elmaradt.) *Fáykiss Ferenc:* A gerincoszlopot megmerevítő műtétek értéke a csigolyák gümös folyamatában.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger I. gyógyszervegyészeti gyár Budapest, *Egger syrup, Ferrocuprin és Perkodyl*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

Jelen számunkhoz Chinoin gyógyszer és vegyészeti termékek gyára rt. Ujpest, *Anara*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

Sedyl és Sedyletta tabletták

Phenylaetylmalonylcarbamid

10×0 10=1.10 | 30×0.015=1.10
10×0·30=2.00

Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

Általános hatásu psychikus megnyugtató, kitünö spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, VI., Budapest.

Dr. Bayer's **Hungaronal** TABLETTA

Tökéletes fájdalomcsillapító, megnyugtató és altatószer. Alkaloidamentes. Gyermekeknek is adható

Irodalom és minta kívánatra

Ekzema, furunculus gyulladásos sebek, lábszárekélyek, szőrtüszőgyulladások stb. kezelésére.

„DERMASEPT" kenőcs

Főlerakat „Humanitás" gyógyszertár, VI., Erzsébet királyné út 30.

Sebek, fekélyek gyors behámositása és sarjadzása. Különböző bőrbajoknál a viszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.

LUTEOANTIN (Inj. és suppos.)

Terhes serumból előállitott hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormon

Rendellenes menstruatiós vérzések: polymenorrhoea, hypomenorrhoea, 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 készitmény

Ampullánként 1 g calciumgluconat és 50 egység parathyreoidea hormon tartalommal. 6 db 10 cm³-es ampullát tartalmazó dobozok.

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

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

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

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.

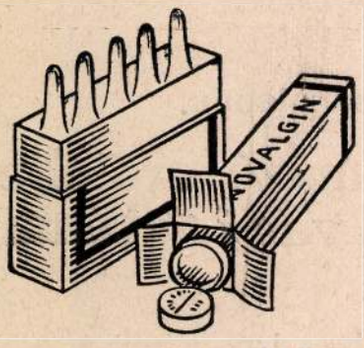
Analgetikum, antirheumatikum és antipyretikum megbízható, mellékhatás nélkül jól tűrhető pyrazolonszármazék szubkután, intramuszkuláris és intravénás alkalmazásra

NOVALGIN

mindenféle fájdalomnál; még heves fájdalomnál is eredményes, mint epe- és vesekőkolika, valamint műtét utáni fájdalomcsillapításra intravénásan. Izom- és izület rheumatizmusnál makacs esetben is, lázas állapotban minden esetben, amikor a gyomrot kímélni akarjuk.

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.**

PERHEPAR

Anaemia perniciosa, secundaer anaemia, reconvalescentia esetén.

1 tabletta 50 g friss máj
1 g por 100 g máj hatóanyagait tartalmazza
1 db 2 cm^3-es ampulla megfelel 500 g friss máj hatásának
1 db 5 cm^3-es ampulla megfelel 1250 g friss máj hatásának

PARATHYREOIDEA RICHTER

Tetania, spasmophilia, haemorrhagiás diathesis, asthma, urticaria, pruritus ellen.

1 tabl. 0.06 g friss mellékpajzsmirigy hatóanyagait tartalmazza. 1 amp.-ban 50 egys.

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

DYNARSAN

oxy-acetylamino-phenylarsinsavas triaethanolamin.

Öt vegyértékű arsent tartalmazó erőteljes antilueticum intramuscularis, vagy subcutan alkalmazásra.

Használatra kész oldat, mely a lues minden stádiumában indikált. Nagymértékben veszélytelen, stabil, fájdalmatlan.

10 amp. à 1 ccm. --- --- --- --- --- P. **7·90**
10 amp. à 3 ccm. --- --- --- --- --- P. **12.30**

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

„Paralysis-jelölt" liquorképe.

A gerincvelői folyadék vizsgálatának fontosságát az ú. n. *„paralysis candidansok"* esetei a legjobban bizonyítják. *Weigelt, Mrase* és *Brandt* hívták fel a figyelmet arra, hogy lappangó syphilis egyes eseteiben a gerincvelői folyadék oly eltéréseket mutathat, amelyeket a szokásos antilueses gyógyítás útján nem vagyunk képesek befolyásolni. A gerincvelőfolyadék kolloid reactiói egyes ily esetekben dementia paralytica jellemző eltérést, *paralytikus görbéket adhatnak.* Az ily esetekben paralysis candidansokról beszélhetünk.

Dreyfuss syphilises fertőzésen keresztülment egyének további sorsát figyelte meg 10—15 évig a fertőzés után. A syphilis II. és latens szakában a gerincvelőfolyadék eltérései egyes esetekben nem javulnak. Az olyan kóresetekben, amelyekben a legalaposabb klinikai vizsgálattal csak a pupillákon állapítható meg eltérés, anisokoria és Argyll Robertson, „isolált pupilla tünetről" vagy Dreyfuss-féle neurolueses kórállapotról szoktunk beszélni. *Dreyfuss* megfigyelése szerint az isolált pupillatünetben szenvedők 1—4 év lefolyása alatt átlag 80%-ban válnak paralytikussá, vagy tabesessé.

A debreceni ideg- és elmeklinikán az utolsó 10 évben 16 esetben volt alkalmunk „isolált pupillatünet" kórképét megállapítani. Az esetek egyrészében a gerincvelői folyadék vizsgálata alig mutat eltéréseket. Ezeket állandósult formáknak tekinthetjük. Egyes esetekben a gerincvelőfolyadékban paralysisre jellemző leletet kaphatunk. Ilyenkor szintén joggal beszélhetünk paralysis-candidansokról.

Egyik régebbi munkámban (Les nouvelles méthodes des réactions colloidales de liqu. ceph.-rach. Paris 1927.) négy paralysis candidansról számoltam be. Két esetben klinikailag *lues cerebri* és két esetben *tabes dorsalis* állott fenn és csak a kolloid reactiók kifejezett paralytikus görbéje, valamint a többi liquorvizsgálatok ily jellege mutatott reá a liquor diagnostikai értelmezésben vett paralysis candidatusra. A tabeses betegek közül egy esetben 8 hónap, egy másik esetben két év mulva klinikai tünetekben is megnyilvánult a paralysis jelöltsége. *Lange* az ily esetekre helyesebbnek tartja a „markirozott paralysis" elnevezés használatát.

Az alábbiakban röviden ismertetném egyik kifejezetten paralysis candidansnak nevezhető betegünk kóresetét. A 35 éves, nős férfibeteg 1926-ban esett át elsődleges syphylises fertőzésen. Akkor csak helyi gyógykezelésben részesült. Később másodlagos tünetei is voltak. Vérvizsgálatot csak 1927-ben végeztek, amely ++++-es volt. Az első kúrában 12 neosalvarsan befecskendezést és 16 Hg.-t kapott. A neosalvarsant nem igen bírta és befecskendések után rosszullétei voltak. Emiatt a következő kúrákban csak elégtelen kezelésben részesült. Ezévben is gyógykezelték fejfájásai és a positiv vérvizsgálat miatt, de csak 1 neosalvarsant és 10 farinjectiót kapott. A fejfájáson kívül jellemző ideges természetű panaszai vannak. A klinikai vizsgálat a belső szervek részéről semmi eltérést nem mutat. A szív és nagy erek orthodiagrammja is teljesen normalis képet tüntet fel. *Az idegrendszer leggondosabb vizsgálata sem mutat semmi eltérést.* A bal pupilla körzete nem teljesen szabályos, egyébként azonban a pupillák fényre és alkalmazkodásra pontosan és élénken reagálnak. Megtartott a *Weiler* által leírt „secundär reactiója" a pupilláknak. Ez tapasztalataink szerint paralysis korai szakában is el szokott maradni, megtartott fényreactio mellett. A secundär reactio abban áll, hogy a fény által már megszűkített pupilla a másik pupillának valamely második fénnyel megvilágításakor a consensualis reactio folytán még tovább szűkül. Az agyidegek, a reflex- és érzéskör semmi eltérést nem mutattak és a statikai műveletek is normalisak voltak. A beteg viselkedése teljesen összrendezett, gondolatmenete, beszédje, felfogása és megértése is rendben van. Általános ismeretei megtartottak. Szerzett iskolai ismereteiben nincs jelentős hiányosság. A Binet—Simonféle értelmességi vizsgálat is normalis eredményeket tüntet fel.

A betegtől suboccipitalisan vett liquor vizsgálati lelete a következő: Víztiszta, szintelen, fibrinkiválás nincsen. Sejtszám 21 mm^3-ként. Pándy reactio ++, Nonne—Apelt ++, Ross—Jones ++, Weichbrodt +++, Wassermann-reactio kititrálásos módszerrel 1/1 hig. ++++, 1/2—1/8 szintén ++++ és 1/16 higításban is még ++. *Az aranysol és bicol. mastix. reactio jellemző és kifejezett paralytikus görbét adott.* Aranysol reactio: 666 354 410 000. Bicol. mastix: 277 775 310 000. Az egycsöves kolloid reactiók közül sellak ++++. Tus reactio (Benedek—Thurzó) kolloid védési indexe = 4. — Ezek alapján láthatjuk, hogy liquor-diagnostikai értelemben kifejezett paralysises liquorképről van szó. A vérsavó vizsgálata 2/5, 1/, 1/10, 1/20 higításokban ++++, lueses és cholesterinezett antigennel szintén ++++.

Ez eset epikrisise gyanánt tehát azt láthatjuk, hogy tisztán neurotikus panaszokat feltüntető kórkép mellett seropositiv lues esetében kifejezett paralysis jelöltségről van szó. Régebben egyes szerzők, a paralysis „neurastheniás" szakáról is beszéltek, avagy pedig a paralysis praeklinikai szakáról szólottak. Az ily esetekben természetesen a gyógyítást teljesen úgy kell végeznünk, mint a klinikailag is már megnyilvánult paralysis eseteiben. A gyógymalaria és egyéb lázas gyógymódokon kívül az endolumbalis neosalvarsan kúrák is számításba jönnek.

Kóresetünkben az ú. n. complement fogvási reactio negativ volt. Ismeretes az, hogy *Weil—Kaffka, Popow, Mandelbaum* és *Eicke* az activ vérsavóval végzett complement és normal anboceptor kimutatását szolgáló reactióban ideglueses esetekben complement eltünést vagy fogyást mutattak ki elég nagy százalékszámban. A negativ complement eltünési reactióból paralysis-jelöltség esetekben bizonyos mértékig jobb kórjóslatra következtethetünk.

A paralysis-candidansok esetei szintén reámutatnak arra, hogy *minden syphilises fertőzésen keresztülment betegnek gerincvelői folyadékát legalább egy ízben, leginkább a kezelések befejezése után okvetlenül meg kell vizsgálni.* A *Wittgenstein* által hangoztatott ezen követelményt a német syphylidologiai és neurologiai congressusok is elfogadták. Véleményem szerint a liquorvizsgálat elmulasztását lueses fertőzésen keresztülment betegeken orvosi műhibának tekinthetjük.

Thurzó Jenő dr.
egyetemi c. rk. tanár,
Debrecen.

Táplálkozási irányelvek a terhességben.

Klinikai tapasztalatok és a modern anyagcserevizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy terhesnőnek kb. napi 300—400 caloria értékű tápláléktöbbletre van szüksége egészségi állapota és fejlődő magzatának érdekében. Ennél jóval nagyobb mennyiségű vagy egyoldalú táplálék felvétel nemcsak elhízáshoz vezethet, hanem terhességi zavaroknak, súlyos toxicosisoknak is okozójává válhat. A terhes szervezet tudvalevőleg bizonyos tápanyagokat jobban ki tud használni. Általában relative kevesebb *fehérje* anyagokra van szüksége, de viszont azokat jól tudja értékesíteni a terhességben. Lényeges mennyiségű N marad vissza a terhesség folyamán elhasználódó fehérjék pótlására, a fejlődő magzat szervezetének felépítésére. Szükségtelen azonban a fehérjefogyasztást terhességben fokozni, mert tudvalevőleg éppen a fehérjefélék terhelik meg leginkább az anyagcserét. A terhesség utolsó hónapjaiban meg éppen korlátozni tanácsos a fehérjefelvételt, helyébe első sorban szénhydrátokat kell beiktatni. A *zsírok* felhasználása és elégése a terhes szervezetben nem mindig tökéletes. Ismeretes, hogy szénhydrátoknak kisebb fokú korlátozása esetén is aceton, acet-ecetsav és oxyvajsav jelenik meg a vizeletben. Terhességben a fokozott acetonképződés elsősorban a táplálóknak zsírnemű anyagaiból származik, mennyiségét elegendő szénhydrátfelvétel esetén még egészséges terhesek vérében is megnövekedve látjuk. Ebből gyakorlatilag az értékesíthető, hogy az acidosis veszélyét elkerülhetjük, ha a terhesnő táplálékában a zsírneműeket megszorítjuk. Ismeretes, hogy a világháború utolsó éveiben a soványkoszton (Hungerblokad), midőn hús és zsírneműeket csak megszorítva ettek, az eklampsiás esetek száma lényegesen megfogyott és viszont a háborús évek után, midőn zsír és húsneműek a nép táplálkozásában bőven szerepeltek, a terhességi toxicosisok száma ismét szaporodott. Francia szerzők leírásából ismeretes, hogy Franciaországnak azon vidékein, ahol húsneműek helyett főképen növényi táplálékon, gyümölcsön él a lakosság és friss almabort isznak (cidre), az eklampsia úgyszólván ismeretlen. Éppen ezért tanácsos lesz, ha a terhes nő energiaszükségletét, különösen az utolsó terhességi hónapokban főképpen szénhydrátfélékkel fedezi. Terhességi toxicosis esetén különösen kívánatos a bő szénhydrátfelvétel, mellyel az acidosis ellen eredményesen küzdhetünk. Azonban a szénhydrát, illetve cukorfogyasztás terén sem lehet túlzásba menni, az alimentaris glycosuria jelezni fogja azt a megengedett szénhydrátfelvételt, amennyit még éppen elbir a terhes szervezet.

A terhes szervezetnek az említett főtápanyagokon kívül nagymennyiségű *ásványisóra*, nemkülönben *vitaminokban* dús ú. n. védőtáplálékokra is szüksége van, mert ezektől nagymértékben függ a magzatnak fejlődése. Terhesség folyamán az anyai szervezetből kb. 25—30 g mészphosphorsó vonatik el a fejlődő magzat számára és ennek tekintélyes része a terhesség utolsó hónapjaiban éppen a magzati csontrendszer felépítésére használtatik. Az ekként bekövetkezhető relativ mészszegénységgel függ össze pl. a terhesség alatti fokozott neuromuscularis ingerlékenység. A calcium és phosphor anyagcsere zavarainak kifejlődésében nagy része van a táplálékban szereplő D vitamin mennyiségének is, mely különben az intermediaer mészanyagcserét szabályozza. Szerepe a terhességi osteomalacia, valamint a csecsemő-rachitis és tetania alakjaiban eléggé ismeretes. Sok egyéb körülmény is közrejátszik itten, a vitaminhiányon kívül a téli hónapokban pl. a photosynthesis tökéletlenségére is kell gondolni. Mindezekből az következik, hogy a terhesnő különösen az utolsó hónapokban fogyasszon sok nyers gyümölcsöt, zöldfőzeléket és tejterméket, mert ezen védőtáplálékok bőségesen tartalmazzák a szervezet felépítéséhez szükséges tápanyagokat. Az anya és fejlődő magzata érdekében pusztán calcium tartalmú készítményeknek bevitelével nem tudjuk megoldani a helyzetet, mert a calciumnak felhasználását a szükséges D vitamin jelenlétén kívül csak úgy lehet biztosítani, ha a szervezetet előzőleg megszabadítottuk fölös natrium mennyiségától. Az ásványi anyagok között a *konyhasónak* is (NaCl) nagy szerepe van a terhességben. A vízanyagcsere a konyhasóval függ össze, mely a szervezet osmotikus egyensúlyi állapotát biztosítja. A terhességre jellemző oedemakészség jól kifejezi a terhes szervezetnek konyhasó éhségét. Fölös konyhasófelvétel viszont megzavarja a szervezet ásványi anyagainak egymásközti biologiás viszonyát, nagymennyiségű konyhasófelvétellel Na fölösleg jut a szervezetbe. Ennek lesz a következménye, hogy a Na-mal amúgy is telített vér a vele ellentétes ásványi anyagokat, elsősorban a calcium-ionokat mobilisálni kénytelen, minek következtében nehezebb lesz a magzat számára oly fontos calciumnak értékesítése. Ügyelni kell tehát arra, hogy a terhesnő különösen az utolsó három hónapban ne sózza ételeit, leghelyesebb, ha a húsleveseket, füstölthús és kolbászféléket, sózott halat és sajtféléket teljesen kiiktatja étrendjéből. Naponta fél teáskanálnyi konyhasó mennyisége teljesen fedezi a szükségletet, ezáltal a szomjat is csökkentjük és így a szervezet megszabadul a szivet és veséket megterhelő nagymennyiségű vízfelvételtől Megfelelő mennyiségű nyers gyümölcs és zöldfőzelék fogyasztása egyébként is fedezi a napi folyadékszükségletet, a friss gyümölcsök nedve fokozza a vizelet elválasztását, egyszersmind az anyai és magzati szervezet számára oly fontos ásványisókat és vitaminokat is tartalmazza. A *vassónak* különösen a növekvő méhmagzat szempontjából van szerepe a terhesnő táplálékában. Retek, spenót, rozskenyér és rizs bőségesen tartalmaznak vasat. Erre különösen akkor gondoljunk, ha a terhesnő előzőleg — kimutatható ok nélkül — vetélésen ment át. Az újabb vizsgálatok kideritették, hogy a vasanyagcsereforgalmat a magzati szervezet számára az *E* vitamin jelenléte biztosítja, melynek hiányában hiába adagolunk vastartalmú készítményeket, mert mint az állatkisérletek igazolják, ennek ellenére is bekövetkezhetik a magzatok intrauterin halála, resorptiója.

A felsorolt tápanyagoknak hiánya egyideig nem okoz zavart, mert a szervezet azokat tartalékaiból synthesis útján pótolni tudja. Nem tudja azonban előállítani és felépíteni a nagyfontosságú vitamin anyagokat (A, B, C, D, E), miért is megfelelő speciális táplálékokra vagyunk utalva. A terhes szervezet nagy munkakifejtése idején, midőn az anyai szervezet új élettel pótolja a fajt, különös fontossággal bírnak a vitamin-dús védőtáplálékok. Az intermediaer anyagcserének szabályozásában nagy részük van, nélkülük nem is lehet rationalis táplálkozási irányelveket felállítani.

A vitaminok szerepét főképpen gyakorlati szempontból az anya és utód érdekei szempontjából érdemes összefoglalni. A vitamin *A* (halivitan), főképpen a zsír és tejtermékekben, friss vajban és csukamájolajban, különösen zöld növényekben, zöldfőzelékek közül a sárgarépa, paradicsom és salátában bőven foglaltatik (carotinszármazék). Állatkisérletek szerint a magzatok súlyát kedvezően befolyásolja *(Szarka)*, a szervezet ellenálló erejét a különböző fertőzésekkel szemben (influenzával szemben is) fokozni képes. Általában a *D* vitaminnal fordul elő (halsterin) és így a csontrendszer és fogazat felépítésében is nagy szerepe van. *B* vitaminnak népünk táplálkozásában nincs

lényegesebb jelentősége, bár hiányát ujabban az intrauterin elhalások (missed abortion), habitualis vetélések, sőt atoniás vérzések aetiologiájában is emlegetik. A legújabb vizsgálatok az anaemia perniciosa kifejlődését a *B* és *C* vitaminnak assimilatiós zavarára vezetik vissza *(Karczag)* és így valószínűnek kell tartanunk, hogy terhesek perniciosaszerű anaemiájának oka is részben itt keresendő. A *B* vitamin bőségesen jelen van a sörélesztőben, csirázó növényi magvakban, tehéntejben és a mirigyes szervekben (máj, ovarium, testis stb.).

