80. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1936. junius 6.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Paul Benő és Végh Pál: Májbajosok vérplasmájának változása a Head-zóna ingerlése után. (527—529. oldal.)
Bárdossy István: Gyermekek csonttörésének véres helyretevése. (529—531. oldal.)
Fazakas Sándor: Könnycsövecske-daganatok kiirtása. (532—533. oldal.)
Bobory Béla: Ujabb vizsgálatok a revival antisyphilitikus értékéről. (533—534. oldal.)
Szauter Béla: Uj eljárással (dúsitás) kórismézett tropikus malaria esetek Debrecenben. (535—536. oldal.)
Veress János: Uj légmellkészitő tü. (536—537. oldal.)
Hidassy Dezső: Salak gázok okozta halálesetek. (537—538. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (99—102. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Gyermekgyógyászat. — Börgyógyászat. (538—540. oldal.)
Könyvismertetés: (541—542. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (542—545. oldal.)
vitéz Herczeg Árpád: Néhány XVI. századbeli syphilis-kézirat a budapesti Bőr- és Nemikórtani klinika könyv- és kéziratkincseiből. (545—548. oldal.)
Hóman Bálint diszdoctorrá avatása Berlinben. (548-550. o.)
A Magyar Orvosi Nagyhét megnyitó ülése. (550. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hirek és hetirend: (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár).

Májbajosok vérplasmájának változása a Head- zóna ingerlése után.

Irták: *Paul Benő dr.* és *Végh Pál dr.*

Egy előbbi közleményünkben a májparenchymának a vízanyagcserében betöltött szerepét néhány kisérletes és klinikai adattal igyekeztünk bizonyitani. Kisérleteink során hepatocellularis sárgaságban szenvedő betegek májának Head-zonáját izgattuk mustárpapirral. *A cutiviscéralis reflex segitségével a szervezet vízanyagcseréjében változások voltak előidézhetők.* Míg klinikailag súlyos, diffus parenchymabántalomnak bizonyuló esetekben a vér víztartalma és a kiürített vizelet mennyisége a máj Head-zonájának ingerlésére nem volt fokozható, addig *klinikailag könnyű lefolyású,* ill. *a gyógyulási szakban levő hepatocellularis ikterusos betegek, ugyanezen eljárásra, a vér víztartalmának emelésével és a vizeletmennyiség fokozásával válaszoltak.* Az említett adatok és egyéb észlelések amellett szólnak, hogy a parenchymabántalom tetőfokán a szervezetnek vizenyő készsége van. Ugyanezt bizonyitja még az is, hogy betegek, betegségük első szakaszában oliguriásak, a bevitt folyadék jórészét visszatartják, az intracutan adott phys. konyhasóoldat okozta dudor bőrükből igen gyorsan tünik el. A parenchyma gyógyulásával együtt szünik meg a vizenyőkészség, bő vizelés támad, a visszatartott folyadék kiürül, az intracutan adott konyhasódudor felszivódása lassul. A vízanyagcsere ilyen változását a máj u. n. „hormonalis" működésének zavarával hoztuk kapcsolatba. Felfogásunk szerint a parenchymabántalom súlyosságával párhuzamosan csökken az említett diuretikus tényező, ami a folyadéknak a szervezetben a visszamaradását okozza. Ugy látszik, hogy a parenchymalaesio megszüntével a hormonalis működés is visszatér és a szervezet vízanyagcseréje ismét egyensúlyba jut.

A májparenchyma betegségeiben zavart szenved a *szervezet kolloid-egyensúlyát szabályozó működése is.* A májbetegségekben előforduló kolloid-szerkezeti elváltozások közül már több ismeretes. Megváltozik a plasma fehérjéinek absolut mennyisége és egymás közti aránya. *(Karczag és munkatársai).* Eltolódik az albumin-globulin quotiens *(Rusznyák, Baráth* és *Kürthy),* a fehérjedispersitas változása folytán változás áll elő a kolloid-osmotikus nyomásban *(Waller).* A szerzők egy része szerint *(Hetényi, Sivó* és *Egedy, Karczag* és *munkatársai* stb.) megszaporodik, más része szerint megcsökken a vér fibrinogentartalma, főleg parenchymás sárgaságok első szakában, ami valószinüleg magyarázata a vörösvérsejtsüllyedés lassúbbodásának. A májparenchyma állapota és a vér complementtartalma között is szoros kapcsolat mutatható ki. Az újabb kutatások eredményeképpen a complement a vérnek olyan physikai-chemiai állapotát jelenti, mely azt a complementaris hatás kifejtésére alkalmassá teszi. A kolloidok szerkezeti megváltozásával változnia kell tehát a complementaris képességnek is. A májparenchyma betegségeiben a fentemlített complementaris képesség változott is, amint azt többen kimutatták. A máj diffus praenchymabántalommal járó betegségeiben a serum complementaer képességének csökkenését észlelték. Mi magunk a complementtiter meghatározását a rendszeres klinikai májfunctiós próbáink közé soroztuk.

Miután kiderült, hogy a máj Head-zonájának ingerlésével, a parenchyma állapotától függően, mint azt előző közleményünkben kifejtettük, a szervezet vízforgalmának változását lehet előidézni, *a betegmájú szervezet esetleges kolloid-szerkezeti változásai felé fordult figyelmünk.* Annak eldöntésére, hogy a máj Head-zonájának izgatására a vér kolloidális szerkezetében tudunk-e változásokat létrehozni, *9 hepatocellularis ikterusban, 3 cirrhosis hepatis Laennecben* szenvedő betegen, valamint ellenőrzésképpen *7 egészséges májú egyénen* a következő kisérleteket végeztük: meghatároztuk a serum complementtiterét, a vér összes fehérjetartalmát, a plasma relativ fehérjefractióit, az albumin-globulin quotienst a máj Head-zonájának mustározással történt izgatása előtt és az izgatás után. Hogy

a máj szerepét a kolloid-szerkezeti változásokban kétséget kizáróan tisztázzuk, a test különféle bőrterületein (bal lapockatáj, bal comb stb.) is végeztünk mustárpapirral bőrizgatást. Mint a 3. táblázat mutatja, érdemleges változások így nem voltak létrehozhatók, sem egészséges, sem májbajos egyéneken.

A complementtiter meghatározására a karvenából vettünk vért, melyet 2 óra hosszat a jégszekrényben tartottunk, hogy a *Dold* és *Klinkhardt* szerint várható átmeneti complementcsökkenésből eredő hibaforrást kiküszöböljük. A complement meghatározásához először a haemolysint titráltuk be, a szokott módon, 0.7 ccm 10-szeresen hígított tengerimalacvérsavót használva. E haemolytikus rendszert 10-szeresre hígított kérdéses savó 0.1—1.5 ccm-ével hoztuk össze, csövenként 0.1 ccm-enként emelkedő mennyiségben. Egy sorozat tehát 0.01—0.15 ccm nativ savónak megfelelő hígítássorozatból állott. A csövek tartalmát phys. konyhasóoldattal 2.5 ccm-re töltve fel, 30 percig tartottuk 37 fokos vízfürdőn; az eredmény leolvasásakor a complementaris képesség mértékének a hígítás azon fokát tekintettük, melyben a haemolysis már teljes volt. (Kivételek az 1., 2., 11. és 12. számu esetek, amelyekben, a parenchymalaesio súlyosságának megfelelően, az általunk maximalisan használt 0.15 ccm nativ savó sem volt elegendő a haemolytikus rendszer oldásához).

A plasma relativ fehérjefractióinak meghatározására a 3.6%-os citratos kavernából vett vér szolgált. A meghatározásokat *Rusznyák* nephelometriás eljárása szerint végeztük, a *Pulfrich-Stufenphotometer* segítségével. (2. sz. fényforrás, L_2 szűrő mellett). A serum fehérjetartalmát refractometriás úton határoztuk meg.

Reggel éhgyomorra történt az első vérvétel, ami után 10×15 cm-es mustárpapirost helyeztünk a vizsgálati egyénnek májának elülső Head-zonájára. 1 óra mulva vettünk vizsgálatainkhoz másodszor vért. Eredményeinket a fenti táblázatokban foglaltuk össze.

1. táblázat.

Parenchymás ikterus és cirrhosis Laënnec esetek. (Mustározás a máj Head-zonája felöl.).

Complement-titer ccm mustár		Vérfehérje gr% mustár		Relativ fehérje fractio % mustár előtt				mustár után				Albumin-globulin quotiens mustár	
előtt	után	előtt	után	F.	A.	Pg.	Eug.	F.	A.	Pg.	Eug.	előtt	után
0.15	0.12	7.5	7.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.07	0.07	5.3	5.1	2.0	67.5	29.0	1.5	2.3	67.2	29.8	0.7	2.07	2.05
0.15*	0.14	7.0	7.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.03	—	6.1	6.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.12	0.08	7.3	7.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.05	0.05	7.1	7.0	3.5	72.1	24.3	0.1	4.0	62.5	33.0	0.5	2.50	1.70
0.06	0.04	9.2	8.6	2.3	64.0	32.9	0.8	2.4	63.6	33.7	0.3	1.77	1.74
0.04	0.03	7.4	7.4	1.3	73.3	24.2	1.2	1.7	68.8	27.9	1.6	2.74	2.20
0.09	0.09	7.6	7.6	3.7	66.4	29.0	0.9	3.6	65.0	31.4	ϕ	1.97	1.85
0.05	0.04	7.1	7.0	3.0	76.5	19.8	0.7	2.8	79.2	18.0	ϕ	3.25	3.80
0.07	0.05	7.3	7.6	3.0	66.7	29.8	0.5	2.7	63.5	33.7	0.1	2.00	1.77
0.05	0.04	8.6	7.5	4.0	55.1	39.9	1.0	3.0	62.2	34.3	0.5	1.23	1.65
0.06	0.05	6.5	7.0	5.0	81.2	13.8	ϕ	4.2	79.5	16.3	ϕ	4.31	3.87
0.15*	0.15*	5.5	5.8	1.9	69.0	28.5	0.6	1.8	65.7	32.0	0.5	2.22	1.91
0.15*	0.13	6.2	6.5	2.9	53.5	42.3	1.3	2.8	54.4	41.4	1.4	1.15	1.19

*Nem teljes (incomplet) haemolysis. (a 3 utolsó cirrhozis Laënec).

2. táblázat.

Kontroll esetek. (Mustározás a máj Head-zonája felöl.)

Complement-titer ccm mustár		Vérfehérje gr% mustár		Relativ fehérje fractio % mustár előtt				mustár után				Albumin-globulin quotiens mustár	
előtt	után	előtt	után	F.	A.	Pg.	Eug.	F.	A.	Pg.	Eug.	előtt	után
0.09	0.08	6.7	6.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.05	0.05	8.1	8.6	2.5	69.4	27.3	0.8	2.4	68.4	28.6	0.6	2.26	2.16
0.05	0.05	8.2	8.8	9.2	60.8	30.0	ϕ	8.5	62.8	28.7	ϕ	1.55	1.69
0.08	0.06	6.4	6.7	3.7	74.7	21.6	ϕ	3.9	72.5	23.6	ϕ	2.95	2.63
0.04	0.04	6.5	6.5	5.4	76.7	17.5	0.4	6.2	72.2	21.1	0.5	3.29	2.59
0.05	0.05	7.8	7.8	3.4	76.9	19.7	ϕ	4.0	74.4	21.6	ϕ	3.32	2.90
0.05	0.05	—	—	3.5	66.6	29.9	ϕ	3.8	62.9	33.2	0.1	1.95	1.69

3. táblázat.