A *C* vitamin szerepét újabban azon therapiás eredmények igazolják, melyeket ascorbinsavval *(Szent-Györgyi)* sikerült elérni. E vitamint nagy mennyiségben találjuk a friss zöldségfélékben, a citrom és narancs levében és különösen a paprikában. A tejben lévő *C* vitamin forraláskor elbomlik, ugyancsak ilyen sorsra jut a zöldség és gyümölcs *C* vitaminja is, ha azt szárítják vagy konzerválják. Szervezetünknek, de különösen az új életet hordozó terhesnőnek állandóan fölös mennyiségben van szüksége *C* vitaminra, különben bekövetkezik a hypovitaminosisnak kezdeti tünete, mely fogyásban, vérzési hajlamosságban nyer kifejezést és valószínüleg ezzel összefüggően látjuk kifejlődni a terhességi anaemiák egy részét, sőt ujabban az atoniás vérzések okai között is szerepeltetik. A magzat intrauterin elhalása, veleszületett scorbut, sőt a terhességi toxicosisok aetiologiájában is gondoljunk a *C* vitamin hiányára. *A* és *C* vitamin szükséglet különösen télen bír nagy jelentőséggel, minthogy ilyenkor az említett vitaminokban bővelkedő zöldség és friss gyümölcs fogyasztása hiányos, a tej C vitamintartalma csekély, forraláskor meg éppen elpusztul. Célszerű tehát a téli hónapokban előre gondoskodni *A* és *C* vitamin szükségletet biztosító tápanyagoknak előteremtéséről, narancs és citrom nedvének nyujtásáról, vagy az említett vitaminokat tartalmazó készítményekről (halsterin, proscorbin, cevita, cebion stb.).

A *D* vitamin napfény vagy mesterséges ultraibolya sugárzás (Quarz-fény) hatására képződik a cholesterinnel rokon ergosterolból. Hiányát a szervezet fokozott biológiai követelmények idején, éppen terhességben érzi meg legjobban. Különösen vonatkozik ez a téli hónapokban terhes anyára és fejlődő magzatára, midőn a photosynthesis tudvalevőleg tökéletlen (osteomalaciás tünetek, gyermekkori rachitis stb.). A vitamin *D* fontos szerepére már a mész intermediaer anyagcseréjében utaltunk. Szerencsére könnyen tudjuk pótolni e nagyfontosságú aktiváló anyagot, mert bőven van belőle a növényi levelekben, zöld takarmányon élő tehenek tejében, csukamájolajban és az ismert készítményekben: devitol, viosterin, halsterin, vigantol, ergosterin irradiat; közvetlenül megkapjuk az elterjedt Quarz-fény sugárhatására is. Sajnos szegénysorsú asszonyaink számára ebből is alig jut télen valami. Ne csodálkozzunk tehát azon, ha az Alföld mélyen fekvő részein, ahol az ivóvíznek mészsótartalma amúgy is csekély és ahol hihetetlen egyoldalú, vitaminszegény táplálékon él a lakosság, olyan sok foghijas asszonyt látunk és körülöttük angolkórra jellegzetes gyermekeket.

Az *E* vitaminnak igen nagy szerepe van a szoptatási folyamatban. Elsődleges meddőség, nemkülönben habitualis vetélések esetén gondoljunk ezen vitamin hiányára is. Szerepét említettük már a vas anyagcsereforgalommal kapcsolatban. Bőven tartalmazzák a zöld növények levelei, különösen a zöld saláta, friss vajban, a tojás sárgájában, parenchymás szervek közül a máj és lépben bőven van belőle. A kész vitamint (profecundin) általában a búza és gyapot magvak préselt olajából állítják elő.

* * *

A rationális táplálkozás különös fontossággal bír szegénysorsú terhes asszonyaink védelmében, akik célszerűtlen és hiányos táplálkozás folytán télen és a kora tavaszi hónapokban lesoványodva, vértelenül és fogatlanul teljesítik anyasági kötelességüket. Vidékünkön a szegénysorsú néprétegek terhesvédelmét elsősorban a legszükségesebb ennivalók előteremtésével kell kezdeni és ha ez megvan, gondoskodjunk lehetőleg a tápláléknak qualitativ és vitamindús összetételéről is. E téren szükséges és halaszthatatlan tennivalókat egészségügyi kormányzatunk is felismerte. Eredményes végrehajtásához azonban szervező munka és nagy hozzáértés szükséges.

Páll Gábor dr.
egyetemi magántanár.

A gyermekkori narkolepsia.

A narkolepsia *Redlich* összefoglaló, a betegség eredetére, tüneteire és agyi localisatiójára egyaránt kiterjedő közleményei óta került az érdeklődés homlokterébe, bár a narkolepsiának, mint önálló kórképnek ismerete meglehetősen régi: első leírója *Westphal* (1877), míg elnevezése *Gelinau*-tól ered (1880). A betegségnek a gyermekkorban aránylag ritka előfordulása, másrészt a legutóbbi időkig eredménytelen gyógykezelés újabbkori sikerei indokolttá teszik, hogy az elég nagyszámú eddigi irodalmi közlemény ellenére e betegséget eseteink kapcsán újból ismertessük.

I. eset. S. A. 10 éves fiú három testvére él, egészséges. Családban idegbetegség nem fordult elő. Négy év előtt villamos ütötte el, koponyatörést szenvedett, napokig eszméletlenül feküdt. Felépülése óta tanulmányában hanyatlik, gyakori kinzó fejfájásban szenved, éjjel gyakran felriad, felsikolt. Kb. egy év óta veszik észre, hogy napközben többször ellenállhatatlan álmosság vesz erőt rajta, ültében összecsuklik, feje előre bukik, elalszik. Az álom 2—3 percig tart, azután magától felébred, de erősebb zajjal, érintéssel előbb is felébreszthető. Ilyenkor azonban mérges, szinte dührohamban tör ki, olyannyira, hogy környezetét, testvéreit megtámadja. Különben is igen ingerlékeny, azelőtt szófogadó, nyugodt gyermek szüleinek, nevelőinek ellenszegül. Főként az iskolában és otthon étkezés közben alszik el. — Vizsgálat: Kissé pastosus, túltáplált gyermek. Szív, tüdő, has, nemi szervek épek. Kissé fokozott, de mindkét oldalon egyenlően kiváltható a patella és Achilles inreflex,, kóros reflex nincs. Pupilla reflex normalis, szem az ujjat jól követi, nystagmus nincs, csupán convergáló képessége hiányzik csaknem teljesen. Pajzsmirigy mindhárom lebenye jól tapintható. A koponyáról készített röntgenfelvétel kissé vaskosabb és majdnem teljesen összeérő proc. clinoideus ant. és posteriorokat mutat. A sinus coronarius körül kis tömörülés látható. Lumbal punctióra normalis nyomással ürülő víztiszta liquort nyerünk, amelyben a quantitativ fehérje 0.20% mgr. Wassermann reactio negativ. *Alapanyagcsere (Krogh)-18%-ot mutat.* Parathormon-eosinophilia görbe normalis. A betegség leküzdésére eleinte phenylaethylbarbitursav készítményekkel kisérletezünk, minden eredmény nélkül, majd coffein porokat adtunk, aminek hatására átmenetileg némi javulás állt be. — Körülbelül két év óta ephedrin (Richter) tablettákat adunk, naponta háromszor 0.025 gr-ot, ami az elalvási rohamokat teljesen megszüntette. A beteg fejfájása alábbhagyott, tanulmányiban szépen halad, kevésbbé ingerlékeny.

II. eset. G. V. 13 éves fiú, 2 testvére él, egészséges. Anamnesisben idegbetegség- abortus nem fordult elő. Apja két év előtt aneurysma aortae-ben halt meg. Anyja egészséges, úgyszintén a család többi tagjai is. Betegünk hat éves koráig enuresis nocturnában szenvedett. Egy év óta, minden előzetes betegség nélkül hirtelen, napjában 2—5-ször jelentkező és 1-5 percig tartó elalvási rohamok jelentkeznek, amelyekből zajra, rázásra azonban hamarabb is felkelthető. A rohamok főként ijedtségre, kisebb emotiókra jelentkeznek (pl. utcán megijed a mellette elhaladó autó tülkölésétől, iskolában várat-

lanul rászólnak, társai felbosszantják stb.) de gyakran minden kimutatható kiváltó ok nélkül is. — Az elalvási roham alatt izomtónusa nem csökken, ha járás közben éri, megáll néhány másodpercre, de nem esik el, ülés közben nem hanyatlik előre. Néha még szemét sem hunyja le, de mégsem tud magáról. Közepes tanuló, iskolában alkalmazkodó, magaviselete kifogástalan. Vizsgálat: Korához képest jól fejlett és táplált, ép szervekkel és teljesen normalis, nem fokozott mindkét oldalon egyenlően kiváltható reflexekkel. Wa. reactio negativ. Alapanyagcsere vizsgálat normális eredményt ad. A koponyáról készített röntgenfelvételen rendes nagyságú sellát látunk, a koponyacsontok falán megvastagodás nem látható, impressio. digit. nem fokozottak. Parathormon-eosinophilia vizsgálat normális görbét mutat. Ephedrin kurára (kétszer 0.05 gr.) a rohamok eleinte csökkentek, majd teljesen megszüntek, iskolában jobban tanul, jobban figyel.

Redlich szerint a narkolepsia tünetei két csoportba oszthatók: 1. az ellenállhatatlanul jelentkező, gyakran izgalmi állapotok által kiváltott rövid ideig tartó tulajdonképeni elalvási rohamok, amelyekből a beteg testi ingerekre felkelthető; 2. az izomtonuscsökkenés, amelyben a beteg az izomrendszer elernyedése folytán összecsuklik, térdei berogynak, feje előre bukik, elesik. A legtöbb esetben e két tünetcsoport egyszerre jelentkezik, de bekövetkezhet különállóan is. *Redlich* szerint a betegségre jellemző még a hypophysis, thyreoidea működésének zavara, az alapanyagcsere csökkent volta és az ezzel együtt járó elhízás.

Eredete szerint fel szokás osztani a narkolepsiát: 1. genuinra, amikor előző és a tünetekkel összefüggésbe hozható megbetegedés nem mutatható ki és aminek alapja mindenek szerint alkati ok és 2. symptomásra, amikor a beteg kórelőzményében lefolyt enkephalitis, ritkábban cerebralis lues, koponyasérülés, polycythaemia stb. szerepel. A tünetek azonossága miatt mindkét alakban a betegség localisatióját mégis az agy közös területén kell keresnünk.

Számos szerző *(Redlich, Wohlfart, Venderovic, Nagy, Vadász* stb.) egyetért abban, hogy a betegség székhelye az *Economo* által feltételezett álomcentrum környékén, tehát a 3. agykamra fenekén keresendő, amelyhez az ugyanott fekvő, az endokrin mirigyek működését szabályozó központok zavara társul. Míg fenti szerzők az agy e területén feltételezhető anatomiai eltérésekre vezetik vissza a betegség eredetét, sőt *Stransky* az úgynevezett genuin esetekben is burkoltan lefolyt enkephalitist tart a betegség okának, *Henneberg* degenerativ neurosisnak, *Bauer* a legtöbb esetben öröklődő megbetegedésnek fogja fel. *Hoff* és *Stengel* több familiarisan előforduló kóresetet közöl, *Kahlerrel* együtt a családi előfordulásban az alkati tényező jelentőségét látják, a „narkolepsiakészség" az alapfeltétele úgy a genuin, mint a symptomás eseteknek. *Giessen* és *Bauer* a narkolepsia alapját ugyancak alkati „kisebbértékűség"-ben látják, de feltételeznek egy „narkolepsia substratumot" az agyban, amelynek sérülése okozná a tüneteket. *Notkin* és *Jeliffe, Stranskyval* egyértelműen csak ritkán ismerik el a betegség endogen eredetét, de szoros összefüggést látnak a betegség és az epilepsia között, amit a legtöbb szerző nem tud megerősíteni.

Ha eseteinket fentiek alapján valamint az irodalomban található esetekkel összehasonlítva taglaljuk, első esetünkben minden valószínűség szerint trauma által előidézett enkephalitis volt a betegség alapja (gázolás), tehát végeredményképen organikus narkolepsiának fogható fel. A gyermeken megtalálható a betegségre *Redlich* szerint jellemző obesitas, csökkent alapanyagcsere, az alvási rohamokkal synchron jelentkező kataplexiás tünetek, valamint a convergentia hiányossága *(Hoff—Stengel).* Ugyancsak a lefolyt enkephalitist látszik alátámasztani a betegnek a trauma után jelentkezett kifejezett jellemváltozása: veszekedési hajlama, összeférhetetlensége. Második esetünk kórelőzményében nem szerepel semmiféle megbetegedés, amelyet a narkolepsiás rohamokkal összefüggésbe lehetne hozni, valószínű tehát, hogy itt ú. n. genuin esettel állunk szemben. Ez esetben csak az elalvási rohamok dominálók, izomelernyedés nincs, az alapanyagcserénél nyert értékek normalisak, sem obesitas, sem más, hormonalis dysfunctióra utaló tünet nem mutatható ki. Jellemző azonban a rohamoknak emotiók utáni jelentkezése.

Eseteinkben a családi anamnesis teljesen negativ, bár *Bauer, Kahler,* valamint *Hoff* és *Stengel* eseteik jó részében kiemelik a családi terheltség fontosságát. Valószínű, hogy a családi, tehát degenerativ alapon keletkező megbetegedések mellett traumás vagy egyéb alapon származó esetek ugyanolyan számban szerepelhetnek. Bár *Redlich, Rothfeld, Lafora* és más szerzők szerint a narkolepsia néha átmehet epilepsiás kórképbe, illetőleg azzal összefüggésbe hozható, *Schultz* és *Wenderovic* véleményével egyértelműen azt hisszük, hogy e betegséget az epilepsiától szigoruan el kell különítenünk. A rohamok teljesen más lefolyása, a görcstünetek hiánya, az a körülmény, hogy az epilepsiás beteg eszméletlenségéből külső ingerekre nem téríthető magához és eszméletvesztése lényegesen különbözik a normalis álomtól, míg a narkolepsiás beteg eszméletvesztése teljesen hasonló az egészséges ember alvásához, leginkább pedig a parathormon-eosinophilia görbe *(Lenart—Lederer)* normalis, tehát epilepsiára nem jellemző lefolyása a két megbetegedés elkülönítését elősegíti. Ugyancsak meg kell különböztetnünk a narkolepsiát a piknolepsiás rohamoktól (absence), ami az utóbbiak pillanatig tartó elmeredésével, naponta sokkal nagyobb számú jelentkezésével ellentétben a narkolepsiás rohamok ritkábban, de hosszabb ideig tartó eszméletvesztésével mindig sikerül.

A narkolepsia alapjának és eredetének még meglehetősen homályos volta az oka annak, hogy kezelése ma még tisztán tüneti és nem oki alapon áll. A betegség elég régi ismerete folytán igen különböző volt az évek során a gyógyszeres beavatkozás. Igy különböző antiepilepticumokkal, majd strychninnel, adrenalinnal, hypophysis hátsó lebenykivonattal, thyreoidea és parathyreoidea készítményekkel, coffeinnel, calciummal stb. végeztek therapiás kisérleteket, sajnos nagyrészt, vagy teljesen siker nélkül. A ketogen étrendnek epilepsiában elért állitólagos jó hatásán felbuzdulva *Salomon* a narkolepsiában is alkalmazta, közleményei szerint sikeresen, azonban utánvizsgálatok ezen eredményeket eddig még nem erősítették meg. Már több eredménnyel kecsegtet a *Benedek* és *Thurzó* által ajánlott suboccipitalis levegőbefúvás, ami több esetünkben tartós tünetmentességet eredményezett, azonban e kezelés hátránya, hogy csak osztályon fekvő betegen végezhető el. *Pick* vizsgálatai óta tudjuk, hogy az ephedrin a dienkephalont izgató gyógyszer, amely az ép és kéregtelenített kisérleti állatok álmát megszakítja. *Penta* vizsgálatai szerint emberen még a luminal okozta álmot is megszünteti. E kisérletek vezettek azután arra, hogy az ephedrint mint a narkolepsia specifikumát alkalmazzuk, hatása, amellyel az esetek többségében *(Doyle* 50 esete közül csak két eredménytelenül kezelt esetet látott) a kóros elalvási rohamokat megszüntetni képes, természetesen csak tüneti, mert elhagyva a gyógyszert, a betegség rövid időn belül újra visszatér.

Lederer Emil dr.
gyermekklinikai tanársegéd.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A Talma-műtét.

A hasvízkórnak legfőbb oka — egyéb betegségektől eltekintve — a viszeres rendszerben létrejövő pangás, amelynek kezelése az alapbetegség minősége szerint elsősorban belgyógyászati. A sebészeti beavatkozást egyedül a portalis pangás következtében létrejövő hasvízkór teheti szükségessé, ha eltekintünk más eredetű ascitesnek egyszeri, vagy többször, esetleg kórjelző céllal véghezvitt csapolásától. Már most előre kell azonban bocsátanunk, hogy a hasvízkór műtéti kezelése nem váltotta be azokat a reményeket, amelyeket annakidején hozzáfűztek. Számtalan módszert dolgoztak ki, amelyek hivatva lennének a hasüregben felszaporodott folyadék levezetését szolgálni, de ezek egyike sem hozta meg a joggal kívánt tökéletes eredményt.

A sebészeti eljárások lényegileg három elv köré csoportosíthatók. Az egyik új mellékági keringés létesítésével reméli a visszeres pangás területének érrendszerét megkerülni, a másik a portalis vérnek a vena cava inferiorba ömlesztésével akarja ezt elérni,s végül a harmadik a hasüregi folyadék állandó levezetésével igyekszik célhoz jutni. Amíg tehát az első két elven alapuló műtétek a hasvízkór közvetlen *okát,* a viszeres pangást igyekeznek megszüntetni, addig a harmadik elv szerint végzett műtétek a meglévő és mindig újra képződő folyadék állandó levezetésével a hasvízkór legszembeszökőbb *tünetét,* a felhalmozódott folyadékot iparkodnak kiküszöbölni.

Valamennyi műtéti mód között legelterjedtebb az ú. n. Drummond-féle műtét, amellyel a portalis véráram egy részét — megkerülve a májat — a vena cava inferiorba vezetjük. E műtétnek legfőbb célja a portalis pangás megszüntetése, de ezenkivül még a csepleszt felszívó képességét is kihasználva a savós folyadékgyülemnek felszívódással történő megkevesbbedését is remélhetjük.

A műtétet eredeti alakjában *Drummond* és *Talma* egymástól függetlenül ajánlották, s lényege, hogy a csepleszt a hasüreg elülső falába ültetjük, ami által a csepleszben bő hajszáleres hálózata széles összenövések utján összeköttetésbe kerül az elülső hasfal érhálózatával. Az eredeti műtétnek különféle változatai ismeretesek aszerint, hogy a csepleszt egyszerüen a fali hártyához varrjuk-e (intraperitonealis rögzítés), vagy pedig a hasizmok és hashártya között készített tasakba helyezve, ott rögzítjük-e (extraperitonealis rögzítés). Egyesek ajánlata szerint a csepleszt az elülső hasfal izomzata közé *(Narath),* vagy a bőralatti kötő-, illetőleg zsírszövetbe is beültethetjük *(Schönbauer).* A hasüreget a köldök alatt ajánlatos megnyitni, hogy át ne vágjuk a lig. teres hepatist, mert ennek a pangásos vér levezetésében bizonyos szerepe van. Ügyelnünk kell a továbbiakban arra is, hogy a csepleszt ne túlságosan megfeszítve rögzítsük, mert a túlrövid és feszes cseplesz a gyomor-bélcsatorna egyes részeinek leszorításával, vagy megtörésével kellemetlen szövődményeket okozhat. Olyan esetekben, amikor a cseplesz túlságosan kicsiny, sorvadt, vagy zsugorodott, helyette a lépet használjuk fel úgy, hogy felsebzett alsó pólusát a hashártyához, vagy hashártyatasakban rögzítjük.

A hasvízkór megszüntetésének másik elven alapuló megszüntetése az állatkisérletekben kidolgozott ú. n. Eck-féle sipoly, amelynek lényege a vena portae és vena cava inferior közötti közvetlen összeköttetés létesítése. E módszert emberen is kipróbálták, de eredményt nem tudtak vele elérni.

A harmadik csoportba sorolható műtétek alapelve a hasüregi folyadéknak alagcsövezés utján végzett állandó levezetése. *Rouotte* a vena saphenát kötötte össze a hashártya kis nyilásával, mások az ascitesnek a zsírszövetbe, izomhézagokba és bőralatti kötőszövetbe levezetését a legkülönbözőbb módon: üvegcsövekkel, keményített állati ütőérdarabokkal, selyem- és ezüstdrótfonalakkal igyekeztek elérni. Ismét mások a hasüreget a hashártya kis nyilásán át hozzák összeköttetésbe a környező szövetekkel *(Kalb),* vagy a mellüreggel *(Sievers, Heller).*

Valamennyi eljárás közül egyedül a Talma-műtét nyert polgárjogot a gyakorlatban. Sajnos, azonban ennek az eredményei sem mondhatók kifogástalanoknak, aminek többek között talán az is egyik oka, hogy mire a műtét jó hatása kifejlődhetnék, a betegek egy része az alapbetegségben, vagy ehhez társuló egyéb közbeeső betegségekben már korábban elpusztul. Legjobb eredményt adja a Talma-műtét akkor, ha azt a májzsugorodás korai, ú. n. hypertrophikus szakában végezzük. Ilyenkor a különböző statistikák nagyjából egyöntetű adatai szerint az eseteknek kb. egyharmadában számithatunk jó eredményre. A műtét alkalmával kibocsátott ascites a műtét után hamarosan ujraképződik, ami azonban még nem nevezhető sikertelenségnek. Ilyen esetekben gyakran többszöri csapolásra is szükség lehet, amíg a beteg eléri azt az időpontot, amikor az eredményes műtét jó hatása már jelentkezik.

Czirer László dr.
egy. magántanár, kórházi főorvos.

Az akrosklerosis (arc és kéz angiospastikus és trophicus elváltozása) és a Raynaud-féle betegség elkülönitő kórisméje.

Az akrosklerosist a valódi sklerodermán kivül leggyakrabban a morbus Raynauddal tévesztik össze. A betegséget a skleroderma és morbus Raynaud combinatiójának is tekintik, sőt sokan azt tartják a typusnak. Magam az akrosklerosist a sklerodermától és a morbus Raynaudtól teljesen elkülönítettem és mint önálló kórformát irtam le.

Ha az akroskleros's és Raynaud-féle betegség közti különbséget akarjuk megállapitani, szükséges, hogy a két betegség összes klinikai és biologiai tüneteit gyüjtsük és hasonlítsuk össze, amelyek a két kórforma elkülönítését lehetővé teszik és bizonyítják, hogy a sklerodermának és a morbus Raynaudnak egyetlen közös tünete sincs, éppúgy, mint az akrosklerosisnak nincs ilyen közös tünete a sklerodermával és a morbus Raynaudtól is teljesen különbözik. Ez vezet végre ahhoz a megismeréshez, hogy a skleroderma és az akrosklerosis két egymástól teljesen független betegség.

Az akrosklerosis, az arc és a kéz angiospastikus-trophicus elvátozásának *legfontosabb tünete a vasomotoros zavar.* Már a betegség legkorábbi stadiumában felismerhető a synkope és asphyxia. Ezek a tünetek gyengébbek vagy erősebbek. Néha pl. az ujjak alig fehérek a synkopeben és alig kékek az asphyxiás szakban, máskor azonban sötétkékek, lividek, cyanotikusak és éppenúgy a többi akra. Már a korai tünetekhez tartoznak *a szív- és nagyedények* megbetegedései is, valamint *a capillarisok* elváltozásai, a teleangiektasiák. A synkope és asphyxia a sym-

pathicus megbetegedésére és tágabb értelemben központi vasomotoros megbetegedésre utal. A szív- és véredény elváltozások evvel összhangban vannak, a teleangiektasiák éppenúgy, mint az aorta elváltozások. A végtag-fájdalmak és *a hidegre beálló* igen jellemző „hidegfájdalmak" az idegrendszerrel, azaz a sympathicussal függnek össze, amely viszont a nagy és kis erek görcsös tüneteit váltja ki. Az akrákon ritkábban an- és hyperaesthesia fordulhat elő. Ilyet találunk pl. a mamillákon, a nyelven (nyelvcsúcson), valamint *az utolsó ujjperceken,* ahol *kisfokú bőrelhalások és kifekélyesedések* is előfordulnak. A fekélyeket éppenúgy, mint a röntgenvizsgálattal már a betegség kezdetén észlelhető csontelváltozásokat, csontfelszívódásokat, mutilatiókat, trophicus-zavarok következményeinek tartjuk. Igen jellegzetes tünete az akrosklerosisnak *a bőr és alatta lévő szövetek rövidülése, zsugorodása az arcon és kézen.*

A Raynaud-féle betegség.

Ezzel szemben a *morbus Raynaud*-nak legfontosabb tünete *a vasomotoros zavarokon és fájdalmakon kivül a gangraena*, amely többnyire symmetriásan, a végtagokon, de egyebütt is jelentkezhet. A gangraena olyan *nagy fokban és kiterjedésben,* mint azt a Raynaud-betegség esetén láthatjuk, akrosklerosis esetén sohasem fordul elő. Ebben csak egész *kis fekélyek,* elhalások, keletkeznek, leginkább a kéz, ritkábban a lábujjakon, másutt csak elvétve. *A morbus Raynaud-nak a nagyterjedelmű gangraena a legjellegzetesebb tünete,* a többi jelenségnek csak alárendeltebb szerepe van. A paraesthesiákból, synkopeból, asphyxiából kezdetben csak gyaníthatjuk ezt a betegséget, azonban a biztos diagnosist csak a gangraena teszi lehetővé. A vasomotoros zavarok, fájdalmak, amelyek a Raynaud-betegségben előfordulnak, sem az egyik, sem a másik megbetegedésre nem kizáróan jellemzők; találhatók pl. thrombosisban és máshol. *Az akrosklerosisra igen jellemző bőr és az alatta lévő szövet zsugorodása, rövidülése, semmiféle, ebbe a körbe tartozó más betegségben nem fordul elő.* A zsugorodás, rövidülés a bőrre és az alatta lévő izmokra vonatkozik, s ennek következtében sklerosus tapintatúak lehetnek az ujjak, esetleg az arc. Az ujjcsúcsokon, melyek hegyesek lehetnek, sajátságos hegek képződnek. Akrosklerosisban trophicus zavarok okozzák az ujiperccsontok elhalását, felszívódását, a mutilatiót. A nekrosisok az ujjvégeken szintén nem kizáróan jellemzők az egyik vagy a másik megbetegedésre. Ezek a kézen és lábon előfordulhatnak *thromboangitisekben, öregkorú és diabeteses gangraena* esetén és másutt is. A Raynaud-betegségben a *venás tonus-változások* szintén igen jellemző adatokat szolgáltatnak. *Morbus Raynaudban venás hypotoniát* állapítottak meg, ellentétben a capillarisok más megbetegedéseivel, amelyek *venás hypertoniával* járnak. *Akrosklerosis* néhány esetében a vena tonus emelkedését találtuk. Mennyiben függ össze e jelenség az *adrenalinszerű (A) anyagoknak* mobilisatiójával ebben a betegségben, azt csak a későbbi vizsgálatok fogják eldönteni. Egyik régebbi munkámban megállapítottam, hogy a vasomotoros betegségben *a bőr igen érzékeny adrenalin iránt,* továbbá kimutattam, hogy ha adrenalinszerű anyagot iontophoresissel viszünk a szervezetbe, akkor annak *savóiában legtovább a Raynaud-betegségben* (3 hónapig is) mutathatjuk ki *az adrenalint,* míg akrosklerosis esetén csak 8—10 napig. Morbus Raynaudban ezenkivül a *calcium anyagcsere* is változik, mint néha akrosklerosis, de sclerodermia verum esetében is. Ezért a parathyreoideában, mint a calcium anyagcseréjével összefüggő szervben keresték e bántalmak okát is. S mivel sokan az akrosklerosist a sclerodermával azonosították, azért a parathyreoidektomiát mindkét betegség gyógyítására ajánlották. Azonban *a sclerodermia verum pathogenesise teljesen eltér az akrosklerosisétől,* s azért nem is valószínű, hogy a két betegség gyógyítása azonos lehet. De calciumzavar még más betegségben pl. ólommérgezésben, porphyrinuriában is kimutatható és ezért nem lehet a calcium anyagcsere zavarából a sclerodermia verum és az akrosklerosis közös eredetére következtetni. A bőrizmok és a nyálkahártyák ezenkivül az izületek, a csontok és a belsőszervek elváltozásai szintén nagyon jellemzőek az akrosklerosisra és lehetővé teszik elkülönítését a Raynaud-féle betegségtől. *A bőr a Raynaud-féle betegségben nem zsugorodik, nem rövidül, nem atrophiás,* csak a gangraenának vannak meg természetesen a bőrön is klinikai és szöveti jelenségei. *Az atrophia az akrosklerosisban sohasem származik előzetes keményedés után mint a sclerodermában.* Az atrophia ilyenkor nem a betegség második stadiuma, mint a sclerodermában, sőt ellenkezőleg, mivel a betegség centralis okból származik, később a bőr még valamivel keményebb, sclerosusabb is. Sclerodermában az infiltrált kemény telep puhul fel, az akrosklerosisban fordítva, a puha bőr válhatik keményebbé, sclerosussá.

Az *akrosklerosis atrophiája* nem hasonlítható össze az akrodermatitis atrophicansszal, mely elsősorban gyulladásos sorvadás. Az akrosklerosisra jellemző zsugorodó folyamat a bőrről ráterjedhet a bőralatti izmokra s ilyképpen kisebb vagy nagyobb területen keményebb tapintatú telepek fejlődhetnek. *A bőrzsugorodás átterjedhet néha a száj nyálkahártyájára és a gégére is, ami sclerodermában sohasem fordul elő* (kivételek a „coup de sabre" esetek, ha a száj nyálkahártyáját érik.). A bőr és izmok zsugorodása következtében a bőr az akrosklerosisban rigid, merev, sclerosus. Ez vonatkozhatik kis, de diffus területekre is, melyek néha azt a látszatot kelthetik, mintha kemény területek fordulnának elő, ami azonban sohasem tévesztendő össze az induratióval, amely élesen körülírt keményedés és jellemző tünete a sclerodermia verumnak. *Az izületek* elváltozásai, az arthritisek, arthrosisok, pseudoarthrosisok szintén akrosklerosis esetében fordulnak elő, sclerodermia verumban majdnem sohasem. Ezek az izületi elváltozások néha szinte merev tapintásúak és szintén nem tévesztendők össze valódi induratiókkal.

Külön kell megemlékeznünk a *sokizületi gyulladásról és az izületek környékének megbetegedéseiről.* A reumás sok-izületi gyulladás aetiologiája még nincs annyira tisztázva, hogy az akrosklerosisban elég gyakori izületi elváltozások számára már ma minden tekintetben elfogadható magyarázatot találjunk. Igen csábít a „trophicus zavar" felvétele, amit ha sok szerző el is fogad, azonban még több elutasít. Nagyon valószínű, hogy sok esetben hormonok szerepelnek különösen a később deformatiókra vezető esetekben is, amelyek hormonalis kezelésre javulnak is, mégsem ismerjük eddig ezeknek az eseteknek aetiologiáját. Azt is felvették, hogy a hormon zavarok csak előkészítik a talajt a későbbi infectio számára. Ennek ellentmond, amit néhány esetben szintén tapasztaltam, hogy nagymennyiségű hormonra az akrosklerosis izületi elváltozásai lényegesen megjavultak. Végleges bizonyítékokat természetesen csak ennek a tünetcsoportnak teljes tisztázása hozhat.

Ezekből a tünetekből látható, hogy a *„trophicus zavaroknak"* tulajdonképpen olyan toxikus, vagyis vegyi folyamatok által előidézett állapotok felelnek meg, amelyekben az idegrendszer is szerepel. A hormonoknak, mint vegyi anyagoknak hatása a vegetativ idegrendszerre (pl. Basedow,- Addison,- ovarium betegségekben) tagadhatatlan. A vegyi anyagok trophicus hatása az idegrendszer útján

tehát morbus Raynaudban és akroskleroSisban szintén felvehető. Az akroskleroSis okát a centralis-vegetativ idegrendszeren kivül valamely más vegyi (adrenalinhoz közel álló?) anyagban is kell keresni, amely a m. Raynaudban is kiváltja a trophicus zavarokat. Trophicus elváltozások azonban soha sincsenek skleroderma verumban. Ezt a betegséget a *dysfermentosisok* közé soroltam, vagyis azokhoz az anyagcserebetegségekhez, melyeket bizonyos fermentek rendellenes működése okoz.

Külön kell még megemliteni a *csontelváltozásokat*. A csontelváltozások akroskleroSisban leggyakrabban az akrákon, nevezetesen a kéz- és lábujjak végén fordulnak elő. A zsugorodó, rövidülő, atrophiás folyamatokkal együtt gyakran az utolsó ujjpercek csontjain akroskleroSisra igen jellemző mutilatiók és felszivódások keletkeznek, melyek már kezdetben is röntgen-vizsgálattal könnyen kimutathatók. Leggyakrabban az utolsó, ritkán a második vagy az első ujjpercek betegednek meg. Ezek a tünetek sem szoktak Raynaud-betegségben előfordulni.

AkroskleroSisra jellemző még *az arc merev tekintete* és a később kifejlődő *maszkszerű arc*, amely Raynaud betegségben sohasem fordul elő. AkroskleroSisra éppen az arcnak, a kéznek és lábnak elváltozásai jellemzők, amelyek a vasomotoros és trophicus zavarokkal együtt ezt a betegséget úgy a Raynaud-féle betegségtől, mint a skleroderma verumtól elválasztják és önálló betegségnek tüntetik fel. A skleroderma verum *körülírt, kemény induratiós, infiltrativ folyamat*. Induratio azonban sohasem jár a Raynaud-féle betegség tüneteivel. Ennek jellemző tünetei, a synkope, az asphyxia, a hidegokozta fájdalmak, stb. A Raynaud-féle betegség a vasomotoros jelenségeken és fájdalmon kivül sohasem jár együtt az akroskleroSis lényeges tüneteivel, minő a zsugorodó, rövidülő, atrophiás bőr és a bőralatti izmok, a kis fekélyek az ujjak végén, a phalangeális csontelváltozások, a mutilatiók, a maszkarc stb. Ez a három betegség tehát egymástól teljesen különbözik, egymáshoz közük sincs, miértis szigorúan elkülönítendők. Ebből következik az is, hogy a skleroderma verum és az akroskleroSis úgy klinikai, mint élettani szempontból teljesen önálló betegség.

Sellei József dr.
a Charité-Poliklinika
főorvosa.

A metrosalpingographia.

A fogamzás elmaradásának nagy százalékban a férfi az oka (erectio-hiány, ejaculatio ante portas, neurasthenia sexualis, epi- és hypospadiasis egyes esetei, azoospermia stb.). A nő meddőségének gyakori okozója a kétoldali méhkürtelzáródás, mely leginkább kankós, ritkábban más genykeltő fertőzések szövődménye, de maró vegyszerek (jod, formalin okozta ú. n. steril gyulladások) is előidézhetik. A női meddőséget okozó számos más elváltozást és rendellenességet ez alkalommal nem tárgyaljuk.

Ha meddőséget panaszoló nő vizsgálatakor rendes hüvelyt, portiót, méhszájat és méhet találunk vagy csupán retroflexiót (ami legritkább esetben okoz meddőséget), úgy akár van egy- vagy kétoldali adnextumor, lenőtt adnexum, akár nincsen, a méh és méhkürtök átjárhatóságáról meg kell győződnünk. (Előzőleg a férj és ondója vizsgálandó.) Méhkürtgyulladások tapintható eltérés visszahagyása nélkül meggyógyulhatnak és a kürtnyálkahártya valahol mégis összetapadt, akár mindkét oldalon is; ez a körülmény pedig kétségtelenül meddőséget okoz.

A méh és kürtök átjárhatóságáról két módszerrel győződhetünk meg: „pertubatio"-val és metrosalpingographiával. (M.)

A pertubatio könnyen elvégezhető. Méhkatheteren át, melyen a külső méhszáj elzárására szolgáló conicus gummi van, határozott nyomás mellett levegőt (oxygent, legujabban szénsavat) bocsátunk a méh üregébe, ezen át a petevezetőkbe. A levegő nyomását manometer mutatja. A hasfalon hallgatózva, a tubákon átáramló levegő fúvó hangja jól hallható. Ha a nyomás a manometerben emelkedik (100—200 hg.mm) és a petevezetők helyének megfelelően a hasfalon hangot nem hallunk, úgy a tubák zártak, ha a nyomás csökken és a jellegzetes hang hallhatóvá válik, akkor átjárhatók a kürtök; ha csak az egyik oldalon hallunk hangot, a másik oldali elzáródás valószinű. Átjárhatóság esetén röntgenfelvételen a máj és rekesz között sarló alakú léghólyag látható.

A tubaátfúvás azonban korántsem olyan tökéletes diagnostikai eljárás, mint amilyennek első pillanatban látszik. Hátrányai: 1. A méhkürt interstitialis (intramuralis) részének természetesen szűkebb volta és a nyálkahártyabélés redős, helyenkint szelepszerű fejlődése miatt a nyomás alatt beszorított levegő esetleg nem tud áthatolni ott, ahol a pete és ondósejtek kényelmesen átférnek és így elzáródást kórismézünk, pedig nincsen. 2. Ha az átfúvott méhkürtben még virulens bakteriumok vannak, a levegő tovasodorhatja azokat; következmény: kis medencei, esetleg általános hashártyagyulladás. 3. Légembolia. 4. Bőremphysema. 5. Esetleg meglévő, genyes saktosalpinx megpukkadása. 6. Egyik legnagyobb hibája, hogy nem mutatja ki bizonyosan az elzáródás egyoldaliságát és egyáltalán nem az elzáródás helyét.

A pertubatiót, mint úttörő eljárást követte a jóval tökéletesebb és veszélytelenebb M. Ez az eljárás a méh és petevezetők röntgensugarat át nem bocsátó contrastanyaggal megtöltéséből, ezután röntgenképek készítéséből áll. Teljesítőképessége a pertubatiónál jóval nagyobb, mivel a M. a belső genitaliák fejlődési rendellenességeit, a submucosus és intramuralis daganatokat és a tubaelzáródás helyét is kimutatja.

A M. elvégzésének feltételei:

1. A férj nemzőképességének megállapítása.

2. Ne legyen nőnek olyan baja, mely belgyógyászati vagy éppen sebészi beavatkozást igényel, mert meddőségének okát azok megtörténte, illetőleg a betegség lefolyása után is ráérünk kikutatni.

3. Legyen a nő legalább egy héttel a menstruatio lezajlása után vagy legkésőbb egy héttel a várható menstruatio előtt. (Menses után közvetlenül a méhnyálkahártya *még* nem ép, előtte pedig *már* feilazult és vérbő, tehát méhüri kórismézésre nem alkalmas.)

4. Ne legyen olyan genitális megbetegedése, mely lázzal vagy vérzéssel jár.

5. Ha az anamnesisben lázas megbetegedés szerepel, legalább fél esztendeig kell várnia, teljesen láztalan állapotban. Általában minden M.-ra kerülő betegen „provocatio"-t kell végezni. Ez abból áll, hogy a beavatkozás előtt két izben (délelőtt és délután) hőléget alkalmazunk a hasra, ahol ez nem áll rendelkezésre, ott 40 C fokos thermophort rakunk 20—20 percig a hasra és a keresztcsont tájékára, utána a hőmérséket két órán át fél óránkint lemérjük. Ha a hőmérséklet ilyenkor 37 C fok fölé emelkedik, ne végezzünk M-t, mert félős, hogy még virulens bakteriumok vannak a genitaliák területén.