Kontroll esetek. (Mustározás a test különféle bőrfelületein, bal comb, vagy bal lapockatáj.).

Complement-titer ccm mustár		Vérfehérje gr% mustár		Relativ fehérje fractio % mustár előtt				mustár után				Albumin-globulin quotiens mustár	
előtt	után	előtt	után	F.	A.	Pg.	Eug.	F.	A.	Pg.	Eug.	előtt	után
0.07	0.07	6.9	7.0	1.5	77.4	20.6	0.5	1.6	79.6	18.1	0.7	3.42	3.90
0.06	0.06	7.2	7.2	4.2	77.4	17.7	0.7	3.6	76.0	19.4	1.0	3.42	3.16
0.04	0.04	—	—	1.6	71.0	23.5	3.9	3.9	70.6	23.4	2.1	2.44	2.40
0.04	0.04	—	—	1.3	69.0	27.5	2.2	2.0	70.3	26.1	1.6	2.22	2.39
0.05	0.05	—	—	1.7	71.8	24.3	2.2	—	—	—	—	—	—

Eredményeink áttekintésekor kitünik, hogy *a vér összes fehérjetartalma* a máj Head-zonájának ingerlése után *sem az ikterusos (sem a cirrhotikus) sem az egészséges máju egyénekben gyakorlatilag nem változott.* (9 sárgaságos közül 5, 3 cirrhotikus közül 2, 7 kontroll közül 5 változatlan; ugyanez mondható el a fibrinogenről is) 5, ill. 2, ill. 4 változatlan). Az albumin és a pseudoglobulin ingadozásokat mutat mind felfelé, mind lefelé menő irányban, sárgaságos és controll esetekben egyaránt. Az ingadozás azonban nem egyöntetű és így következtetésre nem alkalmas. Az euglobulin változásában azonban szabályszerűség lelhető fel. Mert míg az összes kontroll esetben, továbbá mindhárom vizsgált cirrhotikusban változatlan maradt az euglobulin mennyisége, addig 7 *hepatocellularis ikterusos egyén közül 5 esetben csökkent és 2 esetben gyarapodott az euglobulin mennyisége,* változatlan azonban egyben sem maradt. *Az euglobulin tehát a máj Head-zonájának mustározása után csökkenő irányzatot mutat hepatocellularis sárgaságban.*

Szembetünő a vér complementtartalmának a változása. 9 ikterusos eset közül 8-ban, (3 cirrhosisos eset közül 2-ben) a Head-zona izgatása után kisebb savómennyiség elegendő volt a haemolytikus rendszer oldásához, mint a kisérlet előtt, ami *kétségtelenül a complementaris képesség fokozódását jelenti.* Bár az egyes esetekben a különbségek csekélyek, *a változás azonban teljesen egyirányú,* úgyhogy kisérleti hibának nem tekinthető. Egészséges máju egyéneken ellenőrzésként ugyanilyen feltételekkel végzett kisérletekben a vér complementaris képessége nem változott, (5 eset) kis részükben pedig (2 eset) a complementtiter emelkedett.

A máj Head-zonájának izgatására a vér kolloidális szerkezetében tehát kétségtelenül változások állanak be. E változások parenchymás ikterusban szenvedőkre jellemzőek. Csappan az euglobuin mennyisége és növekedik a vér complementaris képessége. A májparenchyma megbetegedése folytán támadt kolloidalis egyensúlyzavart a cutivisceralis reflex által befolyásolni lehet. Egészséges máju egyéneken végzett kisérleteink azonban azt mutatják, hogy ép parenchyma esetén sem az euglobulin mennyiségét nem lehetett megváltoztatni, sem pedig a vér complementaris képességét nem lehetett fokozni. Valószinű tehát, hogy *a teljes kolloidalis egyensúlyban levő plasmának szerkezetét nem lehet ebből az „eukolloidalis" állapotból kizökkenteni,* az ép májparenchyma (más tényezőket nem tekintve) azonnal helyrepótol minden eltolódást.* A beteg parenchyma azonban, mely csaknem minden tevékenységében hibás, *a kolloidalis szerkezetet ilyen rugalmasan fenntartani nem tudja.* A különbséget abban látjuk, hogy *míg egészséges egyének vérének kolloidalis szerkezete állandó, alig befolyásolható, addig beteg májparenchymájú egyéneké már aránylag kis beavatkozással is megváltoztatható.* Hogy az így megváltoztatott kolloidalis egyensúly menynyiben áll közelebb a normalishoz, mint a kisérlet előtti, nem tudjuk. A complementaris képesség javulása amellett látszik szólni, hogy a Head-zona izgatására a máj működése javul.

Előbbi munkánkban azt igyekeztünk bizonyítani, hogy kisebb májparenchyma bántalmakban a máj Head-zonájának izgatásával a szervezet vizenyőkészsége folytán visszatartott folyadék kiürülését elő lehet segíteni. E folyamat magyarázásakor a májnak u. n. „hormonalis", diuresist okozó működésére, ill. ennek a cutivisceralis izgatás folytán beálló fokozódására gondoltunk. A most közölt kisérleteink amellett szólnak, hogy nemcsak a hormonalis tevékenység javulása mozgósitja és bírja kiürülésre a visszatartott folyadékot, hanem szerepet játszik ebben a vér kollcidalis szerkezetének a változása is.

*) *Karczag* és *Hanák* spektrographiai úton vizsgálták nativ serumok szerkezetét és azt kifejezetten állandónak találták, melyet sem quarz, sem röntgen, sem gyógyszerbehatás stb. sem tud megváltoztatni.

Gyermekek csonttörésének véres helyretevése.

Irta: *Bárdossy István dr.*, a Szt. István-kórház gyermekosztályának sebésze.

Amilyen kitűnő eredményt ad a húzás, különösen a Kirschner-féle drótextensio, a felnőttek combtöréseinek orvoslásában, épp olyan elégtelenek az eredmények, ha gyermekek combtöréséről van szó. Nem tekintve azt, hogy a csontot mélyen bevághatja a drót s így csontpusztulásra, sőt fertőzésre kerülhet a sor, a gyermekek a húzást általában rosszúl tűrik, bármikép vigyázzunk rájuk, a sínen felcsúsznak, így a húzás ereje csökken s a csontvégek a helyes helyzetből eltolódnak, azonfelül a gyermek súlyának csekélysége folytán a contraextensio is tökéletlen. Annyi bizonyos, hogy eredményeink a Kirschner-féle dróthúzással mesze várakozásunk alatt maradtak, ragtapasszal vagy gipszsínnel történő húzás még kevésbbé válik be, a Schede-féle felfüggesztést pedig a gyermekek csak az első egy-két életévben viselik el türelmesen. A Kirschner-húzással kellő módon meg nem javított esetekben természetesen véres műtétre kényszerültem és ezek alkalmával azt a tapasztalatot szereztem, hogy a 3—4 héttel a törés létrejötte után végzett véres műtéteket a már kifejlett callus mechanice is, de vérzékenysége miatt is gátolja s azonfelül még az időközben kifejlődött erős izomcontractura is rendkívül megnehezíti, melynek leküzdése izomszakadásokkal is járhat. Éppen azért és tekintettel a Kirschner-húzás ki nem elégítő eredményeire, arra az elhatározásra jutottam, hogy ezeket a gyermekkori combtöréseket mindig korai véres műtéttel fogom rendbehozni. Ilyen korai, két-három nappal a sérülés után végzett műtétek alkalmával a fentebb említett nehézségekkel nem találkoztam. A vérömlenyt a törések körül többnyire meglepően kicsinynek találtam, sőt akárhányszor számottevő vérzést a törési végek körül nem is láttam. Ezzel szemben a törések helyreigazítása, mivel sem callus levésésével, sem vérzéssel, sem kötőszövetes hegek szétválasztásával nem kellett vesződnöm, feltűnően könnyűnek és egyszerűnek bizonyult. Az a contractura pedig, amely az eltelt két-három nap alatt kifejlődött, inkább hasznosnak bizonyult, mint károsnak, mert a törési végek pontos összeillesztését nem nehezítette meg, viszont az összeillesztett törési végeket oly szorosan egymáshoz nyomta, hogy varróanyagot a legtöbb esetben nem kellett alkalmaznom, ami abból a szempontból is nagyon előnyös, hogy a sebben nem marad idegen anyag, amely utólagos kellemetlenséget, genyedést, fistulát, fájdalmat, stb. okozhat. A műtét ilyen módon 10—12 perc alatt elvégezhető, tökéletes összeillesztést biztosít, az utókezelés egyszerűbb s nem fenyegetnek azok a veszedelmek, melyek a drótnak a csontba helyezésével és a dróthúzás okozta bőrsebekkel járnak.

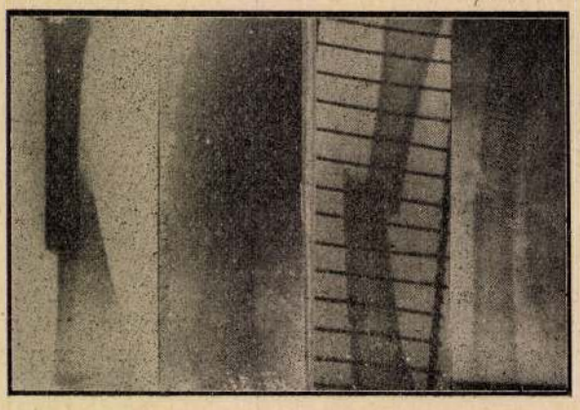
A törési végeknek csupán pontos összeillesztéssel, minden varróanyag nélküli rögzítése tulajdonképen már régen ajánlott eljárás *(Clairmont)*; egyes esetekben úgy látszik hazánkban is alkalmazták, mint azt legújabban az Orvosképzés 1935. december havi füzetében *Szombati* és *Matolcsy* közleményeiből látom, bár közleményeikben éppen csak megemlítik, hogy véres repositiót is végeztek, de nem tudom megmondani, hogy ezen pontosan mit ér-

tettek és hogy mily gyakran alkalmazták. Általában véve azonban az irodalom tanúsága szerint a rögtöni véres helyreigazítás nem népszerű eljárás, maga a csont-varratok nélküli repositio pedig kevéssé ismert, úgyhogy egész kitűnő tankönyvek és műtéttanok nem is említik, viszont tapasztalatom szerint *ez olyan eljárás, mely nemcsak általános figyelmet, hanem különösen a gyermekkori combtörések kezelésében általános elterjedést is megérdemel.*