6. Minden esetben bakteriologiai vizsgálat végzendő (urethra, cervix, hüvelyváladék), legalább II. „tisztasági fok" és teljes gonococcus mentesség kivánatos; ha nincsen, úgy a megfelelő kezeléssel előbb megteremtendő.

A M. kivitelekor hasüri beavatkozást végzünk, tehát ennek megfelelő sterilitással kell eljárnunk. A kellően

desinficiált hüvelyt tükrökkel feltárjuk, a portio felső ajkát golyófogóval rögzítjük, ha a méhszáj vagy nyakcsatorna szűk, Hegar-okkal 4—4½-ig tágítjuk. A contrastanyagot Braun-fecskendőre alkalmazott rugalms, kemény gummiillesztékkel juttatjuk be a méhbe.

Collargollal, majd natriumbromiddal végzett elégtelen kisérletek után ma a 40%-os jodipin *(Merck)* használatos erre a célra. A jodipin olajos jód keverék, intensiv árnyékot ad, igen lassan szívódik fel és magas jódtartalma miatt — anélkül, hogy a szöveteket izgatná — mint desinficiens is szerepel. Rendes viszonyok mellett 5 ccm jodipint fecskendezünk be. Ha elzáródás van, vagy az uterus a rendesnél kisebb, kevesebb is elegendő.

A méhszáj elzárására a portióra alkalmazott Szilifélе aprófogú, lapos museux szolgál. A töltés fokozatos előrehaladása és a fimbrialis tubavégen a hasüregbe ürülése röntgenernyő alatt jól észlelhető. 24 óra mulva a töltés árnyéka a kismedencében szétkenődve, legnagyobb tömegével a Douglasban látható.

A normalis viszonyoktól eltérő momentumokat röntgenfelvétellel rögzítjük. Alak- és helyzetváltozások, elzáródások és daganatok felismerhetőségén kivül a méh- és kürtizomzat működésének tanulmányozására is alkalmunk nyilik.

Sokszor tapasztaljuk, hogy a M. elvégzése után egykét hónappal a normalis nemiéletet élő nő teherbe esik. Ennek az a magyarázata, hogy a töltésre használt jodipin a felületes nyálkahártyaösszenövéseket vagy összetapadásokat, melyek eddig mechanikai akadályt képeztek, szétválasztotta s így az ondósejtek útja szabaddá vált.

A M. indicatiója, elvégzése, a röntgenképek értékelése, az esetleg szükségesnek látszó műtéti beavatkozások természetesen szaktudást és körültekintő gondosságot igényelnek. Mint *Stoeckel* találóan mondja: „igen veszélyesek a gynaekologiai gyakorlatot és tapasztalatokat nélkülöző röntgenologusok, helyesebben azok, akik röntgenologusoknak mondják magukat" és az „iskolázatlan (ungeschult) kezek, melyekhez rendszerint iskolázatlan fejek is tartoznak". *Zágon András dr.*, közkórházi adjunctus.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

Az összetéveszthető kórképekről.

Bronchitis és emphysema. Fiatalabb egyéneken előfordul a bronchitisnek olyan formája, amely súlyos következményekkel járhat akkor, ha kóreredetét kellő időben nem derítjük ki. Hevenyen kezdődik, a köhögés nem javul, a köpet egyre szaporodik, a tüdők felett ritkásan szörtyzörejt hallani *különösen a kulcs alatt,* száraz, búgó, fütyülő zörejjel. A láz mérsékelt, a vérsejtsülyedés erősen fokozott. A köpetben ilyenkor nem egyszer Koch-bacillus ismerhető fel, de ha ez nem sikerül, akkor is röntgennel, többnyire a kulcs alatt cseresznye-diónyi friss beszűrődést láthatunk. E hörghurut képében jelentkező friss tbc. forma, *a kulcsalatti beszűrődés* felismerése a szükséges gyógykezelés (esetleg pneumothorax) mielőbbi alkalmazása miatt is fontos.

A bronchoblenorrheás betegek köpete sokszor többszáz ccm lehet. Kopogtatási eltérés nincs, tüdőszerte szörtyzörejek hallhatók és a kórképet főkép kyphoskoliotikusokon látni. Az évekon át tartó hurut miatt az ilyen betegeket gümőkórosoknak gondolják, tüdőbeteg sanatoriumokba küldik, pedig csak nagy ritkaság, hogy e többnyire rahitikus egyének gümőkórban betegednének meg. Az ilyen betegek nem tuberculosist, hanem a jobb szív túlterhelése következtében szívelégtelenséget kapnak.

A felületen lejátszódó gümős bronchitist *(Bard)* jellemzi, hogy kézzelfogható klinikai és radiológiai lelet nélkül ismételten Koch-bacillust találni a köpetben.

Az idült bronchitis, bronchostenosishoz vagy bronchitis deformanshoz vezet és az utóbbiak atelektasiát idéznek elő, tuberculosissal összetévesztésre adva alkalmat.

Idült bronchusmegbetegedés az ú. n. *eosinophil catarrhus,* amely időnként kifejezett köhögési rohamokkal jár, amiért is *csökevényes asthmának* nevezik. Ilyenkor a vérben és a köpetben nagyszámú eosinophil sejt található.

A bronchitis oka gyakran az *emphysema, Sergent* a neves francia phthiseologus mondása, hogy: „nincs emphysema bronchitis nélkül", valóban találó. Ha az emphysemás beteget röntgenernyő elé állítjuk, választ kapunk afelől, vajjon van-e tuberculosisa. Ugyanis nem ritkán kimutatható, mint a haematogen gümős szóródással kapcsolatosan emphysema jelenik meg és a tüdőszövet rugalmasságának csökkenése mellett, valószinüleg a legkisebb bronchusokra gyakorolt nyomás is kiváltó ok gyanánt szerepel. A szétszórt productiv gócok elhegesedése a centrum körül apró emphysemás területeket létesíthet (miliaris emphysema) és az ilyen elváltozás tömeges előfordulása az emphysema kórképének tüneteit idézi elő. Máskor meg a régi fibrosus, meszes gócok mellett találunk tüdőtágulást *(tbc. fibrosa ab emphysemate),* amikor az erek szakadékonysága következtében tüdővérzés jelentkezhet. Figyelmes vizsgálattal, bár nem gyakran, még frissebb gócokat is találni, a köpetben pedig Koch-bacillus ismerhető fel. Elkülönítő kórisme és a beteg környezetének prophylaxisa szempontjából elsőrendű fontosságú a röntgenernyő előtt az emphysemahólyagok okozta *álkavernák* elkülönítése a valódi kavernáktól.

Leggyakoribb a tuberculosissal kapcsolatos emphysema, még pedig *Benedict* szerint akkor, midőn a tbc. már mintegy kialudt, hatályát veszti, s talaján önálló evolutióval bíró megbetegedések jelentkeznek. Ezek az ú. n. metatuberculosus megbetegedések.

Az emphysemának körülírt formája, amely veleszületett vagy heges csúcsfolyamat következménye, majd mindig a tüdők csúcsterületén található (csúcsemphysema). Nehéz súly emelésekor, vagy erőltetett köhögéskor az egyik ilyen emphysemás léghólyag megrepedhet és spontán pneumothoraxot okoz. Két idevágó esetet észleltem: mindkettőben a pneumothorax 2—3 hét alatt beavatkozás nélkül felszívódott és a beteg, legalább is a következő léghólyag megrepedéséig gyógyultnak tekinthető.

Puder Sándor dr.

KÉRDÉS — FELELET

Helyreigazítás. 4-ik számunkban a „Kérdés-Felelet" rovatban a felelet 9-ik sorába elírásból értelemzavaró hiba csúszott be, ami a számadatok megfigyelésekor észrevehető. A hiba úgy helyesbítendő, hogy „Formalin folyadékból 20 m^3-re ¼ litert, 80 m^3-re 1 litert kell elpárologtatni".

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A hólyagnyak megbetegedése. (Morbus colli vesicae.)

E gyüjtő elnevezés alá azok a hólyagnyakmegbetegedések tartoznak, amelyek a prostatatúltengés által okozott kórképhez teljesen hasonló tüneteket idéznek elő, anélkül, hogy a prostatán feltünő elváltozás volna. E kórképet ezért prostatamegnagyobbodás nélküli prostatamegbetegedésnek (prostatismus sine prostata is nevezik.

E betegségek egy része veleszületett, másik része szerzett. A veleszületett alakok az elváltozások súlyossága szerint a 8—25 év közt jelentkeznek, míg a szerzett alakok csak a 40-ik év után nyilvánulnak meg.

A megbetegedés aránylag ritka. Kezdetén a betegek vizeletüket csak nagyobb erőkifejtéssel, a hasprés igénybevétele mellett tudják kiüríteni, de a vizelet sugara még igy is gyengébb, amiért vizelésük feltűnően tovább tart, mint egészséges emberé. A megbetegedés további szakában a vizelések száma akkor is megszaporodik, ha a hólyagban gyulladásos tünetek nincsenek. Ha az ilyen betegek hólyagját megcsapoljuk, azt látjuk, hogy a hólyagban több-kevesebb visszamaradó vizelet (residuum) van. Idővel a visszamaradó vizelet mennyisége mind több és több lesz, úgy hogy a visszamaradó vizelet mennyisége előrehaladottabb esetben 200—300 ccm-t is elér. Később a betegek vizelni vagy csak cseppekben vagy egyáltalában nem tudnak, s ha rajtuk rendszeres csapolással nem segítünk, akkor bekövetkezik a telt hólyag melletti akarattól független vizeletcsepegés, az ischuria paradoxa. A tökéletlen hólyagkiürüléshez előbb-utóbb csatlakozó fertőzés a helyzetet igen súlyosbítja, úgy hogy a keletkező septicus pyelo-nephritisek a beteg életét is veszélyeztetik.

A hólyagnyakmegbetegedés *kórismézése* csak kizárás útján lehetséges. Vizeletkiürülési zavarok esetén nem találjuk meg a vizeletkiürülési zavar megszokott okait. A húgycsőben gyulladás, szűkület, idegen test, kő, vagy daganat nincs. A prostata rendes nagyságú. A gerincvelő megbetegedései, — spina bifida, tabes, gerincvelősérülések —, kizárhatók. A hólyagtükri vizsgálat a hólyagnyakon vagy semmi elváltozást nem talál, vagy az elváltozások csak igen kisfokúak. Röntgenfelvétellel az egyedüli elváltozás legfeljebb csak az, hogy a hólyagnyakot megtöltő contrastanyag kivizelésekor a hólyag belső záró izma nem nyílik ki úgy mint rendesen, hanem erősen beszűkült rést képez, vagy teljes vizeletképtelenség esetén egészen zárt marad.

A hólyagnyakmegbetegedés *oka* nem egységes. A veleszületett megbetegedések nagy részében a hólyagzáró izom kóros elváltozást egyáltalában nem mutat. Az izom kóros elváltozását szövettani vizsgálattal nem tudtuk kimutatni. A vizeletkiürülési zavar oka ebben az esetben tisztán a záró izom hypertoniája *(hypertonia sphincteris)*. A megbetegedések egy másik csoportjában a hólyagzáróizom tömegesebb, s ennek az oka a záróizom izomelemeinek a megszaporodása, ugyanakkor azonban a záróizom mirigyelemei rendesek maradnak *(hyperplasia sphincteris)*. Ismét máskor a záróizom izomelemei egész kiterjedésükben gömbsejtesen beszűrődöttek, gyulladásosak *(inflammatio sphincteris)*. Ha ez a gyulladás hosszabb ideig tart, akkor ez a sphincter izomzatának a teljes kötőszövetes átalakulásához *(sklerosis sphincteris)* vezet, amelyhez igen gyakran az egész prostata heges zsugorodása és megkisebbedése *(atrophia prostatae)* is csatlakozik. Mivel a záróizom gyulladása a nyálkahártya közelében a legkifejezettebb, nyilvánvaló, hogy a záróizom gyulladása és kötőszövetes átalakulása csak a húgycsőről reáterjedő másodlagos jelenség. A hólyagnyakmegbetegedések egy részében azt látjuk, hogy a sphinctertáj kissé dudorzatos. Ennek az elváltozásnak a záróizom mirigyelemeinek a megszaporodása az oka *(adenoma glandularum sphincteris)*, ami már a prostata hypertrophiához hasonló jelenség. A hólyagizomzat túltengése *(trabecularisatio)* és az ureternyilások kitágulása csak másodlagos tünetek. Nem ritka az sem, hogy a hólyagban veleszületett gurdélyokat (diverticulumokat) találunk. Ha a hólyagbeli vizeletpangás igen kifejezett, akkor az ureternyilások is kitágulnak, s ekkor már a vesék működése is jelentékenyen romlik.

A hólyagnyagmegbetegedés veleszületett eseteiben, tehát a záróizom hypertoniája és hyperplasiája, szerzett esetekben pedig a belső hólyagzáróizom gyulladásos beszűrődése, kötőszövetes átalakulása és ritkán a záróizom mirigyelemeinek az adenomája az, ami a hólyagzáróizom rendes működését megakadályozza. Ha el akarjuk érni, hogy a vizeletkiürítés ismét rendes legyen, akkor el kell távolítanunk a kórosan elváltozott belső záróizmot. E célra két út áll rendelkezésünkre. Az egyik *a véres beavatkozás* magas hólyagmetszés útján, a másik pedig a mindössze néhány év óta használatos *húgycsövön át történő villanyos kimetszés*, a transurethralis diathermiás resectio.

A sphincternek véres úton történő eltávolítása régen bevált eljárás, de mivel sokkal veszélyesebb, mint a villanyos kimetszés, ennek az eljárásnak ma már csak akkor van jogosultsága, ha a hólyagot valamely egyéb megbetegedés, pl diverticulum, daganat vagy nagy kő miatt már úgyis meg kell nyítanunk. Ha a véres beavatkozást végezzük, akkor *az egész belső záróizmot ki kell vágnunk*. Az egyszerű sphincterbemetszés vagy a sphincterből végzett ékkimetszés eredményei nem mindig kielégítők, míg az egész sphinctergyűrű eltávolítása után a hólyag mindig kiürül, s így az eredmény tökéletes. Ilyen tökéletes eredményt érhetünk azonban el a hólyagzáróizom villanyos kimetszésével is. Ez sokkal kisebb, hosszabb fekvést nem igénylő, majdnem veszélytelen beavatkozás, amely még olyan esetekben is elvégezhető, amikor a beteg rossz általános állapota miatt minden nagyobb véres beavatkozás lehetetlen. Igyekeznünk kell azonban, hogy az elektromos kaccsal a záróizomból lehetőleg sokat távolítsunk el. Én a Mac Carthy-Bitschay-féle eszközzel a sphincter gyűrű alsó felének eltávolításával 4 esetben teljes gyógyulást értem el. Amennyiben egy ülésben a hólyag teljes kiürülését nem tudnánk elérni, az elektromos resectiót szükség szerint megismételhetjük. A belső hólyagzáróizom húgycsövön át végzett villanyos kimetszésének előnye oly szembetűnő, hogy ahol technikai okokból csak lehetséges, a megbetegedett hólyagzáróizmot villanyos kimetszéssel kell eltávolítanunk.

Mező Béla dr. egyetemi magántanár.

Evipan-natrium altatás.

Az evipan-natrium altatásról az utóbbi években az orvosi irodalomban rengeteg cikk jelent meg, amelyek kivétel nélkül bizonyítják a szernek kiválóságát és használhatóságát. Ezekhez a megfigyelésekhez óhajtom hozzáfűzni az I. sz. sebészeti klinikán 350 esetben szerzett tapasztalatokat.

Tapasztalataink általában megegyeznek a többi szerző észleleteivel, akik a szert különösen olyan esetekben tartják a legjobbnak, ahol rövidebb műtéteket, fájdalmas vizsgálatokat kell elvégezni. Egyes szerzők *(Sailer* stb.) hosszabb altatásra is alkalmasnak tartják az evipan-natriumot.

Mi az altatószert mindig altatás előtt frissen oldottuk, hogy megelőzzük azokat a zavarokat, amelyeket *Kaspar* kész oldatok használata esetén gyakrabban észlelt.

Az adagolást teljesen egyénileg, a beteghez méretezve állapítjuk meg olymódon, hogy a folyadék lassú befecskendezése közben a beteget állandóan figyeljük és az elalváshoz szükséges adagnak, amely rendesen 2—4 ccm, maximálisan a kétszeresét adjuk, amely adag tapasztalataink szerint 18—20 percig terjedő műtétekhez elegendő. Az elalvást rendesen a beteg állkapcsának leesése jelzi. Egészen rövid műtétek esetén, ahol csak bódulatra van szükségünk, 4—5 ccm elegendő, mert ettől 5—6 percig a beteg mély álomban van, kisebb beavatkozások pedig ez idő alatt jól elvégezhetők. Ambulans műtétekre is lehet alkalmazni, bár az altatás után a betegek sok esetben kissé nyugtalanok, miért is célszerű evipan bódítás után a beteget egy-két órára lefektetni. Legtöbb esetben azonban pár perccel a felébredés után a betegek már teljesen jól érzik magukat. A klinikán hosszabb műtétek alkalmával csak néhány esetben alkalmaztuk, olyképen, hogy a betegnek, amikor ébredezik, újabb kisebb mennyiségű evipan-natriumot adtunk és ha az említett adag nem volt elegendő és a műtétet nem tudtuk befejezni, utólag inkább aetherrel folytattuk az altatást. *Sailer, Westeborg* és mások többszörösen ismételt adaggal minden kellemetlen zavaró körülmény nélkül adtak 20—30 ccm-t is.

Jó eredményeket láttunk, amit egyébként legtöbb szerző megemlít, ha hosszabb műtétek esetén az evipan-natriumot bevezető altatószernek alkalmaztuk, úgy, hogy néhány ccm adagolása után áttértünk az aether altatásra. Ilyenkor az elalvás teljesen nyugodt szokott lenni, a betegeknek nincsen meg az inhalatiós altatáskor mindig meglévő kellemetlen fulladásos érzésük és lényegesen kevesebb altatószerre van szükség. Ugyancsak jó eredményeket láttunk, ha a bevezető altatást helybeli érzéstelenítéssel egyesítettük; ilymódon hosszabb műtéteket is könnyen el lehet végezni helybeli érzéstelenítéssel és meg van az eljárásnak az az előnye is, hogy a beteg felébredése után a műtéti terület fájdalommentes, ami tisztán evipan altatáskor az altatás megszüntetése után, amikor az érzékenység hamar visszatér, rendesen igen kellemetlen szokott lenni.

Műtétek előtt a betegeknek egyesek adnak, mások ellenzik, a morphiumot. *Menegaux* és *Sechehaye* 23.000 esetet gyüjtöttek össze statistikájukban és ennek az alapján ajánlják, hogy műtét előtt 0.01 gr morphiumot adjunk a betegeknek, mert azt tapasztalták, hogy ez az elalvást nyugodtabbá, az ébredést símábbá teszi és tompítja felébredés után a fájdalmakat is.

Bizonyos betegségekben, elsősorban májbetegségek sepsis esetében, igen öreg betegeken és általában ahol a vérkeringés rendszerében van valami elváltozás *(Stampfl)*, továbbá a szájfenék gyulladásos megbetegedéseiben, ahol a nyelési reflex megszünése kellemetlen lehet műtét alatt, *ellenjavalt* az evipan altatás. Ezzel szemben gyermekkorban *(Klages)* igen jók az eredmények.

A irodalomból tudjuk és saját anyagunkban is láttuk, hogy vannak esetek, ahol az altatószer nem vált be, a betegek főleg férfiak, nagyobb adag után sem aludtak el, sőt az eseteknek kb. 2%-ban igen erős motorikus nyugtalanságot is láttunk. Ezért a klinikán azokban az esetekben, ahol az elalvás 4—5 ccm befecskendezése után sem áll be, megszüntetjük az adagolást és más altatásra térünk át, mert az a tapasztalatunk, hogy az ilyen betegeken csak nagy adag evipannal érünk el mély narcosist, amikor viszont a műtét után több óráig tartó rendkivül nagy nyugtalanságot észleltünk. Ezen megfigyelésünket mások is megerősítik, *Nordmann* 5%-ban, *Dorfler* 6%-ban észlelt súlyos izgalmi állapotot.

Halálesetet a klinikán egyet észleltünk. Ebben az esetben a betegnek súlyos nyelvalatti és nyaki kötőszöveti lobja volt, egy almányi tályoggal a nyakon, amely a nagyerek és a vagus mellett foglalt helyet. 6 ccm evipan adagolása után hirtelen légzés bénulás állott be, melyet semmiféle gyógyszerrel sem tudtunk leküzdeni. A boncolás teljesen negativ volt ez irányban. Valószinű tehát, hogy valamilyen hatással van a gyulladásos területen vagy annak közvetlen szomszédságában lefutó vagusra a gyulladás és ez okozza a halált, mert több szerző észlelt halált hasonló megbetegedésben alkalmazva az evipant. *Anschütz, Stümpfel* a haláleseteket túladagolással magyarázzák. Vérnyomásváltozásokat csak olyan esetekben láttunk, ahol az evipant gyorsan adtuk be; de ilyenkor is csak átmenetileg csökkent a beteg vérnyomása. Gyors adagoláskor légzési bénulást is írtak le egyes szerzők, ami azonban mesterséges légzésre és lobelinre, coraminra legtöbbször rövidesen megszűnt; néha azonban a bénulás halálos volt. A klinikán szabálynak tekintjük, hogy az első két ccm-t igen lassan, kb. 2—3 perc alatt adjuk be és ezzel a legtöbb esetben el tudjuk kerülni az előbb leírt kellemetlenségeket.

Rendkivül alkalmas Basedow műtét esetén, mint előkészítő narkosis, de csak mint ilyen, mert az a tapasztalatunk, hogy basedowos beteg alvása rövidebb ideig tart és csak nagyobb mennyiségű evipannal tudnánk az egész műtét tartamára elegendő narkosist elérni. Igen jók az eredmények olyan betegen is, kinek a tüdőben van valamilyen elvátozása: tbc., bronchitis, pneumonia.

Összefoglalva tapasztalatunk az, hogy rövidebb sebészi műtétekre és vizsgálatokra az evipan kitűnő szer, amely-

lyel az összes narcoticumokkal szemben a műtétek utáni kellemetlenségek, valamint az inhalatiós altatáskor és az elalváskor észlelt zavarok legtöbb esetben elkerülhetők.

Lumniczer Sándor dr.
az I. seb. klinika tanársegéde.

A germicid a typhus abdominalis lázellenes therapiájában.

Vannak egyének, akik a typhus abdominalissal járó magas lázat igen jól tűrik — idegrendszerbeli és psychés állapotukban alig észlelünk változást, étvágyuk alig romlik, általában hiányzanak náluk azok az ijesztő tünetek, amelyekről ez a megbetegedés az elnevezését kapta.

Ezek azonban ritka kivételek. A legtöbb typhusos beteget a magas láz annyira megviseli, hogy az alapbetegséghez még egyéb, sokszor igen súlyos és veszélyes szövődmények csatlakoznak. A deliriumok, a fokozott ingerlékenység, a fejfájás, álmatlanság hatalmas mértékben járulnak hozzá a beteg általános erőbeli állapotának leromlásához. A mozdulatlanul fekvő, apathicus beteg pedig nemcsak, hogy nehezen táplálható, de az inanitión kívül még a hypostaticus pneumonia veszedelme is fenyegeti, nem szólva a decubitusokról, amelyeket ezekben az esetekben sokszor még a leggondosabb ápolás sem tud elhárítani. A láz következtében kiszáradt száj, garatnyálkahártya és nyelv kínos közérzetet okoznak és emellett a szájápolásnak az apathia miatt megnehezített volta utat nyit az oralis társinfectióknak, a különböző eredetű stomatitiseknek.

Ilyenformán természetes, hogy az antipyresisnek igen lényeges szerep jut a typhus abdominalis gyógyításában. Vannak ugyan, akik ellenzik, mert szerintük a láz a fertőző megbetegedés gyógyulása szempontjából szükséges folyamat, ez a felfogás azonban semmiképen sem nyert tudományos igazolást. Az erre vonatkozó állat- és egyéb kisérletek legalább is ellene bizonyítanak. Az az ellenvetés pedig, hogy a láz megszüntetése vagy csökkentése a betegségnek a diagnosis szempontjából egyik igen fontos tünetét teszi értékelhetetlenné, már csak azért sem állhat meg, mert egyrészt a leglényegesebb diagnostikai segédeszközök (Widal-reactio, haemocultura, bélsárcultura, vérkép) rendelkezésünkre állanak s a diagnosist mindig ezekre kell alapítanunk, hiszen különben is nem egyszer találkozunk atypusos lázmenettel — másrészt pedig a kórlefolyás szempontjából egyáltalában nem közömbös az, hogy a betegnek milyen a közérzete, milyen a psychés állapota. Aki lelkileg nem adja meg magát, annál sokkal zavartalanabb a gyógyulás, legalább is subjective. A rossz közérzet pedig semmiesetre sem fogja a beteg türelmét és gyógyulni akarását fokozni. Ezért nagy hiba volna az antipyresist elvetni, csak azért, mert a diagnosist még nem tudjuk, vagy mert szép lázgörbét szeretnénk látni.

Vannak, akik typhus abdominalisban csak azért adnak valami kevés antipyreticumot, „ut aliquid fecisse videatur". A tört adag ugyanis gyakorlatilag úgyszólván mindig hatástalan, a teljes adagtól pedig félnek. És ez az, ami a typhus abdominalisban az antipyresist annyira megnehezíti: az antipyreticumból vagy annyit adunk, hogy hatásos és akkor a legtöbbször olyan félelmetes tüneteket okoz, hogy többet árt mint használ, vagy ezeket a következményeket elkerülendő, keveset adunk és akkor hatástalan.

Az antipyreticumok hatására beálló collapsus tulajdonképen nem egyéb, mint hirtelen beálló hypothermia. Oka: az egész vasomotoros apparatus pillanatnyi zavara. Az ilyen beteg nagyfokban eleset, bőre igen sápadt, nyirkos, vérnyomása alászáll, szívműködése ingadozó, arythmiás, szívhangjai halkak, érverése igen szapora és alacsonyhullámú. Ez az állapot esetleg halállal is végződhet.

Ilyen hypothermiás roham minden lázas fertőző betegségben előfordulhat túlnagy adag antipyreticum következtében, de különösen typhus abdominalisban gyakori, mert itt az a küszöbérték, amelyen felül a collapsus már beállhat, annyira leszáll, hogy már a csak épen hatásos adag is hypothermiás rohamot idézhet elő. E jelenség gyakorisága egyenes arányban áll a fertőzés súlyosságával. A közérzetnek és az általános állapotnak javítása pedig épen a súlyos esetekben a legfontosabb. Ezért örömmel üdvözlünk minden olyan újabb szert a typhus abdominalis therapiájában, amelyet hatásos mennyiségben is a collapsus veszélye nélkül adhatunk. Néhány újabb, a *Germicid sec. Wander* készítmény pharmakologiáját és therapeutikáját tárgyaló közlemény arra késztetett, hogy e szer hatását typhus abdominalisban szenvedő betegeken is kipróbáljuk.

A germicid — oxychinolinsulfochinizin származék — jelentékeny baktericid tulajdonsággal is rendelkezik, amit mind a pharmakologiai — bakteriologiai kísérletek, mind a magunk, meghüléses betegségek esetén nyert tapasztalatai kétségtelenül igazolnak. Természetesen önámítás volna azt hinni, hogy valamilyen, bármennyire megbízható baktericid anyag is szerepet játszhat a typhus abdominalis specifikus therapiájában. Ezt nem is vártuk a germicidtől. A typhus abdominalis láztherapiájában azonban kielégítő eredményeket adott.

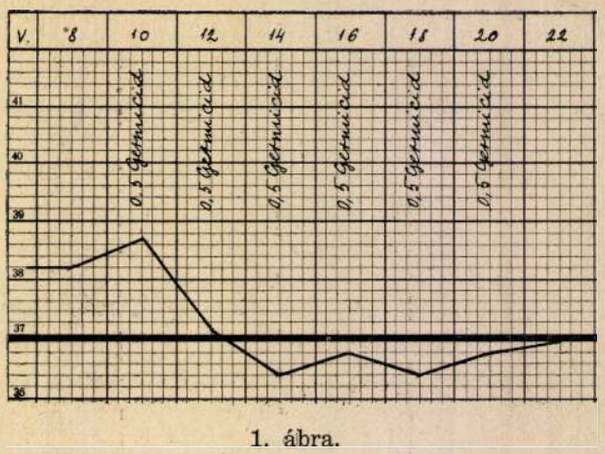
Kisérletünket 50 typhus abdominalisban szenvedő betegen végeztük, férfiakon és nőkön vegyesen. Kizárólag olyanokat választottunk ki erre a célra, akik a betegség leglázasabb szakában, vagyis a stadium fastigiiben voltak. Természetesen előzőleg minden egyes esetben meggyőződtünk a lázmenet állandó jellegéről. A germicid adagolását időnként, sokszor ugyanazon napon belül is, megszakítottunk, evvel ellenőrízve a beteg lázmenetének külömbeni állását. A megszakítás ugyanazon betegen mindig a napnak más-más szakában történt, hogy evvel az esetleges spontán lázcsökkenéseket a kisérletből kiiktassuk.

Az eredmény, mint az a mellékelt görbékből is kitűnik, váratlanul jó volt. Az előző napi continuát 0.5—1.0 g germicid hatására általában egy óra multva időleges teljes láztalanság váltotta fel. Ha az adagot nem ismételtük megfelelő időn belül, akkor a germicid hatás (kb. 3—4 óra) megszüntekor a hőmérséklet ismét felszökött. Ha azonban folytatólagosan 2—3 óránként 0.5 g germicidet ad-

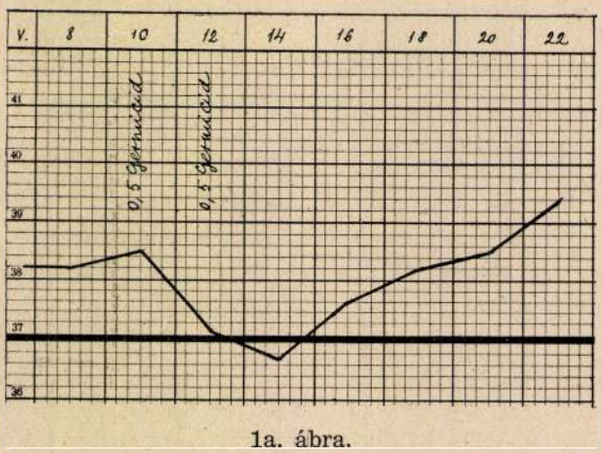
tunk, akkor a láztalan állapotot az egész napon keresztül sikerült fenntartanunk. A mellékelt lázgörbék közül kettő-kettő ugyanazon beteg két egymásután következő napi hőmenetét mutatja. Valamennyi tanulságosan érzékelteti a germicid antipyretikus hatását. A legfontosabb eredmény, hogy *collapsust germicid hatására egyetlen egy esetben sem észleltünk*, még akkor sem, amikor a hatásos adagnak a kétszeresét nyujtottuk; pedig kisérletünkben olyan egyének is szerepeltek, akiknek a vasomotoros labilitásáról már előbb volt alkalmunk meggyőződni.

Ezért a germicidet a typhus abdominalis lázellenes therapiájában megbízhatónak tartjuk s erre a célra mint jól bevált szert bátran ajánljuk.

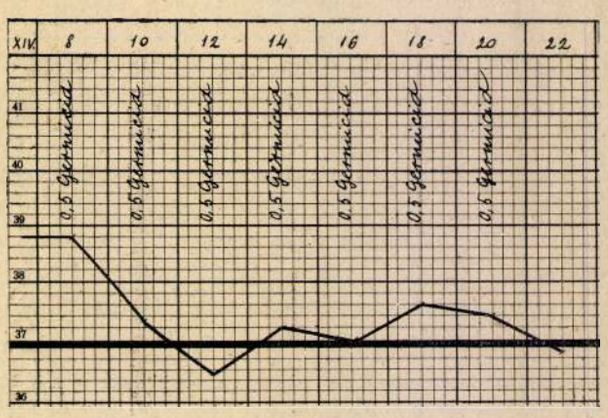
Kisérleteink zömét technikai könnyebbség okából nappalra állítottuk be, reggel 8 órától este 10 óráig. Azonban a legtöbb beteg reggeli hőmérséklete egyébként is jóval alacsonyabb, úgy hogy az ilyen esetekben megfelelőbbnek tartjuk, ha inkább az esti és éjszakai láztalanság elérésére törekszünk, ami a közérzet és általános erőbeli állapot szempontjából annyira fontos éjszakai nyugalmat inkább biztosítja. Azokban a nem épen ritka esetekben, amikor a hőmérséklet már reggel igen magas, természetesen már ekkor megkezdjük az antipyresist. Különben is ajánljuk az individualis beállítást, kor és constitutio szerint határozzuk meg a már hatásos adagot és ezt a mennyiséget nyujtsuk folytatólagosan.



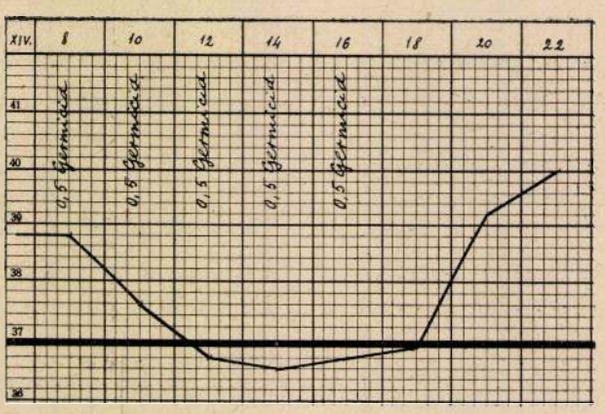
1. ábra.



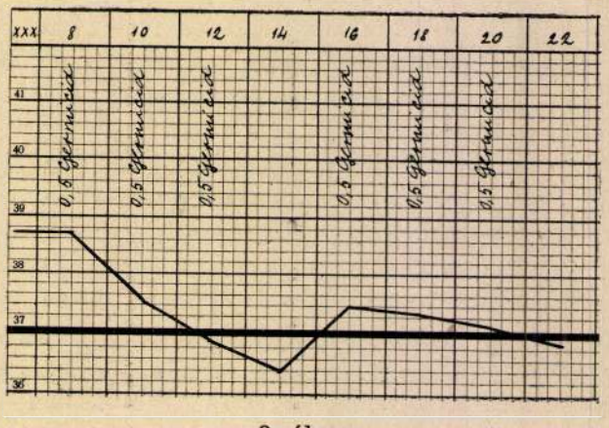
1a. ábra.



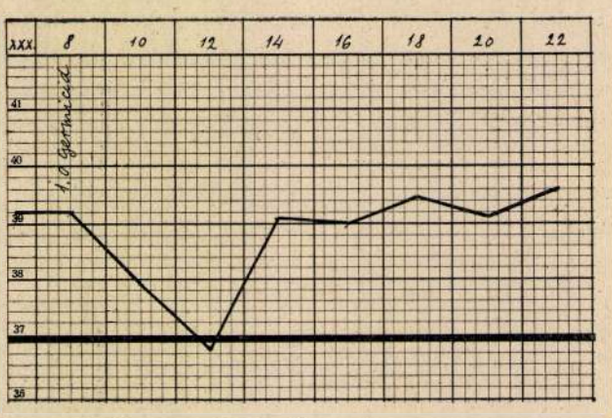
2. ábra.



2a. ábra.



3. ábra.



3a. ábra.

Steiner Iván dr.
a szkfv. Szt. László kórház alorvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A bakteriuria.

A vizelet bakteriumtartalma többféleképen jöhet létre. A behatolás kapuja szerint urethrogen, lymphogen és haematogen (nephrogen) bakteriuriákat különböztethetünk meg.

a) Az *urethrogen* eredet típusa a tisztátalan eszközös vizsgálattal okozott, vagy a vaginalis florából spontán kiinduló fertőzés. Ide sorolhatjuk a gonorrhoea acut jelenségeinek lezajlása után visszamaradó urethrogen vagy prostatogen bakteriuriákat is. Mindezen bakteriuriákat exogen eredetűeknek is nevezhetjük és közös sajátságuk, hogy csak az alsó húgyutakra szorítkoznak.

b) A *lymphogen* fertőzések typusát a coli bakteriuriák alkotják, melyek enteritisek, obstipatiók kapcsán jelentkezhetnek. A bélfal felületes laesiója ilyenkor a bakteriumok behatolásának kaput nyit, ahonnan azok a nyirokutakon terjednek tova. Az ilyen lymphogen fertőzés jelenlétét igazolni igen nehéz s mellette csak az bizonyít, hogy a haemocultura negatív, vagy pedig a bakteriuria csak a hólyagvizeletből mutatható ki, a vesemedencében már nem. A negatív vércultura a coli bakteriumoknak a vérben történő nehéz kimutatásával is összefügghet s ezért bizonyos coli bakteriuriák haematogen eredetét kizárni nem lehet. Mai felfogásunk szerint azonban a coli bakteriuriák esetében a lymphogen terjedés áll előtérben.

c) A *haematogen* (nephrogen) vagy kiválasztásos bakteriuriára jellemző, hogy a bakterium a vér útján kerül a vesébe s azon áthaladva jut a vizeletbe. Ilyen bakteriuriákkal általános vagy helyi fertőző megbetegedések kapcsán, vagy azok lezajlása után találkozunk. Legismertebbek a typhus, dysenteria, diphtheria, influenza alatt jelentkezett bakteriuriák, melyek rendesen a primaer baj gyógyulásával, vagy még előbb megszünnek. Csak typhusban fordul elő, hogy bacillusgazdák hosszú ideig typhusbacilluriában szenvednek s így fertőzések okozói lehetnek. A haematogen bakteriuriák legnagyobb részét staphylostreptococcusok, ritkábban pneumococcus, proteus Hauseri okozzák, s ezekben a primaer góc felfedezése csak nehezen sikerül.

Ismeretes, hogy valamely virusnak a vérben jelenléte még nem jelenti azt, hogy az a vesén átjutva a vizeletben is kimutatható. Bakteriuria csak akkor jöhet létre, ha a vese az illető bakterium részére normalis körülmények között is átjárható, vagy pedig az átjárhatóság kórosan fokozott.

A vese áteresztő- vagy mondjuk szűrőképessége az egyes bakteriumokkal szemben különbözőképen viselkedik. Vannak bakteriumok, melyek nagyságuk vagy fajlagos sajátságuk miatt könnyen, vannak melyek nehezen, vagy egyáltalán nem jutnak a vesén keresztül.

A bakteriuriák bizonyos alakjaiban fontos lehet annak eldöntése, hogy vajjon a bakteriuria csak ilyen egyszerű kiválasztásos termék, vagy pedig magában a vesében, illetve az urogenitalis tractus valamely részén kifejlődött gócfertőzés következménye-e?

A banalis bakteriuriák legnagyobb része tényleg csak a vese áteresztőképességén, tehát kiválasztáson alapszik. Az ilyen vesékben úgy klinikailag, mint kórbonctanilag kóros elváltozásokat felfedezni többnyire nem sikerül. A negativ szövettani lelet azonban még nem bizonyítja azt, hogy az ilyen vesékben toxikus behatásokra oly osmotikus vagy kolloidalis elváltozások ne létesüljenek, melyek bakteriumok kiválasztását, tehát bakteriuria jelentkezését lehetővé ne tegyék. Azt tehát, hogy a bakteriuria létrejöveteléhez ilyen minimalis elváltozások szükségesek-e vagy nem, eldönteni még nem sikerült.