A következőképen járok el: A gyermeket azonnal megröntgeneztetem. Friss ferde vagy spiralis törések alkalmával, ha a rövidülés egy centiméter alatt marad, középegyensúlyi helyzetben helyreigazítás után, húzás közben a térd- és csípőizületet félig behajlítva, a medencét és magában foglaló körkörös gipszet tesznek fel. Ez a helyzet az, amelyben az összes izomcsoportok kiegyensúlyozottan, a legkisebb feszültségi állapotban vannak és ha az izomellenállást le tudjuk küzdeni és előzőleg tökéletesen reponáltunk, utólagos rövidülés nem keletkezik. A rövidülést friss esetben ilyenformán csaknem mindig meg lehet szüntetni. Ha a röntgen haránttörést mutat, vagy a ferde vagy spiralis törés egy cm-nél nagyobb rövidüléssel jár, véres uton reponálok. Ferde és spiralis törések alkalmával a tört végek néha egymásba ékelhetők és ilyenkor csontvarró-anyag nélkül, könnyen összeilleszthetők. Máskor könnyű, Luerrel a csontvégeket olymódon formálni, hogy egymásba ékelhetőkké váljanak, de ha ez nem sikerül (ferde és spiralis töréseken) drótvarratot, szöget, különféle kampókat alkalmazok. Haránttörések alkalmával más a helyzet. Ilyenkor még a legelhanyagoltabb esetben sem kell csontvarróanyag. Ilyen törések alkalmával várok két-három napot, míg az izmok contracturája kellőképen kifejlődik. Ilyenkor a rövidülés 2—5 cm, ekkor megfelelő előkészítés után operálok. A lateralis oldalon a bőr, bőnye átvágása után a izomrésben, vagy a vastus lateralis rostjait széttolva, jutok a tört végekhez. A distalis csontdarabot az alszárral addig adducálom és húzom, amíg a két törtvég széle össze nem ér. Ezeket most egymásnak támasztom és a distalis tört véget a szem ellenőrzésével a proximalis egyenes folytatásába beállítom. Ez óvatos húzással és a distalis abductiójával, az izmok ellenállásának lassu leküzdésével mindig sikerül. Amikor ily módon a törvégek jó helyzetbe kerültek, egy-két izomöltés, bőnye, bőrvarrat után medencetartón, középegyensúlyi helyzetben körkörösen gipszet teszek fel. Gipszelés alatt a beállított helyzetben tartjuk a végtagot, nehogy elmozduljon. Az elmozdulás nem valószinű és tizenkét esetem közül egyszer sem fordult elő, mert éppen ézért várok a sérülés után két-három napig a műtéttel, hogy az izomcontractura ezalatt kifejlődhessék és ennek segélyével a helyreigazítás után az antagonista izmok tökéletesen sinezzenek és együtt tartsák a törtvégeket. Ha pedig esetleges tengelyeltérés mutatkoznék, azt a *Pitzen* ajánlotta és *Dániel* cikkében az Orvosi Hetilapban is ismertetett módon olyképen javítom meg, hogy a törés felett a circularis gipszet befürészelem és csak pár centiméteres sávot hagyok belőle azon az oldalon, amely oldal felé a tört végek által alkotott szög csúcsa tekint. A helyes beállítás az átfürészelt gipszfelszínek közé helyezett faékkel történik s ha a visszaigazítás teljes, az előzőleg átfürészelt terület fölé, újra néhány circularis gipszturt helyezünk. A szükséges igazítás foka iránt természetesen előző mérésekkel és röntgenképpel tájékozódunk. Ilyen correctióra azonban csak egyetlen egy esetben volt szükségem. A varratot 10—14 nappal a műtét után, a gipszen vágott ablakon át távolítom el.

Az alábbiakban közlöm hat esetem röntgenképét és rövid kórtörténetét, közülük az egyik nem friss, hanem elhanyagolt törés volt, nagy callussal és hatalmas rövidüléssel, melyet a nagy callus levésése után sikerült kiegyenlíteni és a tört végek egyszerű összeillesztésével, majd a tengelyeltérés gipszben végzett megszüntetésével a helyes állásba rögzíteni.

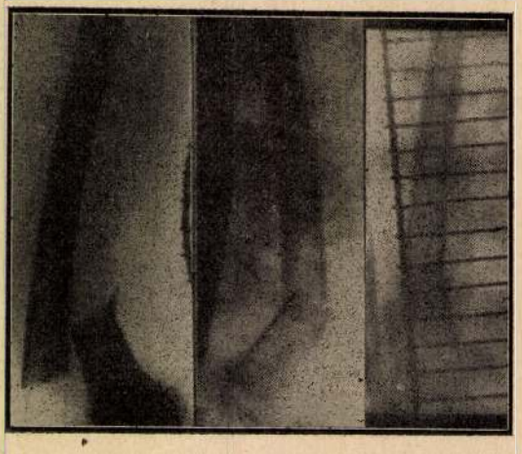
1. 5 éves leány. Röntgen: jobb combcsont harántul törve, 3½ cm. rövidülés. 1935. VII. 30-án véres helyreigazítás, utána a törtvégek helyzete kedvező (1. ábra) Hat hét mulva gyógyultan távozik.



a *b* *a* *b*

1. ábra. 2. ábra.

2. 6 éves fiu. Röntgen: jobb combcsont a középső harmadban ferdén törve, a végek egész vastagságukban ad latus hátra dislocalva, ezenkivül dislocatio ad axim kifelé néző szögletcsúccsal. Rövidülés 2½ cm. 1935. IX. 6-án véres visszaigazítás, utána a röntgen a törtvégek helyzetét kedvezőnek mutatja (2. ábra). Hat hét mulva hazaengedjük, nyolc hét mulva gyógyult.



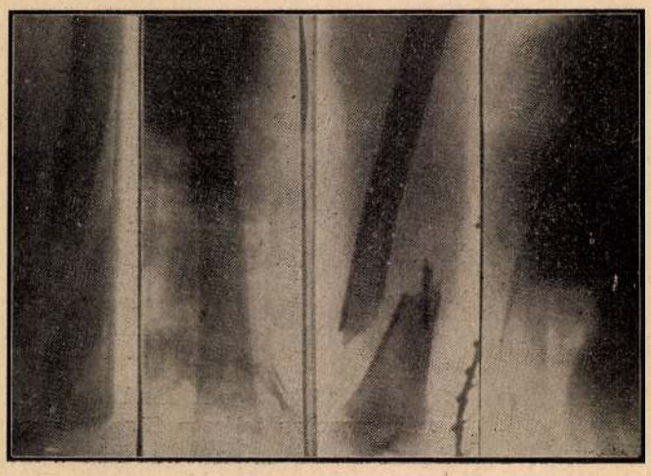
a *b* *c*

3. ábra.

3. 10 éves leány. Röntgen: a jobb combcsont a distalis harmad közepén harántul törve, nagyfokú dislocatio ad axim, előre néző szögletcsúccsal. Ezenkivül a distalis ad latus a csont egész vastagságával hátrafelé van dislocalva. Rövidülés 5 cm. (3. ábra). A véres repositiót a gyermek tüszős mandulalobja, majd súlyos kanyarója miatt bejövetele után csak egy hónap mulva lehetett elvégezni. Addig semiflexiós helyzetben húztuk, de a törési végek helyzete nem változott. 1935. IX. 10. véres helyreigazítás, mely bőséges callus és az idősült contractura miatt igen nehéz volt, azonban a csontvégeket sikerült mégis egyesíteni, a dislocatio és rövidülés megszünt, de tengely eltérés mutatkozott ad axim előre néző szögletcsúccsal (3. ábra b.). Ezt a tengely eltérést az előbb ismertetett módon gipsz alatt tökéletesen megjavítottuk (3. ábra c.). — Hat hét mulva távozott, nyolc hét mulva gyógyult.

4. 8 éves leány. Röntgen: a bal combcsont a középső harmadban ferdén törve, a distalis a csont egész vastagságában ki és felfelé van eltolva. 3 cm rövidülés. 1935. XII. 27. véres helyreigazítás, utána törtvégek helyzete kedvező (4. ábra). Négy hét mulva távozik.

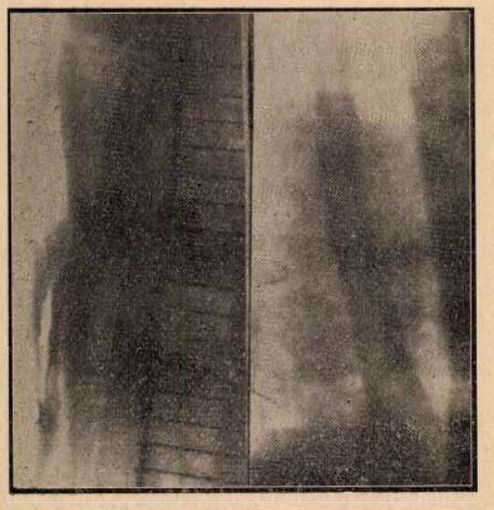
5. 5 éves fiu. Röntgen: a bal combcsont középső és alsó harmadának határán szilánkos ferde törés, a distalis ad latus több, mint a combcsont egész vastagságával hátrafelé van elmozdulva. 1936. II. 25. véres helyreigazítás, röntgen: a törtvégek helyzete kedvező, csekély fokú dislocatio ad axim, előre nézö szögletcsúccsal (5. ábra). 6 hét mulva gyógyultan távozik.



a *b* *a* *b*

4. ábra. 5. ábra.

6. 8 éves leány. Röntgen: a bal combcsont a középső harmadban ferdén törve, a distalis a csont egész vastagságával kifelé tolva. Rövidülés 2 cm. 1936. II. 19. véres repositio, utána törtvégek helyzete kedvező (6. ábra). 6 hét mulva gyógyultan távozik.



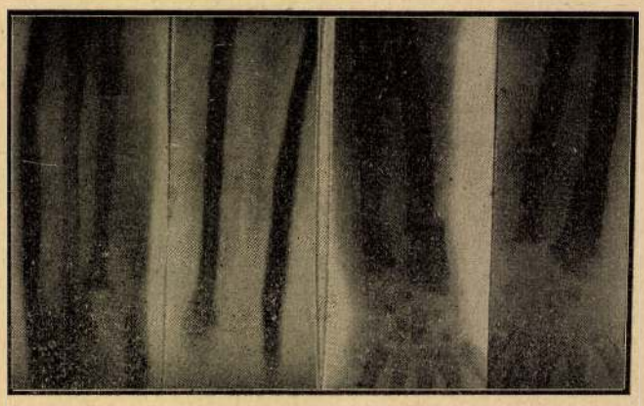
a 6. ábra. *b*

Hasonló elgondolás alapján másféle töréseket is, nevezetesen több (radius, radius és ulna és tibia) fracturát kezeltem az imént leírt módon, (véres helyreigazítás, csontvarrás mellőzésével, gipszkötés) mivel elhanyagoltságuk miatt ismételt próbálkozásokkal sem sikerült őket más módon helyesen beállítani.

7. 11 éves fiu. Röntgen: a bal kéztőben a radius metaphysisnek megfelelöleg harántul el van törve. A distalis rövid törtvég a radialis dorsalis irányban van eltolva a csont egész vastagságával. Az ulna metaphysisén infractio látható dislocatio nélkül. 1935. V. 10. véres helyreigazítás, utána a törtvégek helyzete kedvező (7. ábra.). Három hét mulva gyógyultan távozik.