Egészen más helyzet előtt állunk a Koch-bacilluria kérdésében. Utóbbiban igen fontos annak eldöntése, vajjon ép vese mellett gümős bacilluria lehetséges-e, mert ha igen, úgy annak egyéb bakteriuriákhoz hasonlóan nagyobb jelentőséget tulajdonítani nem kell. Ha ellenben igaz az a felfogás — s a mindennapi tapasztalat inkább e mellett szól —, hogy az ép vese gümő-bacillusokat nem ereszt át, tehát szorosabban vett gümős bacilluria nincs, vagy legalább is rendkivül ritka, úgy a gümős bacilluria már az urogenitalis tractus gümős megbetegedését, tehát gümős góc jelenlétét bizonyítja, ami teljesen más megitélés alá esik, mint egy egyszerű bakteriuria. E kérdés tekintetében a vélemények még eltérők, s ha a gümős bacilluria lehetőségét kizárni nem is tudjuk, kétségtelen, hogy annak előfordulása rendkivül ritka, illetve megjelenése többnyire már az urogenitalis tractus gümős megbetegedését jelzi.

A bakteriuria, amely mellett tehát a vizeletben minden egyéb kóros alakelem hiányzik, subjectiv panaszokat nem okoz. A betegeknek néha feltünik a vizelet zavarossága, de még inkább annak kellemetlen szaga. Magára a *bakteriumtartalmú vizeletre jellemző,* hogy a genyes vizelettel ellentétben ülepedés nem következik be s a zavarodás melegítésre vagy lúg hozzáadására sem tünik el. Igen jellemző, sajátságos szagú a colit tartalmazó vizelet.

A *bakteriuria további sorsa* bizonytalan. Kedvező esetben minden különösebb befolyás nélkül, úgyszólván spontán megszünik, máskor minden gyógyeljárással dacolva, évekig fennmarad. Az ilyen hosszú ideig fennálló vagy állandósult bakteriuriák esetén szinte elkerülhetetlen, hogy külső behatásokra, vagy pedig a húgyutak milieu interieurjének megváltozása miatt időnként gyulladásos fellobbanások ne jelentkezzenek. (A bakteriuriához ilyenkor pyuria társul.) A leggyakrabban ezt coli bakteriuriákban észlelhetjük, melyekben egyik napról a másikra pyelitis vagy cystitis fejlődik ki, melyek visszafejlődnek ugyan, de a bakteriuria továbbra is fennmarad. Minden állandósult bakteriuriát ezért lappangó állapotnak kell tekintenünk, melyről sohasem lehet tudni, hogy gyulladásos állapot kifejlődését mikor idézi elő.

A *gyógykezelés* legfontosabb előfeltétele a bakteriuria kiindulásának, tehát a primaer góc jelenlétének felfedezése, s ha lehet annak eltüntetése. Ez nem mindig könnyű feladat.

Prostatitis, vesiculitis után fennálló bakteriuriákban a primaer gócot még tovább kezeljük, coli bakteriuriákban az obstipatio megszüntetésére, enteritisek gyógyítására törekszünk.

Ha a primaer góc felismerése nem sikerül s az idült bakteriuriákban rendesen ez a helyzet áll elő, úgy *húgydesinficiensek* alkalmazására kerül sor. Souverain szerünk nincs s így legjobb az egyes szereket váltogatni. Az ismeretes urotropin derivatumok mellett megkisérelhetjük 0.15—0.30 cgr adagokban a salvarsant, mely néha igen jól hat, továbbá különösen pyocyaneus fertőzések esetén a trypaflavint. A coccus bakteriuriákban jól beváltak a különböző festékanyagok, melyek közül különösen a pyridinszármazékok tünek ki (pyridium, neotropin-vestin). A

methylenkék festékanyagok, mint pl. a magyar coerulamin szintén alkalmazható. Mindezen gyógyszerekkel azonban biztos sikert elérni nem lehet, úgy hogy a tökéletesebb gyógyeljárásra törekvés még ma sem szűnt meg. Ezen újabb eljárások főleg a vizelet *sav-basis egyensúlyának megváltoztatásával* igyekeznek célhoz jutni. A vizelet vegyhatásának hirtelen megváltozása ugyanis a bakteriumok fejlődésére kedvezőtlen életviszonyokat teremt.

A sav-basis egyensúly megváltoztatását lúgosítással kezdjük. Eljárásunk ilyenkor a következő: I. *3 napi lúgosítás.* A beteg 3-szor naponta egy kávéskanálnyi *natrium bicarbonátot* kap, vagy helyette frissen készített s nagyon lassan adagolt 10%-os $NaHCO_3$ oldatot intravenásan. Ugyanakkor lactovegetabilis diaeta (nyers gyümölcs, tej, vaj, tojás, főzelékek, alkalikus ásványvizek). II. 3 *napi savanyítás.* A beteg étkezés közben vagy után 3-szor napjában 25—30 csepp *acid. hydrochlor. dil.* vagy *acid. phosphoricumot* kap. Ujabban a legjobb és leggyorsabb savanyítást intravenás *amphotropin* injectióval érhetjük el, úgy hogy a savanyítást ezzel kezdhetjük s utána az említett savak helyett *ammonium chloratumot* adunk (0.5 gr ammon. chlor. tartalmazó enterosolvens tablettákból 4—6 drb-ot naponta.). A diaeta főleg húsfélék, zabliszteleves s ecetsavval készített savanyú ételek (citrom és növényi savak lugosítanak).

A vizelet savanyítását célozza az újabban propagált *ketogen* diaeta is, mely a zsíroknak beta oxyvajsavvá bomlásán alapszik. A ketogen diaetát azonban hosszabb ideig nem birják a betegek s ezért megkíséreltük azt *phenylglykokollsavas lithiumnak* nagy napi 6—8 gr-os adagaival pótolni. Ezirányú tapasztalatainkat még nem zártuk le, de a vizelet savanyítását ily módon is elérhetjük.

A sav-basis therapiában a vizelet vegyhatását állandóan figyelnünk kell s erre az egyszerű lakmuspapir-próbánál sokkal megbízhatóbb a vizelet Ph-jának vizsgálata. A Wulf-féle eljárás annyira egyszerű, hogy azt bárki 1—2 percen belül elvégezheti. (A vizelet Ph-értékei: Ph:7.- = amphoter, e feletti értékek lugos, ez alattiak savanyú vizeletnek felelnek meg. Maximalis lúg-értékek Ph 8.6—9.2, maximalis savanyú-értékek Ph 4.8—5.2.) A Ph-értékek alapján a sav-basis therapiát sokkal biztosabban irányíthatjuk, mint az egyszerű lakmuspapir-vizsgálattal, bár megfelelő gyakorlat mellett az is elégséges.

Ha ezen eljárásokkal eredményt elérni nem tudunk, megkísérelhetjük az autovaccin-kezelést, de különösen coli bakteriuriákban sokat attól várni nem lehet.

A bakteriuria localis kezelését csak akkor végezzük, ha megállapítható, hogy a bakteriuria csak az alsó húgyutakra szorítkozik. Ilyenkor a szokásos desinficiens oldatokkal (hydr. oxycyan.) öblítjük a hólyagot.

Minder Gyula dr., egyet. magántanár.

A gyakorló orvos laboratoriumi feladatai.

(II. közlemény.)

A *kötőhártyaváladék* bakteriologiai vizsgálatát bizonyos esetekben a gyakorló orvos sem mellőzheti. A kötőhártyalob aetiologiája sokszor kizárólag bakteriologiai vizsgálattal tisztázható, s a kórokozó kimutatása, különösen szem-blenorrhoeában úgy a betegség prognosisát, mint a kezelés miként jét illetően, döntő jelentőségű. Miután a különböző kötőhártyalobokban szereplő bakteriumok egy része csak a helyszinen beoltva tenyészthető, az első vizsgálat alkalmával a fősúlyt tárgylemezekre kikent készítmények beküldésére helyezzük, célszerű azonban egyúttal tenyésztésre is váladékot venni. Ugyanis a szemváladék egyidejű beküldése által nemcsak a könnyebben tenyészthető bakteriumok meghatározását tesszük lehetővé, hanem gonorrhoeában a kórokozóhoz hasonló alakú, ártalmatlan diplococcusokat is elkülöníthetjük. Amennyiben a kikent készítmények, s a postán küldött váladék vizsgálata alapján határozott eredmény nem mondható, a váladék helyszini beoltásához bakteriologiai laboratoriumtól kérünk táptalajt és beoltva, azonnal ugyanoda visszaküldjük. A váladékvételt a lehetőség szerint korán foganatosítsuk, mert a betegség későbbi szakában a kórokozók kimutatása gyakran nagy nehézséggel jár. Bőséges váladék mellett a genyet, vagy a kötőhártyát fedő nyákos váladékot vétessük vizsgálat alá, ne pedig a szemhéjak alól kibuggyanó könnyet. Heveny kötőhártyalob esetében a belső kötőhártyarészekről vegyük a váladékot, mert a szemhéjak szélein és sarkaiban a kórokozókat teljesen kiszoríthatják a saprophyták. Idült kötőhártyalob esetén viszont a belső szemzugban főleg reggel felgyülemlő váladék vétele ajánlatos. Különösen eredményesek a kötőhártyáról lesúrolt felhámsejtek kikent készítményei, melyeket a kötőhártyának száraz gazeval végzett letapintása után alkohollal megtisztított fedőlemez kiégetett, s kihűtött szélével, a vér-praeparatumok módjára állitunk elő. A váladékvételhez kiizzított, s lehűtött platinkacsot, ennek hiányában vattás végű drótpálcikát használunk. kikent készítményeket a váladék egyenletes, erőtelies szétdörzsölése után, a levegőn megszárítva, fixálás nélkül továbbítjuk a vizsgálóállomásra. A tenyésztésre szánt, s vattás drótpálcikára vett váladék csomagolásában a torokváladéknál leírt elveket alkalmazzuk, s a váladék beszáradását a meningococcus-gyanus garatváladékhoz hasonlóan, kiforralt konyhasóoldattal akadályozzuk meg. Ha a tápanyagok beoltását a helyszinen akarjuk végezni, a váladékot a kémcsőbe ferdén megalvasztott táptalaj felszinén platinkaccsal, vagy vattás drótpálcikával a táptalaj felületének megsértése nélkül kenjük szét. A beoltáskor a bakteriologiai munkák általános követelményeinek szemmeltartásával, a sterilitásra szigorúan ügyelünk és a táptalajt a vattadugó leégetése után olyan módon zárjuk el, hogy a dugó a kémcső pereménél 1—2 mm-el mélyebbre kerüljön. Ezután a dugó fölé pléhkanálban felolvasztott paraffint öntünk és a táptalajt fém. vagy fatartályba téve, s ezenkivül forgács közé, faládikába csomagolva, azonnal postára adjuk. A csomagon „Vigyázat, fertőző vizsgálati anyag" jelzést kell alkalmazni. Egyebekben mindig a táptalajt küldő bakteriologiai állomás előírása szerint járjunk el, mely a tápanyag beoltására, csomagolására részletes utasitást is ad.

Heveny kötőhártyahurut esetén a szemváladék bakteriologiai vizsgálata nagyjelentőségű, mert a *pneumococcusok*, de különösen a *Koch—Weeks-féle bacillusok* kimutatása a kötőhártyalob ragályosságát bizonyitja. A pneumococcusok a kiszáradástól megóvott vattás pálcikára vett váladékból többnyire kitenyészthetők. Ha kikent készítményekben pneumococcusoknak megfelelő bakteriumok mutatkoznának, s a tenyésztés mégis eredménytelenül járna, a váladékvételt megismételjük. A Koch—Weeks bacillusok okozta fertőzésre kikent készítmények nyujthatnak támpontot, s amennyiben az influenza-bacillusoktól határozott elkülönítés szükségessége merül fel, a bakteriologiai vizsgálóállomástól táptalajt kérünk és a beoltott tápanyagot küldjük további vizsgálatra. *Idült kötőhártyalob* esetén főleg a *Morax—Axenfeld-féle diplobacillusok* után kutatunk. A bacillusok a caruculákat fedő nyákos váladék kikent készítményeiben rendszerint feltalálhatók, ellenben kitenyésztésük többnyire csak hely-

szini beoltással sikerül. *Kötőhártya diphtheria* esetén kikent készítmények alapján határozott diagnosist mondani nem lehet, s ezért a torokváladéknál említett „D"-csövekkel minden egyes esetben váladékot kell venni. *Szem-blenorrhoeában* első izben kikent készítményeket és a *gonococcusokkal* alakilag megegyező egyéb bakteriumok kimutatása céljából vattás pálcikára vett váladékot küldünk. Miután az utóbbi bakteriumok elkülönítése gyakran igen nagy nehézséggel jár, sokszor a gonococcusok kitenyésztése sem mellőzhető. Mivel a gonococcusok kitenyésztése csak akkor sikerül, ha a frissen vett váladékot azonnal megfelelő táptalajra oltjuk, postán váladékot küldeni teljesen céltalan, hanem bakteriologiai állomástól kérünk táptalajt, s beoltás után ugyanoda küldjük vissza. *Kötőhártya tuberculosisban* a fekélyes területekről vett anyagból állítunk elő kikent készítményeket. *Trachomában* a Prowazek—Halberstädter-féle sejtzárlatok kimutatása céljából az áthajlási redők csomóiról lesúrolt epithellel készítünk kikent praeparatumokat. A sejtzárlatok kimutatásának gyakorlati jelentőségét nagyban csökkenti az a körülmény, hogy a nevezett testek még friss trachomában is hiányozhatnak, viszont egyéb, nem trachomás természetű kötőhártyahurutokban, például újszülöttek sejtzárlatos szem-blenorrhoeájában, is előfordulathnak.

Haranghy László dr., egyet. magántanár.

Gyüjtőeres-fekélyes tünetek kórjelzése, kórjóslata és gyógyítása.

A gyüjtőeres-fekélyes tünetcsoportnak három kórformája van: a gyüjtőértágulás, gyüjtőérgyulladás és az alszárfekély.

A felületes gyüjtőértágulás kórjelzését eltéveszteni alig lehet. A „varicositas profunda" kórjelzése azonban biztosan csak varicographiával állapítható meg. A gyüjtőértágulásban szenvedők panaszai közül csak a görcsös fájdalmakat és a nehézségérzést szabad a gyüjtőértágulás rovására írni; a talpégés, a lábujjak alappercében járáskor jelentkező pattogó fájdalmak, lábujjgörcsök, boka térd és csipőizületi, far és keresztcsonti fájdalmak többnyire statikus eredetűek, egyéb megbetegedés hijján rendszerint csak testegyenészeti eljárással javíthatók.

A gyüjtőértágulás kórjóslatáról nagyon óvatosan kell nyilatkozni. Teljes és végleges gyógyulást még a tökéletesen végzett kiirtás után sem ígérhetünk. Azok a betegek, kiknek családjában felmenő- és oldalági rokonok közt lúdtalp, gyüjtőértágulás, sérv és zsigerek süllyedése fordult elő, valószinűleg visszaesnek betegségükbe. Terheltség nélkül a kiújulás kb. 20% valószinűséggel következik be. Ha az értágulás gyógyítását befecskendezéssel kíséreljük meg, az eredmény legalább 10%-ban el fog maradni; a gyüjtőértágulás többször ismételt befecskendezés után is megmarad, még akkor is, ha a befecskendezésre használt folyadékokat mind végigkisérletezzük. Még az olyan esetekben is, amelyek a befecskendezésre hosszabb időn át szép javulást mutattak, előfordulhat, hogy egy befecskendezés helyén elhalás keletkezik. Igen gyakorlott kézben az elhalások az összes beavatkozások 1—2%-át teszik, kezdőknél ez az arány tetemesen nagyobb. Többnyire nem közönséges ú. n. paravenás injectióval állunk szemben, hanem az érfal beteges áteresztőképeségével. Különösen fontos szerepe van ilyen esetben az érfal izomzatának, amely elsatnyult és a tűszúrás nyomán tátong. Betegesen laza a legtöbb esetben a bőralatti síma izomzat is és ezáltal a kötőszövetbe folyik vissza a befecskendezett nagy töménységű folyadék (20%-os konyhasó vagy 40%-os cukoroldat.).

A gyüjtőértágulás gyógyításakor alapvető hiba, ha bármely kezelés megkezdése előtt a statikai hibákat nem javítjuk. Nagy gyüjtőértágulatok, positiv Trendelenburg-tünettel, feltétlenül műtétre szorulnak. Kicsi és középnagy tágulások esetén a befecskendezést meg lehet kisérelni. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, milyen fontos az, hogy a befecskendezés megkezdése előtt a beteget alaposan vizsgáljuk át. Mindenekelőtt az idült bántalmakat és a genyes megbetegedéseket kell kizárni. Nem kaphat ilyen kezelést a szervi szívbajban, aortatágulásban, vesebajban, cukorbajban szenvedő. Ki kell kutatni nincsen-e a betegnek genyes foggyökere, mellüreggenyedése, hurutos bántalma. Ellenjavalt a kezelés magas vérnyomás esetén is. Nem ajánlatos eltömeszelni azokat a gyüjtőértágulásokat sem, amelyek a mélyen fekvő gyüjtőerek eldugulása után azért keletkeztek, mert a vérpályának más útja meg nem maradt. Ha az ilyen eret eltömeszeljük, a végtag más pontján, rendszerint a kezelés helye alatt, fekély keletkezik, amely nagyon soká nem gyógyul be.

A gyüjtőértágulás összetéveszthető kezdődő tályogos beszűrődéssel. Megkülönböztetés végett kétes esetben úgy a Parisius-próbát, mint a vérlemezke-számolást ajánlatos elvégezni. A Parisius-féle próba lényege, hogy a vizsgált egyénen 1/10 ccm konyhasóoldatot fecskendezzünk be intracutan. A csomócska nem gyüjtőeres egyénen néhány percen belül eltünik, gyüjtőeresen akár egy óráig is megmarad. A vérlemezkék száma thrombophlebitis esetén a rendesnél jóval magasabb. Az a beteg, akinek egyszer gyüitőérgyulladása támadt, méltán lehet kiváncsi arra, vajjon, máskor is meg fogja-e a baj látogatni. A gyüitőérgyulladások közül azok, amelyek külső beavatkozás, tehát injectio nélkül keletkeztek, a kiújulásra igen hajlamosak. Vannak betegek, akik minden komolyabb náthaláz, minden szülés, gennyes fog- és mandulagyulladás kapcsán végigszenvedik a gyüjtőérgyulladást. Kiújul a gyüitőérgyulladás az ilyen betegen műtétek után is. Az injectiós kezelésre létrejött thrombophlebitis általában nem hajlamos a kiújulásra. A spontán gyüjtőérgyulladásban szenvedő beteget le kell fektetni, de a művi eltömesztés után keletkező gyulladások után ez nem szükséges.

Az alszárfekély kórjelzésében gyakoriak a kóroki tévedések. A genyes bőrfertőzés által előidézett fekélyt pörk fedi, környezete erősen lobos, a lobterület gyűrűalakban veszi körül a fekélyt, a pörk alól savós-genyes váladék szivárog, amelyből staphylo- vagy streptococcus tenyészthető ki. Ezeket a fekélyeket soha sem ajánlatos zinkenyvkötéssel kezelni, mert a bennük levő coccus a zárt kötés alatt ugyanúgy viselkedik, mint a szürt tenyészetében, csakhogy itt más táptalaj hijján a szövetekbe eszi bele magát és a fekélyt hihetetlen gyorsan mélyíti és nagyobbítja. Diabetikus fekély kedvenc helye a boka, a gyüjtőértágulás tünetei elenyészőek. Bőrgumma megkülönböztető jelei: a felső harmadban, a tibia élén vagy a hátsó felszinen elhelyezkedés, alávájt szél, szalonnás alap, vese-alak és a vérvizsgálat positiv eredménye. A maratott fekély kórjelzésekor gondolni kell arra, hogy a fekélyes betegeken külső beavatkozás nélkül is lehetséges elhalásos folyamat. A valódi maratott fekélyt kicserzett, kemény, fekete bőr fedi, élesszélű, a a bőr eltávolítása után *csiramentes* elhalásos terület tárul fel. Lehetséges ugyan, hogy a maratott fekélyt is csak akkor látjuk, amikor a fedőbőr már hosszabb ideje lelökődött és a fekély másodlagosan fertőződött. Ilyen eset is elkülöníthető a spontán elhalástól, mert éles széle mindig megmarad. Spontán elhalások esetén a bőr sokkal puhább, zöldes, vöröses, feke-

te, a fekély rongyszélű, bő csíratartalmú. Az elhalás mindaddig halad tovább, amíg az elzáródott érterület be nem olvadt. Elhalásra gyanús fekélyt soha nem ajánlatos zinkenyvkötés alá helyezni, már csak azért sem, mert a kötésváltáskor a fekély területe nagyobb lehet és a betegben azt a gyanut keltheti, hogy hozzá nem értő kezelés folytán állapota rosszabbodott. Másfelől a kötés a végtag fájdalmait erősen fokozza, esetleg türhetetlenné teszi. Az alszárfekély kezelésekor legjobban a puha indiferens kenőcsök váltak be, amelyek a szövettenyésztés médiumait utánozzák. Az erősen heges, régi fekélyek esetén még ma is legszívesebben a zinkenyvkötést és annak változatait alkalmazzuk.

Menyhárd Irén dr.

Mesterséges légmell művi megszüntetésének érdekes esete.

Az utóbbi évtizedek tanulságai megmutatták, hogy a tüdőtuberculosis gyógykezelésének leghatásosabb eszközei a mechanikus eljárások. Fentiek közül vezető szerep a mesterséges légmellkezelésnek jut. Számtalan azon betegek száma, kik egészségüket és munkaképességüket légmellkezelés következtében visszanyerték.

Ezek előrebocsájtása után, reámutatok azon tényre is, hogy sok esetben láttam légmellet fenntartani éveken át oly esetekben is, midőn annak fenntartása nem volt célszerű, vagy éppenséggel ellenjavallt volt. Ha a collapsus-therapia a kívánt eredményt nem hozza meg, midőn a caverna tovább is látható, a beteg köpete positiv marad, indokolatlan a légmell további fenntartása, hiszen nyilvánvaló, hogy ez a kezelés nem lesz elégséges a beteg gyógyítására. Ilyenkor haladéktalanul más megfelelő sebészi eljárást kell alkalmazni, mely a kivánt célt eléri. A késlekedéssel éppen akkora hibát követünk el, mint az arra alkalmas esetben a légmell-kezelés elmulasztásával.

Jelen soraimmal nem célom, hogy a művi gyógykezelés további javallatait tárgyaljam, azt, hogy mikor és milyen körülmények között hagyjuk abba a légmellkezelést és mikor pótoljuk más összenyomó eljárásokkal. Az alább közlendő kórlefolyás példa arra az aránylag ritka esetre, midőn a helyesen javalt és készített légmell határozottan károsan hatott a betegre és annak erőltetett fenntartása majdnem életébe került.

H. J. 40 éves tisztviselő 4 év óta tüdőbeteg. Keveset köhög és köp. Köpet Koch neg. Max. temp. 37.5 C°. A beteg kifejezetten anaemiás, 7 kg-t fogyott. Neurastheniás. Baloldali productiv jellegű acinosus nodosus folyamata van, s ez oldalon elől és hátul hurutos zörejek hallhatók.

Vérsejtsülyedés (Westergreen) 1 h 15, 2 h 35 mm. A beteg háziorvosa tanácsára 1932. I. havában sanatoriumi kurát kezd. A szabad levegő-kurát rosszul tűri, fázik és a rendszeres fekvőkurát folytatni nem képes. A fentiek miatt a beteg a szabadlevegő-kura alól felmentést kér, de orvosai annak folytatását javasolják. Két hét mulva a beteg hirtelen lázas lesz és baloldali savós mellhártyagyulladása fejlődik. A mellhártyagyulladással egyidejűleg hányinger, majd hányás áll be. A beteget megcsapolják és a lebocsájtott izzadmány helyére levegőt töltenek. Ez időtől fogva a beteg három és fél hónapon át mesterséges légmellkezelés alatt áll, s 500—700 ccm levegőt kap, a töltések mindenkor negativ nyomással végződnek. A beteg hányingere és hányása a légmellkezelés alatt fokozódik. Végül már semmiféle ételt és italt nem tűr, majd hasmenést kap. A család kérésére erősen leromlott állapotban otthonába szállítják. Ekkor látom első ízben; erősen lesoványodott (15.5 kg. súlyveszteség), lázas, állandóan hány és hasmenései vannak. Súlyos neurastheniás tünetek mellett toxikus állapot fejlődik ki. Tüdő fölött baloldalon dobos kopogtatási hang mellett gyengült légzés hallható, jobboldalon sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nem található.

Röntgen-átvilágítás: a jobboldal ép, baloldalon teljes légmell. Kifejlődött bél tbc. Miután a hányinger és a hányás a mellhártyalob kezdetén keletkezett, majd a légmell kezelés alatt fokozódott, ezért annak megszüntetésére határoztam el magamat. A beteget desufflálta m: a bal mellkasból negyed óra alatt 1300 ccm levegőt szívtam le. Dacára az óvatos leszívásnak, közben collabált, s csak cardiacumok adására tért magához.

A leszívást követő napon a hányást mintha elvágták volna, többé nem jelentkezett, csupán hányingere volt és hasmenése. A bevett folyadékot magában tartotta. A következő nap a hányinger is megszünt és lassan megindult a táplálékfelvétel. A műtét előtti 38.8 C°-ig emelkedő temperaturái 37.5, majd 37.3-ra csökkentek. A következő napokban az étvágy és a közérzet rohamosan javult és 6 hét alatt eredeti súlyát visszanyerte. A beteg tanácsomra tengeri klimát keresett fel, honnan 4 hét mulva 12 kg. súlygyarapodással, életerősen tért vissza. Három év óta egészséges és munkaképes. Jelenleg láztalan, nem köhög, nem köp, radiologiailag baloldali gyógyult cirrhotikus tbc. áll fenn.

A vázolt esetet érdemesnek találtam közlésre, mert kétségtelen, hogy a helyes alapon végzett légmell-kezelés további fenntartása a beteg pusztulását okozta volna. Miután a hányinger a pleuritis alatt is jelentkezett, feltehető, hogy a túlságosan érzékeny betegben a gyulladásos jelenségek, majd a légmell olyan kórosan fokozott reflexingerületet tartottak fenn, ami állandó hányást és hasmenést váltott ki. E jelenségek oki összefüggése késztetett a bevezetett therapia megszüntetésének gondolatára. A therapiás eredmény meglepő volt. A fenti esetből azt a tanulságot kívánom levonni, hogy egy tüdőbeteget sohasem szabad sémásan, hanem csak egyénileg gyógyítani. Betegem nem bírta a téli szabadlevegőkurát, mert fázott, de a déli tengeri klima kitünően bevált. Másrészt a művi légmellkezelés alatt állapota rohamosan romlott, pedig a betegek legtöbbjére ugyanez gyógyítólag hat.

Hajnal Tibor dr.
sanatoriumi vezető főorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Hogy történik a községi (kör.) orvosok irodaszer és nyomtatvány szükségletének ellátása?

Milyen rendeletek szabályozzák ezt?

Természetbeni (irodaszer és nyomtatvány), vagy évi átalány összeg folyósításával tartoznak-e a községek az orvosokat ilyen értelemben ellátni? Dr. Cs. L.

Felelet: A községi orvos irodaszer és nyomtatvány szükségletéről a község, körorvosnál pedig az orvosi kört alkotó községek kötelesek gondoskodni. Hivatali, illetőleg irodai átalányt folyósítani nem szabad. Az erre vonatkozó 177,300/1924. B. M. számú körrendelet 6. §-a ezért úgy intézkedik, hogy az ilynemű szükségletek fedezésére szolgáló összeget a községi költségvetés dologi kiadásai között kell előirányozni.

Atzél Elemér dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

„Tomographia".

A tüdő „metszet"-, „réteg"- röntgenfelvétele.

A tüdő-röntgendiagnostika egy új vizsgálati methodusa: a tüdőről *„metszet-"*, illetve *„réteg"*-röntgenfelvétel készítése, a *„tomographia"*. Az új módszer lényege az, hogy a test tetszés szerinti — felületesebben vagy mélyebben fekvő, keskenyebb vagy szélesebb — rétegéről röntgenfelvételt készíthetünk, anélkül azonban, hogy a röntgenképen a rögzíteni kivánt réteg előtti vagy mögötti rétegek fotografálva lennének.

A szokásos normalis tüdőfelvételen a thorax különböző sikokban fekvő legkülönfélébb részei a röntgenfilmen egyetlen sikba vetitődnek. A tüdő röntgenképét a középárnyék nem zavarja. Annál inkább azonban a bordák, a scapula, a kulcs-csontok s a vállizület (frontalis felvétel) árnyéka, melyek a tüdő képének kb. 60%-át fedik. Ezenkivül kóros elváltozások esetén a tüdő különböző rétegeiben fekvő árnyékok (pl. pleuraheg), illetve felvilágosodások (pl. caverna) egymást fedhetik s ezeknek összegeződése a képet zavarja, a diagnosist megnehezítheti, sőt bizonytalanná teheti. Ezeket a hátrányokat a „térbeli orientatio"-val igyekszünk kiküszöbölni, amikoris a thoraxot különféle sugárirányban (ferde, frontalis stb.) igyekszünk áttekinteni. Ilyenkor azonban nem kerülhetjük el azt, hogy a lefényképezett részek ne rajzolódjanak, ne torzuljanak el.

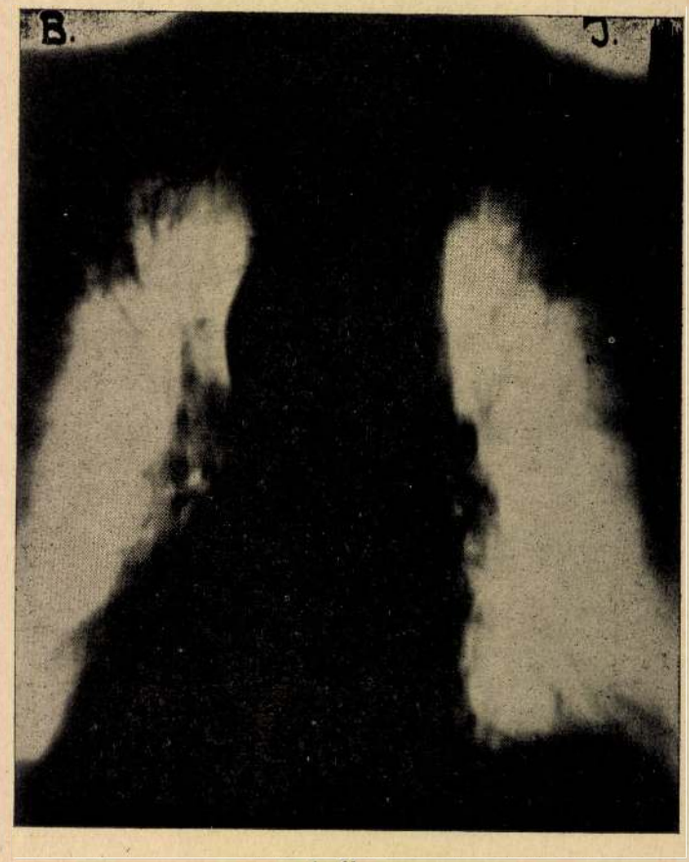
Röntgen-*metszet* készítésével elsőnek *Bocage* foglalkozott, majd *Bartelink és Ziedses des Plantes*. Kisérleteik során készítettek olyan készüléket, mely lehetővé tette ugyan a *metszet*-felvételek készítését, azonban praktikus eredményekhez nem jutottak.

Az utóbbi időben *Grossmann* és *Chaoul* adatai alapján a berlini *Sanitas*-nak sikerült egy olyan használható készüléket gyártani, mellyel egyszerű felvételi technika mellett, egyes testrészek rétegei zavartalanul lefotografálhatók. A készülék lehetővé teszi azt, hogy pl. a tüdőnek tetszés szerinti (ventralis, középső vagy dorsalis) részeiről „röntgenmetszet"-eket készíthessünk, anélkül, hogy a nem kivánt tüdő- és thoraxrészek a röntgenfilmre rárögzítődnének.

A *„tomograph"*-on a röntgencső és a röntgenfilmet magába foglaló Bucky-rács, egy függőleges tengellyel vannak egymással összekötve. A röntgencső és a film egy fix pont körül horizontalis irányban ellenkező mozgást végeznek. A fix pontot — mely körül a röntgenlámpa és a film ívalakúan elmozdulnak — abba a magasságba állíthatjuk be, amely magasságú tüdőrétegről (a felvételi asztalon fekvő patiensről) a felvételt készíteni akarjuk. A felvétel 1 mp-ig tart, tehát a röntgenlámpa 1 mp-ig bocsájt ki magából röntgensugarat (exponál). Ezen idő alatt a röntgencső jobbról-balra, a röntgenfilm (Bucky-ráccsal egyetemben) balról-jobbra tesz meg egy horizontalis irányú ívet. Az előírt ív lefutása után a röntgenfény automatikusan kikapcsolódik s a röntgencső és a Bucky-rács nyugalmi helyzetbe kerül. A fényképezni kivánt réteg a felvétel egész ideje alatt a röntgenfilmre vetődik, tehát a teljes 1 mp-nyi felvételi idő alatt exponálódik. Ezzel szemben a rögzíteni nem kivánt réteg előtti és mögötti részek, illetve rétegek, az egész felvételi idő minden mozgási phasisában a film más és más helyére vetítődnek, miáltal ezen rögzíteni nem kivánt részek a filmen alexponáltak, elmosódottak maradnak. Tehát a filmen csak a kivánt réteg részei exponálódnak a teljes 1 mp-nyi felvételi idő alatt s így a filmen csak ezeknek a képe jelenik meg élesen. Ha a merőleges tengely fix pontját emeljük vagy süllyesztjük, megfelelően a magasabb (fekvő patiensen ventralisabb), vagy mélyebb (dorsalisabb) rétegről készíthetünk felvételt.

Chaoul a tüdőkről 3 ventro-dorsalis s 1—2 oldalképet készít. A ventro-dorsalis képek közül az elsőt az elülső thoraxfaltól kb. 7 cm-nyire, a másodikat kb. a hilusok mélységében (kb. 10 cm mélyen) s a harmadikat a dorsalis thoraxfaltól kb. 7 cm-nyire készíti. A lefényképezett tüdőrétegek vastagsága kb. 3 cm.

Az első ábra egy tomographiás röntgenfelvételt mutat, mely a hátsó tüdőrétegről, — a hátsó thoraxfaltól kb. 7 cm-nyire ventrálfelé, — készült. A szokásos dorso-ventralis röntgenfelvételen jobboldalt az első borda árnyékában egy kis elmosódott árnyékfolt látható. A tomographiás felvételen a csontos thoraxrészek hiányzanak. Azon a helyen, ahol a szokásos dorso-ventralis felvételen a bordaárnyékban az elmosódott folt volt látható, ezen a tomographiás felvételen kis caverna képe jelenik meg, reactiós zónával. De a baloldalon is látunk egy kis kerek cavernát, melyet a szokásos átnézeti felvételen semmi sem árult el. A tomographiás felvételen igen élesen láthatók

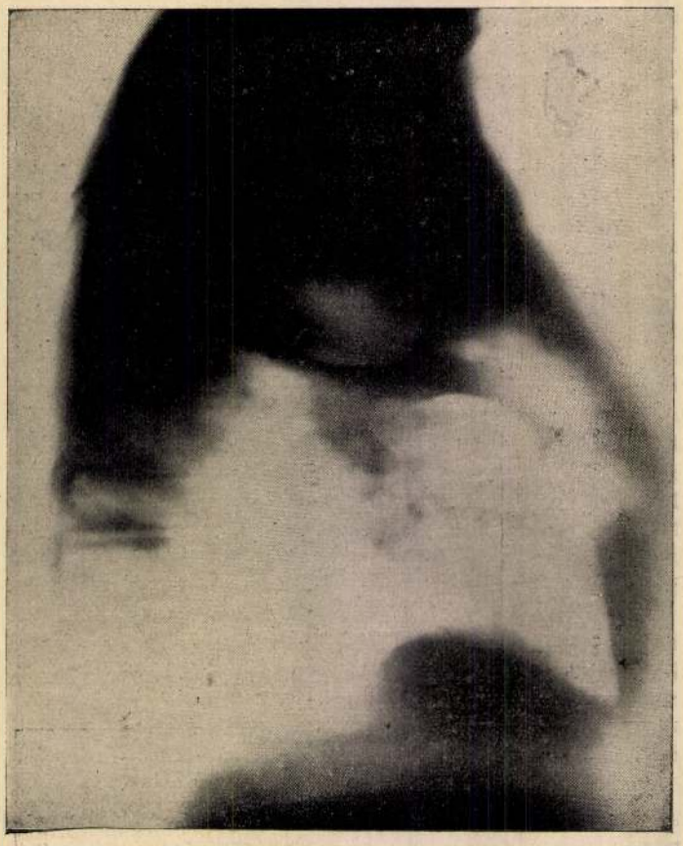


1. ábra.

a kivánt tüdőréteg, az ebbe a rétegbe eső bronchusok és véredények.

A 2. ábrán egy tomographiás oldalkép látható, mely a jobb tüdőfélről, a csontos thoraxfaltól kb. 10 cm-nyi mélységben készült. A szokásos dorso-ventralis felvételen a jobb csúcsban egy nagy, kb. ökölnyi cavum látható. A

tomographiás felvételen a bordák nem látszanak. Éppen úgy nem látszik a tüdőcsúcs röntgenvetületét egyébként fedő vállizület és felkarcsont sem. A hatalmas caverna minden zavaró árnyéktól menten tünik elő. A felvételen a jobb felső lebeny-határ is kitünően kivehető.



2. ábra.

Chaoul eddig csak a tüdő tomographiás felvételeinek technikáját dolgozta ki. De a készülék alkalmas egyéb testrészekről, illetve szervekről (koponya, vese, izületek stb.) történő „röntgen-metszetek" készítésére is.

Markovits Imre dr.
a székesfőv. Erzsébet Szeretetotthon-kórház
röntgenlaboratoriumának vezetője.

Vizsgálati anyagok beküldése az Országos Közegészségügyi Intézetbe.

Az Országos Közegészségügyi Intézetet az évről-évre növekvő vizsgálati anyagszám különleges feladatok elé állítja. Fokozza a nehézséget egyfelől a vizsgálati anyagok beküldése céljából, — a gyógyszertárakban díjmentesen — rendelkezésre álló tartályok gondatlan vagy hibás kezelése, másfelől az anyagok helytelen beküldési módja is. Célszerűnek látszik az erre vonatkozó rendelkezésekre és előírásokra a figyelmet felhívni. Az Országos Közegészségügyi Intézet azt kéri a munkáját igénybe vevő kartársaktól, hogy tartsák be az itt közölt előírásokat, mert a vizsgálati anyagok feldolgozásának megkönnyítésével nagyban elősegitik a laboratoriumok munkáját, de ezt kivánja elsősorban éppen a beküldő orvos, illetve a beteg érdeke is.

A 40.700—1930. N. M. M. számú rendelet *diphtheria, typhus abdominalis, paratyphus, typhus exanthematicus, cholera, pestis, lepra, variola, anthrax és malleus esetében, vagy azok gyanuja esetén* kötelezővé teszi vizsgálati anyag (váladék, vér stb.) beküldését az Országos Közegészségügyi Intézetbe (Budapest, IX., Gyáli út 4.), vagy vidéki állomásaihoz. Tehát nemcsak akkor kell vizsgálati anyagot beküldeni, ha az említett betegségek klinikailag már diagnostisáltattak, hanem egyrészt azok gyanuja esetén is, másrészt a diphtheriában, typhusban, paratyphusban vagy cholerában szenvedők a zárlat alól csak akkor szabadithatók fel, ha 5, illetve legalább 7 napi időközben végzett laboratoriumi vizsgálatok egymásután legalább 2 alkalommal negativ eredménnyel végződtek s ez valószínűvé teszi, hogy a volt betegek nem bacillusürítők.