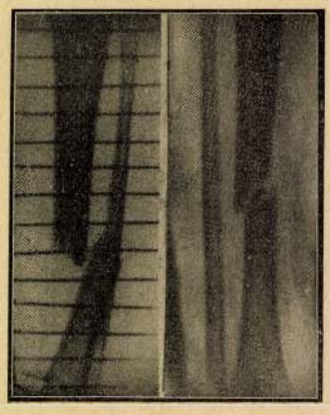
8. 8 éves fiu. Röntgen: a jobb alkar distalis epiphysisén mindkét csont harántul el van törve. A distalis rövid törtvégek a csontok egész vastagságával a mediodorsalis oldal felé vannak eltolva. 1935. IX. 7. véres helyreigazítás, utána a törtvégek helyzete kedvező, csekély fokú dislocatio ad gyógyultan távozik.

9. Kilenc éves fiu. Röntgen: a bal tibia a középső harmadban el van törve a distalis a csont egész vastagságával a spatium interosseum és előrefelé van elmozdulva. 1935. XI. 11. véres visszaigazítás, utána a csontvégek helyzete kedvező (9. ábra). Négy hét multán gyógyultan távozik.



a *b* *a* *b*

7. ábra. 8. ábra.



a 9. ábra. *b*

Összesen tizenöt esetben végeztem eddig csontvarrás nélküli véres repositiót. Egyetlen műtétem sem járt szövődménnyel, valamennyi simán és a legrövidebb idő alatt tökéletesen gyógyult. Mindezek alapján a csontvarrás nélküli véres repositiót melegen ajánlom szaktársaim figyelmébe és azt gondolom, hogy felnőttek töréseiben is gyakrabban lehetne alkalmazni. Az eljárásnak kétségtelen előnyei vannak a szög- és drótnyujtás felett, különösen ott, ahol nem áll hordozható röntgen rendelkezésre. Ilyenkor ugyanis megtörténhetik, hogy csak a nyujtás befejezése után, hetek mulva látjuk, hogy a törés roszszul gyógyult, amikor is késve és nehezebb viszonyok között (callus, consolidatio) kell operálnunk és ilyenkor a gyógyulás ideje is sokkal hosszabb.

Azonfelül a szög- vagy drótnyujtást nem tartom kisebb beavatkozásnak, mint a csont varróanyag nélküli véres összerakását és ez különösen megszivlelendő gyermekek combtöréseinek esetében, ahol a dróthúzás a cikk elején kifejtett okoknál fogva sokszor rossz eredményű, míg a véres műtét eredményei mindig teljesek.

Nagy előnye a véres repositiónak nemcsak a szög- és drótnyujtással, hanem a csontvarrással szemben is, hogy a csontba nem kerül idegen test s így az ez által okozott káros hatások és szövődmények biztosan elkerülhetők. Végül utalok *Krompechernek* az Orvosi Hetilap 1936. I. 1. számában közzétett vizsgálataira, melyek szerint húzás alkalmával gyengébb minőségű és nagyobb tömegű kötőszövetes callus képződik, míg nyomás alatt teherbírásra és ellenállásra alkalmasabb csontot képző, porcos callus keletkezik. A véres helyretétel a *Krompecher* felfogása szerinti legideálisabb feltételekkel valósítja meg, mert ilyenkor a jól összeillesztett törtvégeket az izomzat szorosan egymáshoz nyomja, tehát ezen eljárással sokkal jobb, terhet jobban bíró callust remélhetünk, mint a drót- vagy egyéb húzásoktól.

A debreceni m. kir. honvéd és közrendészeti helyőrségi kórház szemészeti osztályának közleménye.

Könnycsövecske-daganatok kiirtása.

Irta: *Fazakas Sándor dr.*, egyet. magántanár, a szemészeti osztály vezetője.

A könnylevezető készülékben daganatok általában ritkán fordulnak elő. Ha pedig azt a sorrendet nézzük, amelyben az egész apparatus egyes részei a daganatok gyakorisága szerint állanak, a könnycsövecskék a sor végén szerepelnek. Jelentőségüket azonban fokozza a velük járó működészavar, s az ezzel kapcsolatosan felvetődő azon kérdés, vajjon eltávolithatók-e úgy, hogy a könnylevezetés újra helyreálljon. Ilyenirányú tapasztalataimról fogok az alábbiakban beszámolni:

22 é. katonán jobboldalt alul, a szemhéj és a könnyhúsocskát határoló börredő találkozásánál, tehát pontosan azon a helyen, ahol rendes körülmények között a könnypont szokott elhelyezkedni, borsónyi, lágy, halvány rózsaszínü, szemölcsös, bolyhos, kelvirágszerü képződmény volt látható, mely alsó részén csak egy papillányi kiterjedésben tapadt az alaphoz. A feldolgozott szövetrészlet vastag laphámréteggel volt boritva, melynek felszinét vékony elszarvult réteg fedte. A papillák részben kórosan nagy és széles szemölcsökké olvadtak egybe, igy hámbetüremkedések és kiemelkedések, vagyis szemölcsszerü szerkezet jött létre. A megvastagodott laphámban egyéb eltérések is voltak, nevezetesen egyes sejtek vacuolásan megduzzadtak és ezen kivül itt-ott elfolyósodott sejtcsoportok is voltak láthatók. Az alapszövet csak a szemölcsök végében mutat némi sejtes beszürődést (*Orsós* prof.). Diagnosos: Papilloma papillae lacrimalis.

66 é. egyénen hályogmütéttel kapcsolatban a nem egészen tökéletes könnylevezetés miatt a könnypontokat kauterrel kellett elzárni. Az alsó könnypont helyén az égetés után néhány hét mulva a fent leirt daganatnak kb. megfelelő nagyságú, de valamivel vörösebb és simább felszinü képződmény volt, amely szintén egy normalis könnyszemölcs nagyságnak megfelelő kocsányon ült. A daganat tiszta sarjszövetből állt. Kórjelzés: Granuloma papillae lacrimalis.

Az alsó könnypont tehát egyik esetben sem volt látható. A granulomás beteg esetében az előzményeket ismerve biztos voltam abban, hogy a daganat a könnypont helyén ül. A papillomásnál azonban arra is gondoltam, hogy talán nem is fejlödött ki a könnypont, illetve a könnycsövecske, s igy a papilloma nincsen semmi vonatkozásban a könnyúttal. Ezt a kérdést a következőképen tisztáztam: a megfelelő oldali alsó orrjáratot jó feszesen kitamponáltam és azután a felső könnyponton, illetve könnycsövecskén keresztül nagyobb nyomással folyadékot fecskendeztem be a tömlöbe, mire a könnyhúsocskát övező börredőben, azon a helyen, ahol az alsó canaliculus szokott lenni, időnként zsinegszerü vastagodás, illetve merevesés támadt s ezzel egyidejüleg kiemelkedett a daganat is. E kisérlet tehát nemcsak azt bizonyitotta be, hogy van könnycsövecske, hanem azt is, hogy a daganat összefüggésben van azzal, s pontosan a könnypont felett ül.

Feleletre vár továbbá mindkét esetben az a kérdés is, milyen kiterjedésü lehet a daganat a könnycsövecske felé, illetve ez utóbbinak mekkora részével függ össze, mert — amint alább látni fogjuk — tisztán ennek a mértékétől függ, hogy helyre tudjuk-e állitani a könnyvezetést.

A könnyvezetés kezdeti részének mechanismusa felfogásom szerint tisztán attól a hármas relatiótól függ, melyben a könnycsövecske kezdeti részét alkotó könnypont, a plicát határoló megfelelő könnybarázda s annak a tompaszögnek a csúcsa állanak, melyet a szemhéj hátsó széle (a Meibom-mirigyek vonala) és a könnyhúsocskát határoló bőrredő legkiemelkedőbb része alkot. A működés tökéletességének mulhatatlan feltétele ugyanis, hogy a könnypont környezetének legkiemelkedőbb részén, tehát az említett tompaszögnek a csúcsán és a megfelelő könnybarázdával szembe legyen elhelyezve (az alsó a plicát határoló szélső barázdával, a felső pedig a belsővel).

Ezek előrebocsátásával érthető, hogy minél kevesebbet kell a canaliculusból a daganat kiirtásával kapcsolatban feláldozni, annál nagyobb a valószinüsége annak, hogy helyre lehet állitani a levezető készülék működését.

A legegyszerűbb esetben a daganat csak a könnyszemölccsel, tehát a könnycsövecskének csak a kezdeti részével függ össze. Ilyenkor a daganat eltávolitásával legfeljebb a könnyszemölcsöt, tehát a csövecskének csak egy kis részét kell feláldoznunk s igy a könnypont továbbra is környezetének legkiemelkedőbb részén marad, ezért a könnyvezetés minden további nélkül helyreáll.

Bonyolódik a helyzet, ha a daganat magába a könnycsövecskébe is beterjed. Ezeket az eseteket 2 csoportba lehet osztani. Egyikben a daganat a csövecskének csak az ú. n. pars papillarisába, a másikban pedig a pars papillaris után következő harántrészbe is beterjed.

Az első csoportba tartozó daganatok esetén — ha el is kell a belőle kinőtt vagy belenőtt daganattal kapcsolatban a könnycsövecske pars papillarisának kisebb-nagyobb részét vagy akár az egészet is távolitani — mivel ez a gyerek- és fiatalkorban teljesen függőlegesen, s a felnőtt korban is majdnem függőlegesen áll — a megrövidült csövecske új nyilása ugyanabban a függőleges sikban, tehát a megfelelő könnybarázda vonalában marad, csak egyszerűen lefelé tolódik. Eltérés csak abban mutatkozik, hogy a lefelé tolódott rés környezetének nem a legkiemelkedőbb részén áll. A könnycsövecskének pars papillarisával együtt ugyanis a szemhéj és a bőrredő képezte tompaszögnek a csúcsát is eltávolitjuk. Erről pedig tudjuk, hogy a könnyvezetésben döntő szerepe van, u. i. csakis ennek a csúcsán, tehát környezetének legkiemelkedőbb részén ülő könnypont tud megfelelő módon belemerülni és beleilleszkedni a plicát határoló könnybarázdába, illetve ebből a barázdából a csukási szak alatt a szemhéj ráborulásával kialakuló könnycsatornába. Érthető tehát, ha ilyen esetekben a daganat kiirtása megzavarja a könnylevezetés mechanismusát. Hogy azonban ezen a helyzeten is lehet segiteni, a könnyvezetés helyreállitható, következik a könnypont dislocatiókkal kapcsolatban ismertetett műtéti eljárásaimból s az alább mondandókból is.

Egészen más a helyzet azokban az esetekben, amikor a daganat a pars papillarison túl a könnycsövecske vízszintes részébe is beterjed s igy a daganat kiirtásával kapcsolatban ezt a részt is meg kell csonkitanunk. Ilyenkor a megrövidült könnycsövecskének a nyilása már nemcsak lefelé, hanem egyúttal befelé a tömlő felé is el fog tolódni (dislocatio lefelé és befelé) s igy elkerül a megfelelő könnybarázda vonalából. Ilyenkor a működés helyreállitása már nagyon kétségessé válik.

Az előadottakból látható, mennyire fontos a daganat kiterjedésének lehetőleg pontos megállapitása még a műtét előtt.

Ez történhetik elsősorban is úgy, ahogy a daganatnak a canaliculussal összefüggését kimutattam. Ha ugyanis a befecskendezés közben megfigyeljük a daganattal összefüggő könnycsövecske viselkedését, a tágulás, illetve a vastagodás kiterjedéséből következtetni lehet a canaliculus szabad részére is.

Igénybe vehetjük a röntgent is. Ilyenkor az előbbi kisérlet annyiban változik meg, hogy a könnytömlőt és a könnycsövecskét nem vízzel, hanem árnyékot adó folyadékkal töltjük meg. A könnytömlőből a daganatos canaliculusba visszanyomuló folyadék árnyéka pontos képét adja a könnycsövecske szabad részének.

Bizonyos azonban az, hogy akármelyik módszerrel is próbáljuk a daganat kiterjedését már a műtét előtt meghatározni, megállapitásunkba a méretek kicsinysége

miatt könnyen csúszhatik be hiba. Ezen csak úgy segíthetünk, ha az exstirpatiót különös gonddal végezzük, mert amilyen kicsiny a daganat, s általában az egész műtéti terület, épp olyan nehéz annak tökéletes ellátása, mivel a könnycsövecskéből a kelleténél semmivel sem szabad többet feláldozni.

A műtéti mód első phasisa mind a granuloma, mind a papilloma pap. lacr. esetében megegyezett. Mindkét esetben a daganatnak a környezetre hajló részét felemelve, a könnyszemölcs magasságában belemetszettem. A granulomáról azonnal bebizonyosodott, hogy csakis a könnyszemölccsel nőtt össze s a pars papillaris többi része teljesen szabad. Ilyen módon a műtét többi része tisztán a daganatnak a papilla lacr.-ról való körkörös lemetszéséből állott. Utána a seb felszinét lapispálcikával edzettem. Sima gyógyulás után a könnyvezetés tökéletesen helyreállt, ami érthető is, hiszen a daganat kiirtása után az élettani 3-as relatio tökéletes volt.

A papillomába történt bemetszés után láttam, hogy a daganat nemcsak a könnyszemölccsel nőtt össze, hanem a könnycsövecske belsejét is kitölti s annak a falával is összefügg. Hogy a canaliculusból a kelleténél semmivel se áldozzak fel többet, a próbabemetszéseket a függőleges részen lefelé haladva egymástól a lehető legkisebb távolságban, — szinte mikrotomszerű finomsággal végeztem, míg a pars papillaris alsó részén rá nem akadtam a csövecske ki nem töltött ép részére, ahonnan aztán — mivel a függőleges rész teljesen hiányzott — rögtön vizszintes irányba állitott sonda vezettetett be a saccusba.

Ebben az esetben tehát a tumorral együtt a könnycsövecske függőlegesen álló részét az ú. n. pars papillarist is ki kellett irtani, a megmaradt résznek a kezdetén lévő rés szemben áll ugyan a megfelelő könnybarázdával (a lateralissal), de nem tud abba belemerülni, mert nem ül környezetének a legkiemelkedőbb részén.

Ezen olyan módon segítettem, hogy az új rés körül új tompaszöget alakítottam ki.

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

Újabb vizsgálatok a revival antisyphilitikus értékéről.

Irta: *Bobory Béla dr.*

Az Egger-gyár 1929-ben hozta forgalomba a revival nevű magyar arsenobenzolkészítményt. Az a körülmény, hogy a gyógyszernek és a gyógykezelés módjának megválasztása, a syphilises egyén életében sorsdöntő lehet, eredményezte azt a hosszú kisérletsorozatot, mely a revival bevezetését követte. Az összehasonlító vizsgálatoknak egész sorozata igyekezett megállapítani, hogy egyenértékű-e a revival más gyűjtőérbe fecskendezhető arsenobenzol-készítményekkel, s hogy képes lesz-e azokat pótolni? *Keresztes* neurolues esetében a neosalvarsannal egyenértékünek találta. *Müller* friss syphilideket mutató betegek kezelése közben állapítja meg, hogy seronegativ affectio primaria syphiliticaból 0. 15 gr revival egyszeri adagolása után a spirochaeták legkésőbb a harmadik napon eltünnek, seropositiv eseteinek legnagyobb százalékában a Wa.-r. az első kura folyamán negativvá válik. *Nebenführer, Pilau, Szentkirályi, Rajka, Petrovich, Dusocky, Paku* és *Réffy* nagy anyagon végzett vizsgálatai a revivalt azonos hatásunak találták a neosalvarsannal. E szerzők kiemelik a revival kis toxicitását. Mellékhatásokat egyes esetekben észleltek ugyan, azok azonban enyhék, s oly kis százalékban fordulnak elő, hogy nem adnak okot arra, hogy a külföldi arsenobenzolkészítményeket előnybehelyezzük. *Brezovsky* közel félmillió arsenobenzol-injectio kritikai átvizsgálása után mutatja ki a revival ártalmak kis számát. *Pogány Selleivel* irt dolgozatában közli, hogy kellemetlen mellékhatásokat főleg azon betegeken látott, akik befecskendezés után erős aetherszagot éreztek, különben ők is, valamint *Kudlich* és *Keresztes* arra az álláspontra jutnak, hogy a revival teljesen képes pótolni a külföldi arsenobenzolkészítményeket.

Klinikánkon *Gragger* végzett vizsgálatokat a revivallal. Az ő vizsgálatai a klinikai hatáson kivül kiterjednek a Wa.-r.-nak, továbbá a spirohaetáknak a syphilidben és a környéki nyirokcsomókban viselkedésere a kura folyamán. Eredményei egyeznek az előző szerzőkéivel, akik a revivalnak más arsenobenzolkészítményekkel való egyenértékűsége mellett döntöttek. Újabban *Kollarits* foglalkozott az arsenobenzol-ártalmak kérdésével. Tanulmánya kiterjedt az utóbbi évek egész irodalmának statistikai adataira. Szerinte az arsenobenzolártalmak megjelenése függ: a meggondolatlan túladagolástól, az egyéni túlérzékenységtől s az egyes készítmények toxicitásától. Toxicitás szempontjából még ugyanazon készítményben is találhatók eltérések, amit már *Ehrlich* is megfigyelt. *Kollarits* amidőn toxicitás és gyógyító eredmény szempontjából hasonlította össze ezeket az adatokat, úgy a revival rovására eltolódást nem talált.

Az utóbbi időben ezen vizsgálatok ellenére is felmerültek egyes helyekről kétségek a revival teljesértékűsege felől és főképpen az az állítás volt alkalmas a gyakorló orvosban kétséget kelteni, amely szerint a revival trypanocid értéke 40%-kal kisebb volna, mint a neosalvarsané. Ez késztetett minket is arra, hogy ismét összehasonlítsuk a revival antisyphilitikus értékét a neosalvarsanéval. Egy antisyphilitikum értékének vizsgálatakor irányithat: 1. a syphilidek, 2. a Wa.-r., 3. az elváltozások spirochaeta pallida tartalmának viselkedése, 4. a beteg későbbi sorsa (recidivák, belső szervi lues, gyógyulás stb.) és 6. a mellékhatások. Mi friss eseteket vizsgálván, a kérdés eldöntésére legcélszerűbbnek láttuk a gyakori spirochaetavizsgálatot, mivel ez mutat a kezelés bevezetése után legkorábban változást, akkor még, mikor sem a Wa.-r., sem a klinikai kép nem változott és a legalkalmasabb a szer spirochaeta-ölő hatásának megítélésére. Vizsgálataink eredményéből e helyen csak az errevonatkozókat közöljük, mert egyéb kriteriumok megítéléséhez még hosszabb ideig tartó újabb megfigyelés lesz szükséges. A betegek kiválasztásánál ügyeltünk arra, hogy lehetőleg egyidős, egynemű és spirochaetavizsgálatra nagyobb beavatkozás nélkül alkalmas syphilidjeik legyenek.

A syphilidek spirochaetatartalmát összehasonlítólag vizsgáltuk 1, 6, 24, 48 órával a revival, illetve neosalvarsan befecskendése után. Elsődleges keményedéssel jelentkező betegen a kurát 0.30, a második időszak tüneteit mutatókon 0.15 gr revival ill. neosalvarsannal kezdtük. Minden injectiót 3 napi kezelésmentesség követett, azután a következő befecskendezés alkalmával 0.15 gr-al emeltük az adagot. — Eredményeinket az alábbi táblázatban foglaltam össze:

1. táblázat.

Revivallal kezelt elsődleges syphilis-esetek.

Beteg.	Tünetek:	Spirochaetavizsgálat az inj. után. I. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap	II. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap
I. M. 23 é. férfi		0.30	+	+	—	—	—	0.45	—	—	—	—	—
K. L. 25 é. férfi		0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
H. G. 31 é. férfi	Affectio primaria	0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
Sz. R. 20 é. nő	syph.	0.30	+	+	—	—	—	0.45	—	—	—	—	—
V. I. 38. é. nő		0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
S. I. 24 é férfi		0.30	+	+	—	—	—	0.45	—	—	—	—	—

2. táblázat.

Neosalvarsannal kezelt elsődleges syphilis-esetek.

Beteg.	Tünetek:	Spirochaetavizsgálat az inj. után. I. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap	II. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap
K. K. 36 é. férfi		0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
S. J. 19. é. nő		0.30	+	+	—	—	—	0.45	—	—	—	—	—
T. I. 36 é. férfi	Affectio primaria	0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
V. J. 28 é. férfi	syph.	0.30	+	+	—	—	—	0.45	—	—	—	—	—
S. D. 25 é. férfi		0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—
H. F. 27 é. férfi		0.30	+	+	+	—	—	0.45	—	—	—	—	—

3. táblázat.

Revivallal kezelt másodlagos syphilis-esetek.

Beteg.	Tünetek:	Spirochaetavizsgálat az inj. után. I. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap	II. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap
H. F. 34 é. férfi		0.15	+	+	+	—	—	0.30	—	—	—	—	—
B. M. 28 é. nő		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	—	—	—
N. M. 21 é. nő	Papulae hyper-	0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	—	—	—	—
S. E. 17 é. nő	troph. madidantes.	0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	—	—	—
K. M. 26 é. nő		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	—	—	—	—
P. J. 22 é. nő		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	+	—	—

4. táblázat.

Neosalvarsannal kezelt másodlagos syphilis-esetek.

Beteg.	Tünetek:	Spirochaetavizsgálat az inj. után. I. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap	II. inj.	1 óra	6 óra	1 nap	2 nap	3 nap
H. J. 25 é. férfi		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	—	—	—
M. K. 25 é. nő		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	—	—	—
S. D. 24 é. nő	Papulae hyper-	0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	—	—	—
K. M. 27 é. férfi	troph. madidantes.	0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	—	—	—	—
K. J. 24 é. férfi		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	+	+	—	—
M. M. 17 é. nő		0.15	+	+	+	+	+	0.30	+	—	—	—	—

E táblázatok adatai szerint a két gyógyszer spirochaetaölő hatása általában egészen egyforma módon és mértékben nyilvánult meg:

1. affectio primaria syphilicita esetén mind a revival, mind a neosalvarsan egyszeri 0.30 gr-os adagja egyformán eltüntette 1—2 nap alatt a spirochaetákat a syphilid ingersavójából. Maga az elsődleges keményedés 7—18 nap alatt gyógyult. A másodlagos tünetek kitöréséhez már közelálló betegeknél mindkét szer nyomán elég gyakori volt az első befecskendezés után a Herxheimer-reactio. Leggyakrabban hőemelkedés, mely a kezelés folyamán később nem jelentkezett, ez is egyformán mutatkozott meg mindkét szer alkalmazása után.