A vizsgálati anyagot a vétel után a *lehető legrövidebb idő alatt* el kell juttatni az Intézethez, vagy a vidéki állomásokhoz, mivel a kórokozó bakteriumok egyrésze a vizsgálati anyag állása közben elpusztul.

Széklet beküldésére az úgynevezett „Ty" (typhus) tartályok szélesebb, parafadugós üvegcséje szolgál. Vizsgálatra teljesen elég kb. zöldmogyorónyi széklet. Teletömött tartályokban lévő vizsgálati anyag szállítás közben olykor gyorsan erjed, s a dugó kiemelése folytán az egész tartály szennyeződhet.

Vizeletet a Ty-tartály gummidugós, kisebb csövében kell beküldeni. Teljesen elég, ha a csövecskét félig töltjük meg anyaggal.

Vért ugyancsak a Ty-tartály kisebb csövében kell beküldeni. Vérvételkor a sterilitásra gondosan kell ügyelni, nemcsak a beteg érdekében, hanem egyrészt azért is, mert a sterilen vett vérből biztosabban kitenyészthető a kórokozó, másrészt mert a vérben esetleg elszaporodó szennyező bakteriumok sokszor proteolytikus hatásúak s igy a vért serologiai vizsgálatra alkalmatlanná teszik. *Wassermann-reactio* elvégzése céljából is sterilen vett, elegendő menyiségű (legalább 4—5 ccm) vért kell beküldeni. Általában fontos, hogy a vérvétel ne alkoholos, aetheres, vagy vizes fecskendővel történjék, mert ilyen esetben haemolysis áll be, ami a reactio értékelését lehetetlenné teszi. A vérvétel helyes módja, ha főzéssel kisterilezett és utána kiszárított fecskendővel, vagy pusztán száraz tűvel történik.

Igen fontos *a kisérőirat pontos kitöltése* is, mivel a vizsgálatot végző laboratorium a betegség klinikai képéről csak igy nyerheti azt az amúgyis kevés felvilágositást (a betegség szakáról, a korábban kiállott hasonló betegségről, oltásról stb.), amely az eredmény értékelésekor sokszor nélkülözhetetlen. A vizsgálati lelet lényeges segitséget nyujthat a kezelő orvosnak a diagnosis megállapításában. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a laboratoriumi vizsgálat a diagnosis megállapításának csakis segédeszköze és az eredmény úgy értékelendő, mint a betegség egyik, vagy másik tünete. A diagnosist kizárólag erre épiteni legtöbbször nem lehet. Különösen negativ laboratoriumi lelet esetén mindig meg kell ismételni a laboratoriumi vizsgálatot, ha a klinikai lefolyás alapján a fertőző betegség gyanuja továbbra is fennáll. Elsősorban typhus exanthematicus esetében ajánlatos 2—3 napos időközben újabb vérminta beküldése a *Weil-Felix-reactio* elvégzése céljából, mert a betegség fennállására leginkább az agglutinatiós titer gyors emelkedéséből, illetve változásából lehet következtetni.

Kórszövettani anyagok beküldésére gyakran használják fel a typhus-, sőt a diphtheria torokváladék beküldésére szolgáló tartályokat. Ezek a tartályok erre a célra nem használhatók fel! Az Intézet elvileg hatósági orvosok szegénybetegei részére végez ingyenes kórszövettani vizsgálatokat. Az anyagot vértől, rostonyától, physiologiás konyhasós- vagy kútvízben ki kell mosni és rögzités céljából absolut alkoholt, vagy 10%-os kereskedésbeli formalinoldatot tartalmazó jólzáró dugóval ellátott, megfelelő nagyságú, lehetőleg szélesszájú üvegbe kell elhelyezni és úgy beküldeni.

Parasitologiai székletvizsgálat céljára vagy az ú. n. simpla béltartály, vagy a Ty-tartály szolgál, az anyagot lehetőleg az egyszerre ürített széklet több különböző helyéről kell venni. *Malaria*-vizsgálatokhoz kikent vérlemezek, illetve vastagcsepp küldendő be. Zsírtalan tárgylemezeket megfelelő használati utasítást és kisérőírást tartalmazó dobozokat az Intézet tart raktáron — tehát nem a gyógyszertárak —, azokat onnan lehet igényelni.

A fentemlített rendelet szigorúan előírja, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet tartályaiban csakis az Intézethez, vagy vidéki Állomásaihoz küldhető be vizsgálati anyag. *„Kihágást követ el és 600 P-ig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő . . ., aki a vizsgálati anyag beküldésére szolgáló tartályokat eredeti rendeltetésüktől elvonja, illetve azokat más célra, mint a hivatalos vizsgáló Állomáshoz beküldésre használja fel.”* Ha az Országos Közegészségügyi Intézet a tartályok szabálytalan felhasználásáról tudomást szerez, megteszi a megtorló lépéseket a feladó ellen. A tartályok az Intézet tulajdonát képezik s mint kincstári vagyon felett az Intézetnek szigoruan őrködni kell.

Betegek vizsgálatára orvosi vényen gyógyszertárból kell igényelni tartályokat, ugyanígy kell beszerezni a szórványos bacillusgazdakutatás céljaira szolgáló egynéhány tartályt is. Nagyobbarányú *bacillusgazdakutatás céljaira* (amit lehetőleg járványmentes időben — tehát typhusra irányuló vizsgálatok esetén tavasszal — kell végezni) a tartályokat a hatósági orvos közvetlenül az Országos Közegészségügyi Intézettől igényeli a vizsgálandó egyének *pontos számának* közlése mellett. Az Intézet munkatorlódás elkerülése végett az igénylések beérkezésének sorrendjében határidőt tűz ki, a vizsgálati anyag beküldésére. A bacillusgazdakutatás elvégzésekor a tartályok felhasználásakor pontosan az Intézet által küldött tájékoztató szerint kell eljárni.

Lőrincz Ferenc dr.
főorvos.

Penis fractura esete.

Január 20.-án éjjel 22 éves fiatalembert hoztak a mentők heves húgycsővérzéssel a Szent István kórház I. sebészeti osztályára.

Nadrágja, alsóruhája tele van vérrel és az urethrából jelentkezése alkalmával csurgott a vér.

Kathetert bevezetve a hólyagból kristálytiszta vizelet ürül és a vércsorgás megszűnik, ezért a kathetert (23-as Neleton) állandósítjuk, mire a húgycsővérzés teljesen megáll.

Kikérdezve a beteget a vérzés keletkezése felől, előadta, hogy este 8 óra tájban nőismerősével találkozott az utcán, azzal ott helyben álló helyzetben közösült, a coitus igen heves volt és mintegy 3 percig tartott.

Mikor utána üzletbe ment és zsebébe nyult, vette észre, hogy keze véres és így jött rá, hogy ruhája is tele van vérrel, egyébként semmi fájdalmat, vagy kellemetlenséget nem érzett. Ekkor hazament, mert azt hitte, hogy kivülről piszkolódott be a ruhája, amikor is azt tapasztalta, hogy húgycsövéből csurog a vér s miután ezt elállítani nem tudták, mentőkkel osztályunkra szállíttatta magát. A jól fejlett és táplált, jó izomrendszerrel biró fiatal férfin a húgycsőnyilásból kicsorgó véren kivül a penis bőre alatt kiterjedt véraláfutást találtunk: a corpus cavernosumnak megfelelőleg jókora mogyorónyi duzzanat észlelhető, mely nyomásra igen fájdalmas. Másnapra a kathetert kihúzva, annak nyomán néhány ccm sötét, részben folyós, részben alvadt vér ürül. Ezután a vérzés teljesen megszünik.

A beteg az első négy nap lázas. Az első nap 39.2-ig ment fel a hőmérséke, 22-én még 38.5-ig, 23-án már csak 38-ig és 24-én subfebrilis. 27-e óta láztalan.

23-án vettük észre, hogy a bal ondózsinórnak megfelelően is van kb. babnyi haematoma és 27-én a betegen genyes húgycsőfolyás jelentkezett, mely g. o. positiv.

Előzőleg a betegnek soha semmiféle húgycsőfolyása nem volt. Távozásakor, február 7-én ez a húgycsőfolyás még kezelés alatt állott, egyébként a haematomák visszafejlődtek, s a beteg a corpus cavernosumban tapintható, kb. fillérnyi, jelenleg már fájdalmatlan hegtől eltekintve, teljesen meggyógyult. Erectiói, mint mondja vannak, s ilyenkor a penis nem görbül el.

Nyilvánvaló, hogy a betegnek úgynevezett penis fracturája volt, vagyis az erigált penis, a heves coitus közben a corpus cavernosum körülírt helyén szakadást szenvedett, Ez az állapot elég ritka és szerencsére nagyon jó gyógyhajlammal bír, különösen akkor, ha a fractura fedett, vagyis a húgycsővel nem közlekedik, ami a gyakoribb eset. A húgycsővel közlekedés ugyanis az infectio és a haematoma szétesésének veszélyét rejti magában. Ez ebben az esetben nem következett be, ellenére annak, hogy a corpus cavernosum sérülése táján kellett hogy közlekedjék a húgycső lumenével, mert különben nem lett volna olyan erős vérzés a hugycsövön át. Dacára e közlekedésnek, a corpus cavernosum sebe sima heggel gyógyult, pedig a beteg penis fracturával egyidejüleg gonorrhoeát is szerzett.

Megjegyzendő még, hogy a corpus cavernosumban lévő hegek különösen kiterjedtebb szakadások esetén könnyen vezetnek a penis elgörbülésére, mely főleg erectio alatt mutatkozik, hiszen az összehegesedett corpus cavernosum üregek nem fogadnak be vért az erectio alatt. Esetünkben szerencsére ez a szövődmény sem következett be.

Szöllőssy László dr., közkórházi alorvos.

Anara (Chinoin), egy uj náthaszer.

Azon subjectív kellemetlenségek és nem ritkán komoly szövődmények, melyek a heveny náthával járnak, érthetővé teszik azt a sok therapiás próbálkozást, mely a legrégibb idők óta a *rhinitis acuta* gyógyítására irányult. Ha számbavesszük az ajánlatba hozott sokféle *általánosan* és *helyileg* ható szert (calcium, jód, anaesthesin-, orthoform-, menthol-olaj, formalin- és lysoformgőzök, ezüst-készítmények), megállapíthatjuk, hogy a heveny náthának ezidőszerint nincs olyan localis gyógyszere, mely kellemetlen mellék- vagy utóhatások nélkül volna alkalmazható.

Egy évvel ezelőtt a *Chinoin*-gyártól kaptunk 30 tubus az e hiányt pótolni hivatott s nemrégen *„Anara”* névvel forgalomba került — náthaszert therapiás kipróbálásra. Azóta 90 tubussal végeztünk különböző betegeken kísérleteket s tapasztalatainkról az alábbiakban számolunk be.

Az „Anara” náthaszer egy 6.5×1.5 cm nagyságú aluminiumcsőbe helyezett s *phenylaminopropannal* átitatott vattakanóc, melynek gőzeit az orrba szíva, néhány percen belül az orrkagylók nyálkahártyája vértelen lesz és leapad. A cső két végét csavarmenetes fedő zárja el. Az egyik vég kúpalakú s közepe lyukas, a másik lapos, három kis nyilással. Használat előtt az orrot jól ki kell fújni, majd a cső kúpalakú végét az egyik orrnyilásba helyezzük, a másikat ujjunkkal elzárjuk s csukott szájjal mély belégzést teszünk, miközben a cső lyukgatott végén át szívott levegővel az illó hatóanyag orrunkba jut. A felszippantás szükség szerint 1—4 óránként végezhető.

Az „Anara” hatóanyagának chemiai szerkezete hasonló az adrenalin, illetőleg az ephedrin szerkezetéhez.

Pharmakologiai hatás szempontjából is meglehetősen közel állnak egymáshoz, mert mindháromnak kifejezett edényösszehúzó hatása van. A különbség köztük csupán az, hogy míg az adrenalin és ephedrin közönséges hőmérsékleten nem illanók, addig a phenylaminopropan illanó, s az egész orr nyálkahártyáját egyenletesen éri. Előírásszerinti alkalmazáskor az orrnyálkahártyával kb. 0.2 mgr hatóanyag jut érintkezésbe, ami teljesen elegendő a kívánt cél elérésére.

A phenylaminopropan therapiás hatására vonatkozólag amerikai szerzők végeztek klinikai vizsgálatokat. Az első errevonatkozó közlemény *Bertolet*-től ered, ki a szert 122 betegen alkalmazta, a következő esetekben: 1. *rhinitis acuta* (36), 2. *rhinitis chronica* (39), 3. *rhinitis vasomotorica*, (21), 4. *asthma bronchiale* (8), 5. *orrműtétek utáni állapot* (18). A készítmény a legtöbb esetben alkalmasnak bizonyult a betegek panaszainak enyhítésére. 122 betege közül csupán egy panaszkodott fejfájásról, múló rosszullétről, e beteg azonban több gyógyszerrel szemben is idiosynkrasiával viseltetett.

Byrne 51 betegen vizsgálta a hatást a következő esetekben: *1. rhinitis vasomotorica* (26), kik közül 18 (69%) azonnal és feltűnő javulást érzett, a tüsszentés, szemek viszketése csakhamar megszünt. 8 esetben az orrváladék csökkenése nem volt kifejezett. 2. *rhinitis acuta* (10); az orrdugulás érzete s a kellemetlen viszkető érzés a szer felszívása után megszünt, az orrváladék mennyisége csökkent. 3. *rhinitis chronica* (6), ezek reagáltak aránylag legkevésbbé kedvezően, bár a váladék némileg ezekben is csökkent s az orrlégzés szabadabb lett. 4. *sinusitis catarrhalis* (9); 3 beteg fejfájása felszívás után csökkent. *Byrne* véleménye szerint a szer a leghatásosabb azokban az esetekben, mikor bő, vízszerű az orrváladék. Egy-egy belégzés után a hatás betegenként különböző ideig áll fenn.

Scarano vizsgálataival a következő 3 kérdésre keresett választ: 1. Mi az ephedrin és phenylaminopropan érösszehúzó hatása közti különbség? 25 beteget észlelve azt találta, hogy a phenylaminopropan edényösszehúzó hatása valamivel lassabban fejlődik ki, mint az ephedriné; egy percen belül azonban mindkét szer észrevehető érösszehúzódást okoz, melynek maximuma mind a 25 esetben öt percen belül állt be. A 2. kérdés, melyet *Scarano* vizsgálat tárgyává tett, az volt, hogy jelentkeznek-e kellemetlen kísérő tünetek a szer túlzott használatakor? Tapasztalatai szerint a phenylaminopropan túlhasználata után jelentkező tünetek (localis izgató hatás, tüsszentés, szúróérzés, könnyezés) intensitásukban jóval az ephedriné mögött maradtak. 3. Követik-e az ephedrin, ill. phenylaminopropan használatát secundaer jelenségek? 25 beteg egy hétig ephedrinoldat-sprayt kapott, 25 pedig phenylaminopropant lélekzett be. Szerinte az ephedrin használatakor igen ritkán, a phenylaminopropan esetén pedig egy esetben sem következtek be. Elméletileg kellemetlen mellékhatás még leginkább vasolabilis egyénektől várható, akik pl. adrenalinnal szemben is túlérzékenyen viselkednek. Ezektől sen várható azonban egyéb kellemetlenség, mint múló rosszullét, kisfokú szédülés.

A phenylaminopropan *toxicitására* vonatkozó vizsgálatokat *Issekutz* végezte. Megállapította, hogy patkányon 50 mg:kg erős izgatottságot okoz, mely 1—2 óráig tart. 100 mg:kg-nál valamivel erősebb a hatás, de csak 200 mg:kg öli meg az állatot, görcsös izgalom, erős dyspnoe, ataxia tünetei mellett. A *vérnyomásra* és *légzésre* gyakorolt hatást macskákon vizsgálta intravenásan adva a szert. Az első injectio 1—2 mg:kg jelentékeny, 20—30 mm-es vérnyomásemelkedést okoz, a következő injectio hatása már gyengébb s a későbbi injectiók a vérnyomásra vagy nem hatnak vagy kisebb vérnyomássüllyedést okoznak, ez azonban csak 1—2 percig tart s azután megint normalis lesz a nyomás. Mindegyik injectio nagyfokú és tartós izgalmat gyakorol a légzésre. A légvételek száma és volumene nő. Görcsöt még 10—20 mg:kg intravenás befecskendezés sem okoz. Mindezek alapján megállapítja, hogy a phenylaminopropannak veszélyes tulajdonságai nincsenek. Felszippantáskor felszívódó mennyiség az orrnyálkahártya sympathicus idegvégződéseire gyakorolt érszűkítő hatáson kivül mást nem okoz; mérgezés nem következhetik be, sőt még az egész phiola tartalmának lenyelése sem járhat komolyabb következménnyel.

Saját megfigyeléseink szerint az *„Anara"* a heveny nátha kezdetén, de annak későbbi szakaszában is jó hatással alkalmazható.. Igen jó szolgálatot tesz a *vasomotoros náthában* szenvedőknek is; a nyálkahártya reflectoricus duzzanatát azonnal lelohasztja, a bő váladékot csökkenti. Beszippantás után nemcsak az eldugulásból eredő orrlégzéshiány szűnik meg, hanem az ezt kisérő kábultság, fejfájás is enyhül s a beteg megkönnyebbül. Más vasomotoros rhinitisben szenvedő betegünk, kin a a nap különböző szakában jelentkeztek a tünetek, szintén jó eredménnyel használta a szert. A mult tavasszal kipróbáltuk *szénanáthásokon* is; a betegek súlyos kellemetlenségei lényegesebben nem voltak befolyásolhatók, bár ezek is szívesen használták. Az „Anara" *fülészeti* alkalmazására is tettünk kísérletet, oly esetekben, mikor tuba-katheter-befúvást kellett végeznünk duzzadt orrnyálkahártyájú egyéneken s mikor a tubakatarrhus okát az orrváladék pangásában láttuk.

A heveny nátha oki gyógyításának híján örömmel kell fogadnunk minden hatásos tüneti szert, mely a betegre nézve igen kellemetlen orreldugulást s bő váladékképződést — habár múlóan is — jól megszünteti. A tubus kis mérete lehetővé teszi, hogy a beteg magánál tarthassa s szükség szerint bármikor és bárhol használhassa. A készítményben tehát becses szert nyertünk és ahogy a fej-, fogfájós ember magánál hordja a fájdalomcsillapító tablettát, a náthás beteg is zsebében hordhatja e gyógyszert, mellyel kellemetlen állapotán gyorsan könnyíthet. A *náthában szenvedő beteg rövidebb időre kívánatos jobb közérzetének megteremtésére (tárgyalás, beszéd, szereplés, stb.) különösen kiváló szernek bizonyult.*

Összefoglalás: 1. Acut rhinitis esetén általában kerülendő a localis kezelés; az orrnyálkahártya nagyfokú vérbőségének csökkentésére azonban az *„Anara"* alkalmas.

2. A szer használata *tüneti:* felszippantásra az orrkagylók nagyfokú vérbősége csökken, az orrlégzés szabaddá válik, a beteg fejfájása, kábultsága szűnik.

3. A *tágabb* orrüregből könnyebben ürül a váladék, pangása elmarad, s a melléküregre terjedés lehetősége csökken.

4. orrüreg könyebben áttekinthető *(rhinoskopia)* stb.

5. Jó eredménnyel alkalmazható *rhinitis vasomotoricában,* mert a tüsszentési rohamok s a bő secretio órákra elmaradnak.

6. *Szénanáthásoknak* is rendelhető, kik szívesen használják, bár a kellemetlenségeiket csak kismértékben csökkenti.

7. Enyhébb *sinusitis* esetekben a váladék könnyebben ürül.

Orrműtétek után az orrváladék könnyebb ürülése folytán könnyebbséget okoz.

9. Az orrüregre gyakorolt jótékony hatásánál fogva a *középfülhurutban* szenvedőknek is adható.

10. Az „Anara" által okozott ártalmat, vagy kellemetlenséget egy betegünk sem tapasztalt.

Csillag Sándor dr. műtőorvos,
a Rókus kórház fül-osztályának alorvosa.