2. Másodlagos syphilis esetén, ahol a kezelést az esetleges hevesebb Herxheimer reactio elkerülése végett 0.15 gr-os adaggal kezdtük, szintén egyfoma hatást figyelhettünk meg. Mindkét szer első befecskendezése után szükség volt még egy második, 0.30 gr-os adagra is, hogy az ingersavót spirochaetamentessé tehessük. A további kezelést betegeink érdekében a szokásos combinált (arsenobenzol+bismuth) kura alakjában végeztük s ezáltal az eredetileg positiv Wa.-r.-t mutató friss másodlagos syphilisnél, akár revival, akár neosalvarsannal végeztük a kezelést, az első kura elegendőnek bizonyult a Wa.-r. negativvá tételére. Mérgezési tüneteket e vizsgálatsorozat folyamán egyszer sem láttunk.

Az elmult 3 évben közel 500 beteg esetében végeztünk ismételten revival kurát bismuthkészítményekkel kiegészítve. Ez alatt az idő alatt súlyos angioneurosis, vagy dermatitis egyetlen ilyen betegünkön sem fordult elő. Kisebb arsenobenzolártalmak, mint láz, hányinger, oly kevés számban volt észlelhető, hogy toxicitás szempontjából sem látjuk a revivalt hátrányosabbnak bármelyik arsenobenzolkészítménynél.

Jelen vizsgálatainkkal megerősítve látjuk az általunk már korábban is vallott tényt, hogy a revival megfelel azoknak a követelményeknek, amelyeket a gyűjtőérbe fecskendezhető jó arsenobenzolkészítményektől várunk s évekre kiterjedő megfigyelésünk szerint klinikai és spirochaetapusztító hatás tekintetében nem áll mögötte egyetlen közismert arsenobenzolkészítménynek sem.

A debreceni m. kir. 6. sz. honvéd közrendészeti kórház belgyógyászati osztályának közleménye.

Új eljárással (dúsitás) kórismézett tropikus malária esetek Debrecenben.

Irta: *Szauter Béla dr.*, ezredorvos.

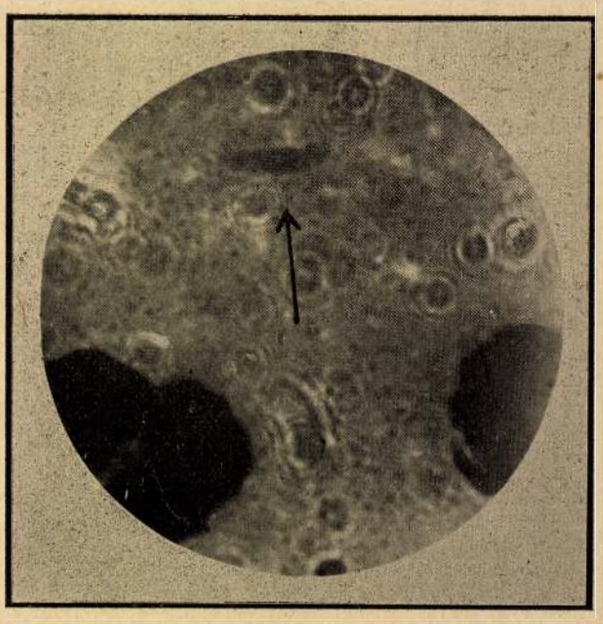
A gyakorlatban a vér parasita-tartalmának górcsövi kimutatására a vérkenet (strich) és a vastagcsepp eljárásokat használják. Nagy parasita-tartalom esetén már a vérkenettel is eredményt érünk el, ha azonban a kóros elemek mennyisége kicsi, vastagcseppel igyekszünk célt érni. A gyakorlóorvos igényeit azonban ez utóbbi eljárás sem elégítheti ki. Ugyanis bár ezen eljárás főcélja a kóros alakelemek összesűrítése, az ebben az irányban elért eredmény mégis csekély. A vastagcseppel ugyanis a sűrítés foka alig 6—8-szoros a vérkenettel szemben. A sűrítés fokozása csak a csepp vastagságának növelésével volna lehetséges. Ez azonban több oknál fogva is, hátrányosan befolyásolja az eredményt. Mint ilyen szerepel pld. az, hogy a vastagabb csepp a vérfesték kioldásakor könnyen leválik a tárgylemezről. A rétegvastagság fokozása a vizsgálatnak optikai szempontból is hátrányára válik. Végül hátránya az eljárásnak még az is, hogy a górcsövi vizsgálatkor a különböző rétegekben elhelyezkedő alak-elemek egymást részben vagy egészben fedhetik, s így a górcsövi kép jellemző sajátságai szenvedhetnek.

A vastagcsepp ezen felsorolt hátrányai késztettek arra, hogy a vér parasita tartalmának kimutatására újabb módszerrel kísérletezzek. Az eljárás lényege az, hogy *a híg ecetsav-oldatban haemolysált kisebb mennyiségű vér ellenállóbb alakelemei, vagyis a fehérvérsejtek, parasiták és bakteriumok, centrifugálással leülepítve összesűríthetők.* A gyakorlati kivitelre a következő módszer bizonyult a legalkalmasabbnak. Bakteriummentes centrifugacsőbe 10 ccm ampullázott, kétszer destillált, sterilisált vizet öntünk, ebbe 5 csepp tömény ecetvasat oldunk és a beteg ujjbegyéből vett vérből 5 cseppet cseppentünk. Hüvelykujjunkra gumit húzva a hüvelykujjbeggyel a cső száját letapasztjuk és néhány billentéssel tartalmát összekeverjük. Kb. 10 perces centrifugálás után az összegyült kismennyiségű üledéket platinakaccsal tárgylemezre visszük, szétterítjük, lángon beszárítjuk és methylalkoholos rögzítés után Giemsá-val festjük.

A fehérvérsejteknek a vérkenetben, vastagcseppben és a dúsítási készítményben talált látóterenkénti száma, azaz ezen számoknak egymáshoz való aránya adja a dúsítás fokát. Ha ezt a vérkenetnél 1-nek vesszük, akkor az ugyanattól az egyéntől ugyanabban az időpontban előállított vastagcseppnél 6—10-szeres, a dúsítási készítményeknél pedig kb. 60-szoros értéket kapunk. A dúsítási eljárásnak további előnye az, hogy az alakelemek egy rétegben helyezkednek el, egymást nem fedik s így a górcsövi vizsgálatra a lehető legelőnyösebb helyzetet nyújtják. Ezek az előnyök teszik ezt az eljárást alkalmassá arra, hogy bizonyos esetekben ne csak a vér parasita-, hanem bakteriumtartalma felől is tájékozódhassunk. Ez utóbbi célra ugyanis sem a vérkenet, sem a vastagcsepp nem bizonyult megfelelő módszernek.

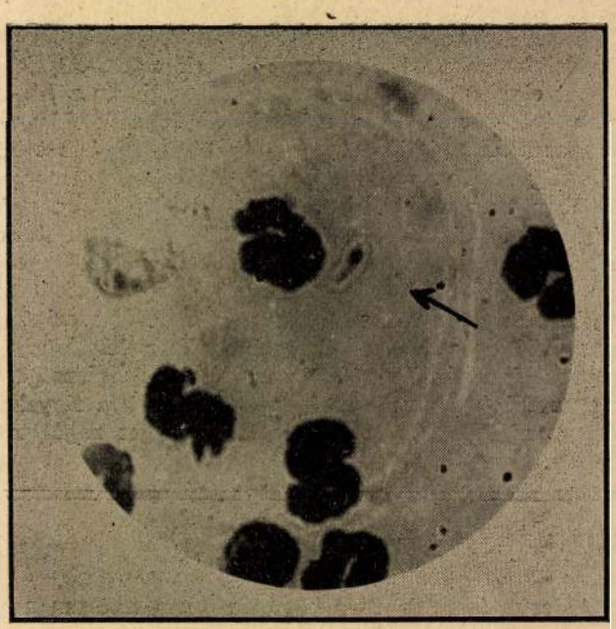
Az 1935. évi nyár-őszi időszakban kórházunk beteganyagában három tropikus malaria-eset fordult elő. Ezek közül kettőnek kórisméjét kizárólag a dúsítási eljárásnak köszönhetem. Mivel az esetek klinikai és közegészségügyi szempontból érdekesek, röviden közlöm őket.

1. *H. Z.* 24 éves férfi, július 21-én vettük fel a kórházba. Kb. 8—10 nap óta lázas. Hőmérséke a délutáni és esti órákban 38 fölé emelkedik, reggelre azonban 37 alá esik vissza. Étvágytalanságról, enyhe hasi fájdalmakról és kisfokú hasmenésről panaszkodik. Fehérvérsejtszám 5400. Lépe nem tapintható. A vizsgálat egyéb támpontot nem nyujt. Typhusra gyanakszunk. A dúsítási készítmény azonban tisztázza a kórismét: a készítmény minden 5—10-ik látóterében egy-egy félhold alakú tropica plasmodium található. A beteget ez irányba kikérdezve, megállapitható volt, hogy minden valószínüség szerint a debreceni Nagyerdőben fertőződött. Chininre azonnal és véglegesen láztalanodik. *A chinin-kezelés előtt levett vérkenet és vastagcsepp készítményekben hosszabb kereséssel sem találtunk kóros alakelemeket.*



1. ábra.

2. *K. P.* 25 éves férfi, augusztus 3-án vettük fel. Kb. egy hét óta, naponta 39—40 fokig emelkedő remittáló láz. Két, három ujjnyira tapintható kemény lép. A physikalis vizsgálat egyéb eltérést nem mutat. Dúsítási eljárással a készítményeknek minden 8—12-ik látóterében 1—1 félhold alakú tropica gameta található. Minden valószínüség szerint



2. ábra.

Tiszakerecseny-ben fertőződött. Chinin- és revival-kezelésre néhány nap alatt láztalanodik. A chinin-kezelés előtt vett vérkenetekben tropica plasmodiumot hosszas keresés után sem találtunk.

3. *N. J.* 30 éves férfi, kit november 18-án orbánccal vettek fel a kórház fertőző osztályára. 8 nappal felvétele előtt

a sámsoni úton (Debrecen) bal arcfelén szunyog csípte meg. A viszkető csípést felvakarta. A csípés helye ennek következtében megdobosodott. Erről a helyről bejövetele előtt egy nappal orbánc indult ki és terjedt a későbbiek folyamán az egész arc, homlok és a jobb fül mögötti tájékra. A beteg hőmérséke állandóan 39 és 40 között van. A harmadik napon dúsítással kb. minden 15—20-ik látótérben 1—1 félhold alakú tropica plasmodiumot találunk. Ezzel szemben sem a vérkenetben, sem a vastagcseppben még hosszas keresésre sem találunk plasmodiumokat. A chinin-kezelésre az orbánc miatt nem láztalanodott azonnal. Kórházi kezelésének 10-ik napján orbáncának lezajlása után láztalan és tünetmentes. A kettős fertőzés úgy képzelhető el, hogy a tropicaval fertőzött szunyog csípését a beteg felvakarás közben az orbánc kórokozóival is megfertőzte.

Mint látható, a felsorolt három eset közül csak a másodiknak voltak malariára utaló tünetei, a két másik esetben a kórismét csakis a dúsítási eljárásnak köszönhettem. Ezen eljárás előnyei a tropikus malaria gametáinak kimutatásában különösen érvényesülnek. A tropikus malaria kórisméjét korai szakban nagyon megnehezíti ugyanis az, hogy a gameták ilyenkor még csak egész kis mennyiségben keringenek a környéki vérben, ilyenkor pedig még, a nem mindig jelentkező hőmeneten kivül, olyan tünetet, mely malaria mellett volna értékesíthető, rendszerint nem találunk. A tropicára jellemző kis gyűrűk csak rövid ideig keringenek a környéki vérben, ugyanis néhány óra alatt megnőnek és a belső szervek felé igyekeznek, ahol az ivartalan szaporodás céljából merosoitokká alakulnak. A kórismézést a betegség korai szakában tehát úgyszólván csak az erre a betegségre jellemző félholdalakú gameták teszik lehetővé. Ezek az ivaros alakok ugyanis hosszabb ideig, hónapokig változatlanok maradnak. Kimutatásuk a betegség elején, főleg kis számuk miatt nehéz. Ezt a nehézséget volna hivatott kiküszöbölni a dúsítási eljárás. A lép- és májmegnagyobbodást mutató esetekben, azaz melyekben a lázon kívül is határozott klinikai tünetek észlelhetők, már rendszerint a vérkenet- és vastagcsepp-eljárások is eredményesek az erősen elszaporodott parasiták kimutatására.

A tropikus malaria főleg a tropusok betegsége ugyan, de szórványosan Európában is előfordul. *Ziemann*nak Észak-Olaszországban és *Celli*-nek a Dél-Alpokban sikerült elszórt eseteket kimutatni. Arra, hogy a háború óta a tropikus malaria mint belső fertőzés Magyarországon előfordul, *Lőrincz*-nek 1933-ban megjelent közleményéig nem volt adatunk. Ő Szatmár-megye csengeri járásában több, Somogy-megye csurgói járásában pedig egy esetet talált. *Engel* 1934-ben 10, Szegeden észlelt esetről számol be és ezek egy kivételével mind Szegeden vagy környékén fertőződtek. Három betegem közül egy Tiszakerecsenyből jött s minden valószínűség szerint ott is fertőződött, a két másik eset azonban kétségtelenül debreceni fertőzés. Ez utóbbi fertőzések közegészségügyi szempontból jelentősek azért, mert felhívják a figyelmet a debreceni hőforrás környékének szükséges ragálytalanítására.

Emlékeztető!...

A leghatásosabb fürdőpártolás természetesen a betegküldés marad. Hogy milyen hatású, azt abból itélhetjük meg, hogyha a hazánkban számontartott *9000 orvos mindegyike csak egy beteggel küld is többet az idén fürdőre,* az 3,150.000 pengővel növelné meg fürdőink bevételét.

Vámossy Z.

A Kapuvári megyei közkórház belgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Veress János.).

Új légmellkészitő tű.

Irta: *Veress János dr.*

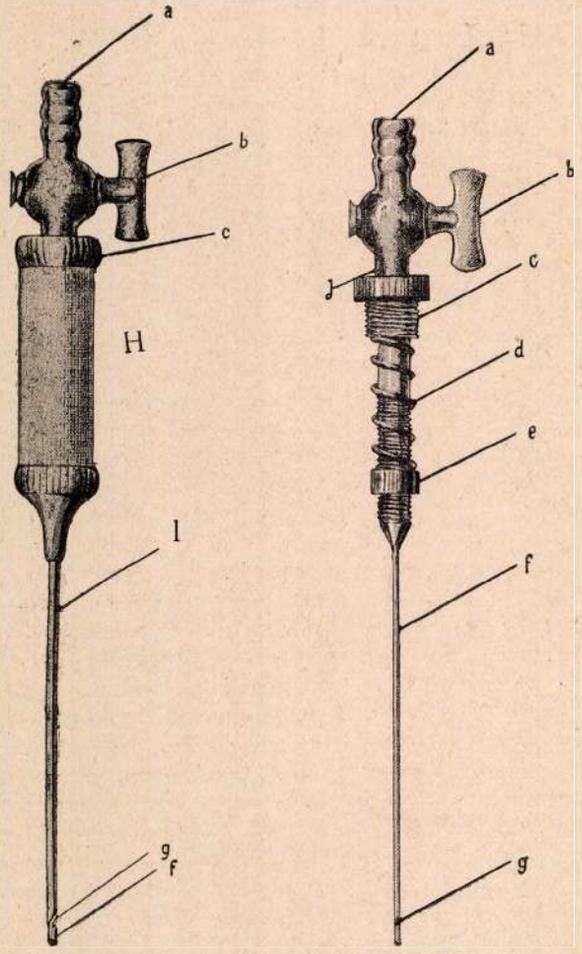
A művi légmellkezelésnek a legutóbbi években észlelt nagy elterjedése, a légmellkészítő eszközök tökéletesítésére irányuló minden törekvést indokolttá tesz, melynek célja a beavatkozást complicatiomentessé tenni és kivitelét megkönnyíteni. Az, hogy újabban nagyobbszámú és különféle légmellkészítő tű vált ismeretessé, jól mutat arra, hogy egy minden követelménynek megfelelő új légmellkészítő tű mennyire szükséges. Mielőtt tűm ismertetésére reátérnék, röviden ismertetem az okokat, melyek éveken át szerzett tapasztalataim alapján új légmellkészítő tű szerkesztésére késztettek.

Az eddig használatban levő tűk mellett igen nagy elővigyázatra és gyakorlott kézre volt szükség, hogy a tüdő sérülése elkerülhető legyen. E célból a tűkön lényeges változtatásokat kellett eszközölni, melyek azonban más tekintetben előnyös tulajdonságok feláldozásával jártak. Igy pl. a hegyes tű helyett, mely a mellkasfalon és mellhártyán könnyen megy át, de könnyen tüdősérülést is idézhet elő, a tompa végű légmellkészítő tűt kezdték használni, mely a mellkasfal szövetrétegein és a mellhártyán akadozva, szakítva, nem egyszer csak nagyobb erő kifejtése mellett halad át, ami az orvosnak technikai nehézséget, a betegnek pedig fájdalmat okoz. Célszerűnek látszott a hegyes és tompa tűket egyesíteni oly módon, hogy a mellkasfal ellentállóbb rétegein a könnyebb áthatolás végett hegyes, de amikor a tüdőhöz közeledik tompa véggel haladjon előre. Ez a megoldás sem volt minden tekintetben kielégítő, mert egyrészt az egyénenként változó vastagságú mellkasfalban sokszor milliméternyi pontossággal kellett eltalálni az átváltási művelet helyét, másrészt átváltás után a tompa tűnek nehezen áthatolóképességével kellett számolni. Azonkívül ha a fali mellhártya igen vastag volt s tompán nem lehetett áthatolni rajta, vissza kellett állítani hegyes végűre a légmellkészítő tűt és ezzel átszúrni a mellhártyát, amikor is a hegyes tű miatt könnyen tüdősérülés állhatott elő.

Minden zavaró átváltási művelet teljesen ki van küszöbölve az én légmellkészítő tűmmel, mely egy külső hegyes és egy belső tompavégű tű combinatiója, melyek közé a belső tompavégű tűt kifelé terelő acél rúgó van köbeiktatva. A rúgó automatikus működése következtében, amikor a mellkasfal ellentállóbb rétegein haladunk át a külső hegyes tű működik, tehát könnyen megy át azokon, a mellhártyán áthaladása közben azonban önműködően a belső tompavégű tű jut előre, mely a tüdőt nem sértheti. Mindez könnyedén megy végbe, anélkül, hogy a műtő részéről a légmellkészítő tű beszúrásán kívül más kézmozdulatra vagy különleges óvó intézkedésre volna szükség.

Az ábrákon jól kivehető légmellkészítő tűm szerkezeti része, mely szerint a fogóból (h), mely a külső hegyes tűbe, csavarmenettel és rugóval ellátott csapos részből (b), mely a belső üreges és tompavégű, ú. n. mandrin tűbe folytatódik. Ez utóbbi tompa vége nyugalmi helyzetben kissé túlér a külső tű hegyén. A rúgó (d) úgy van közbeiktatva, hogy a felső vége a fogó felső végén levő fedőcsavarnak (c), alsó vége pedig ez alatt levő és csavarmenetén mozgó, ú. n. szabályozócsavarnak (e) támaszkodik. A szabályozó csavar lehetővé teszi a rugó feszültségének tetszés szerinti beállítását. A mandrin tű alsó végén kis nyilás van (g), mely a csapos rész felső végén

levő Record fúratú nyilással (a) közlekedik. A levegő a szabad mellürbe ezen a kis nyiláson keresztül áramlik be. Hogy a belső tű és a rajta levő nyilás (g) működés közben oldalirányban el ne fordulhasson és csak nyíl irányban mozoghasson, a mandrin tű csavar alatti részén kis pecek (j), a fedő csavaron pedig ennek megfelelő vájulat van. Ezáltal biztosítva van az, hogy a levegő beáramlásának pillanatában a nyilás (g) mindig szabadon legyen.



a. ábra. A légmellkészítő tü.
b. ábra. A légmellkészítő tű szerkezeti része. A fedőcsavarról (c) a másik ábrán látható (h-val jelzett) fogó és ezzel a külső hegyes tü lecsavarás által el van távolítva.

Használni és működtetni a következőképen kell: a jobb kéz 3 első ujjával az erre a célra kiképzett fogójánál fogva a tűt biztosan megfogjuk, s végét merőlegesen a bal kéz ujjaival kifeszített bőrfelületre beszúrjuk a mellkasfalba. A bőr ellenállást fejtvén ki, a belső tű kiálló tompa vége a rúgóhatás ellenében a rajta lévő nyilással együtt betolódik, így a külső tű hegyes vége jut érintkezésbe a bőrrel és azt könnyen átszúrja. Amig ellenállást kifejtő szövet (bőr, izom, fascia) van a tű előtt, a hegyes tű biztosítja azokon a könnyed áthatolást. A fali mellhártyán áthaladása közben a szabad mellür felé hirtelen megszünvén az ellenállás, mely eddig a mellkasfalban a belső tű tompa végét a külső hegyes tűbe kényszerítette, a feszülés alatt álló rúgó hatására a belső tű tompa vége azonnal előreszökken, a hegyes tűvel a fali mellhártyán ejtett kicsiny folytonossághiányon át. Ezek szerint légmellkészítő tűm hegyes vége a tüdő előtt önműködően biztosan tompavégűvé változik át, ami a további behatoláskor is kizárja a tüdő sérülését. Az előreszökkenő tompa végű mandrin tű látható és hallható módon jelzi a mellhártyán áthaladást, így előrehaladási pontjáról és végső helyzetéről már a légmellkészítő készülék gummicsövének felillesztése előtt igen megbízható módon értesülést szerezhetünk. Miután így meggyőződtünk arról, hogy a mellhártyán túl, vagyis a szabad mellürbe jutottunk, a légmellkészítő készülék gummicsövét a tű felső nyilásán (a) levő hullámos csőrészre egyszerűen reáhúzzuk, majd az eddig zárt csap (b) megnyitása után a szokásos módon megkezdhetjük a légmellkészítést.

Tűm működéséből érthető, hogy bármily erősen megvastagodott mellhártyán is könnyen és biztosan áthatol, anélkül azonban, hogy a tüdő sérülését kizáró biztonsága a legkisebb mértékben is csökkenne.

A rúgó működése kiiktatható, ha egyszerűen egyik ujjunkat a csapra helyezzük és azt nem engedjük felemelkedni, mely esetben a mandrin tű tompa végének a külső hegyes tűbe betolódása akaratlagosan megakadályozható, amiből viszont következik, hogy a tű további előrehaladása kizárólag tompán történik. Ez előnyösen felhasználható olyan atypusos esetekben, amikor a várható mellhártyaösszenövések miatt egy beszúrásra nem lehet szabad mellhártyarést találni, amikor is az esetleges további próbálgatást tompán végezzük.

Légmellkezeléseimet már több mint másfél éve kizárólag evvel a tűvel végzem. Ezen idő alatt feljegyzéseim tanusága szerint 87 betegen összesen 950 esetben használtam és pedig úgy az első, mint az utántöltésekre. Légmellkezeléssel elért gyógyeredményeimet igen kedvezően befolyásolta azon körülmény, hogy a tüdő legcsekélyebb sérülése is könnyű szerrel elkerülhető volt. Ugyanezen okra vezethetem vissza a lázas mellhártya-izzadmányok számának feltűnő csökkenését. A légmellkészítéskor bőr-érzéstelenítést csak az első töltés alkalmával és csak egy-két esetben végeztem, de később ezt is elhagytam, mert tűm használatát practikus értelemben fájdalmatlannak tapasztaltam.*)

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem Törvényszéki Orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár).

Salak gázok okozta halálesetek.

Irta: *Hidassy Dezső dr.* egyetemi tanársegéd.

Intézetünk halottanyagában sok olyan esetet volt alkalmunk észlelni, amelyek felhívják a figyelmet arra a veszedelemre, melyet a nagy gyárak, ipari üzemek, vagy kőszénnel fűtött nagyobb épületek kazánházaiból, vagy fűtőhelyiségeiből kihordott, még gőzölgő szén-salak jelent. Igy:

1. a mult év tavaszának elején *K. J.* 19 éves pékinast halva találták az egyik textilgyár melletti üres telken, hova a gyár kazánjából kihordott forró salakot helyezik. A boncvizsgálat alkalmával kitünt, hogy a köztakaró a mellső oldalon élénk pirosan szinezett, a mellkas, has, combok mellső felületén, a karok belső felületén a hám részben felemelkedett, részben cafatosan málékony. Hólyagképződés, vagy hámszélek perzselődése, füstösödése sehol sem volt észlelhető. A könnyű kiskabátból, szövetnadrág- és félcipőből álló meglehetősen kopott állapotban lévő ruházat elül, a kabát könyöki részén kissé perzselődött volt. A lágy agyburkok erei és üregeiben meggypiros folyékony vér. A szíven kóros nem észlelhető, az erek épek. Kedeszmirigy nem volt felta-

*) A légmellkészítő tüt gyártja és forgalomba hozza Aktiengesellschaft für Feinmechanik Tuttlingen (Aesculap-Werke).

lálható. A szabad tüdők mellső részein süllyedéses bövérüség észlelhető, petecsképpződés nem mutatható ki. Az orr és szájnyilások tiszták, a légcsőben korom, vagy füstnyomok nem észlelhetők. A nyelőcső alsó részében, a gyomorban levő 300 gr-nyi pépes barnás tartalomhoz hasonló anyag. A szerveken kóros nem észlelhető. A vérnek színképelemző készüléken történt vizsgálata alkalmával a vérben szénéleg jelenlétét sikerült kimutatni.

2. *B. F.* 67 éves napszámost az egyik fővárosi kórház mögötti eldeszkázott területen, — hova a kórház fűtéséhez használt köszén salakját hordják — november első napjaiban halva találták. Elhalt hason feküdt olyképen, hogy arca kissé jobbranézett. A ruházat — mely kopott és foltos szövetkabátból, ugyanolyan nadrág, lyukas cipő és szennyes ingből állott, a mellső részeken kiégett foltokat, perzselődést mutatott. A holttest arcának baloldalán az orr csúcsig, az áll balfelén, a mellkas, a has, a combok mellső felületén, a karok belső felületén a hám mindenütt levált, s a combok kivételével e területeken mindenütt a szabadon fekvő izomrostok szenesedése észlelhető. A combok és karok hámfosztott területein száraz, borsónyi, feketés barnán hólyagszerűen felpuffadt foltok láthatók. A hajzaton, szőrszálakon perzselődés nyomai. Belsővizsgálat kimutatta, hogy az agy bövérü, a szív ereiben meggypiros folyékony vér van, a szív izomzatának mellső része sárgás-barnás, főtthússzerü, ugyancsak főtthússzerüek a tüdők mellső részei és a hasizomzat is. A máj egyenletesen főtthússzerü. A vérnek színképelemző készülékkel történt vizsgálata itt is szénéleg jelenlétét mutatta ki.

3. *M. J.* munkás 1927. októberében az egyik pestkörnyéki téglagyár udvarán lévő salakra feküdt. A halált itt is szénélegmérgezés idézte elő, s utólag szenvedett el az arc és felsőtest jobboldalán létrejött égési sérüléseket.

4. *N. I.* napszámos 1930. márciusban az egyik pestkörnyéki téglagyár mellett lévő és a forró salak elhelyezésére szolgáló telken a salak mellett halt meg. Szénélegmérgezést bizonyító elváltozások mellett perzselődést lehetett feltalálni.

5. *H. E.* 41 éves napszámosnő 1927. novemberben az egyik téglagyár udvarán lévő halomba hordott forró salak mellett ment el. Hirtelen megtántorodott, elesett, lábai a forró salakra jutva, azokon égési sérüléseket szenvedett el, 15 nap mulva meghalt. A boncvizsgálat alkalmával az Ammonszarvak keményedését és zsugorodását észleltük. Hozzátartozók szerint „szívbajos" volt, már voltak rohamai. Valószínüleg a forró salak mellett elmenve (esetleg a belélegzett gázok hatása alatt) eskóros rohamot kapott és így zuhant a forró salakra.

6. *M. M.* 59 éves napszámos 1934. nov. végén melegedés céljából az egyik textilgyár salaktelepén a salakra feküdt. Másnap reggel hanyattfekve halva találták. A kopott ruházat hátsó része szenesedett, a test hátsó felülete általában elszenesedett, a bőr megrepedezett. A fejbőr a koponyatetőhöz száradt, töredezik, a hajzat perzselt, kunkorodott. A jobb váll bőre megszenesedett, az izomzat felülete szintén, az izület megnyilt. Hólyagképződés sehol sem észlelhető. Az agy zsugorodott, a koponyaüregnek csupán 3/5-nyi részét tölti ki, halványszürke, tömött, törékeny anyaggá lett. A keményburok szorosan az agyhoz tapadt, s a domborulat közepén szétszakadt. A mintegy fillérnyi nyiláson át az agyállománynak mintegy tyúktojásnyi része petyhüdt, szakadékony. A tüdők hátsó része tömötten sült tapintatú. Ugyanilyen összeállásúak a hasi szervek hátsó felszínükön, főleg a vesék. A légcsőben füstnyomok, koromszemcsék nem találhatók, a vér vizsgálata alkalmával szénélegmérgezést lehetett megállapítani.

A felsorolt esetekből megállapítható, hogy a halálozások kizárólag a hűvösebb hónapokban történtek, amikor elhaltak általában gyengén öltözve a forró salak melegítő hatását akarták élvezni, s a salak mellé, vagy egyenesen ráfekve a kiáramló gázoktól eszméletvesztés, majd halál következett be, illetőleg tovább is forró salakon fekve a sugárzó hőtől égési sérülések jöttek létre, a ruházattól, a salak hőfokától és fekvési időtől függően. A fentebbiekhez hasonló esetek sűrű előfordulása kívánatossá tenne egy olyan hatósági rendelkezést, amely kötelezné a gépészeket arra, hogy a kihordott salak izzását vízzel locsolással fojtsák el. Ez a rendelkezés — tekintettel arra, hogy a gépházakban víz rendelkezésre szokott állni — könnyen kivihető lenne.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az alapanyagforgalom idegrendszeri szabályozásáról. *Borgard.* (Klin. Wschr. 1936. 16. szám).

Kutyakisérlettel vizsgálta a vagus-tónus hatását az alapanyagforgalomra. A vagustónusnak mütéttel történő kikapcsolására az alapanyagforgalom kezdeti csökkenés után lényegesen emelkedett.

Kleiner György dr.

Vizsgálatok a vörösvérsejtek regeneratiojáról. *Segel.* (Klin. Wschr. 1936. 16. szám.)

A vörösvérsejtek némelyikében ultraibolya fényben piros szinnel fluoreszkáló anyag mutatható ki. A fluoreszkáló vörösvérsejtek száma egészséges emberben igen csekély, átlagban 1‰. Anaemiákban szaporodnak meg ezek a sejtek regeneratiós tünetként. A fluoreszkálást valószínüleg porphyrin anyag adja.

Anaemia perniciosában kezelés előtt alig van fluoreszkáló sejt; májkezelésre számuk emelkedik, majd később csökken. Az emelkedés későbben következik be, mint a reticulocytáké, de huzamosabb időn át (kb. 28 napig) tart; a fluoreszkáló sejtek 12—97‰ ig szaporodnak meg, tehát jóval kisebb számig, mint a reticulocyták. A sejtek szaporodása annál nagyobb, minél alacsonyabb volt a kezdeti vörösvérsejtszám.

Acut vérveszteségben a fluoreszkáló sejtek csak az első hét végén kezdenek nagyobb számban megjelenni; a legmagasabb értéket átlag a második hét végén érik el; ez az érték annál magasabb, minél nagyobb volt a vérveszteség.

Chronikus vérzésekben (menorrhagia, nodusok után) a fluoreszkáló sejtek száma változóan nagyobb, függetlenül az anaemia fokától. Vasra a vörösvérsejtek és reticulocyták száma nő, míg a fluoreszkáló sejtek száma csökken.

Kleiner György dr.

Castle-tényező, pepsin és patkány-reticulocyta-reactio. *Singer és Wechsler.* (Klin. Wschr. 1936. 19. szám.)

A Castle-féle tényező jelenléte a Singer-féle patkány-reticulocyta-reactióval kimutatható. Albino patkányok reticulocyta-értéke körülbelül állandó, feltéve, hogy hozzávetőlegesen azonos étrendet kapnak. Histamin-injectióval nyert gyomornedv néhány ccm-ének befecskendezésére a reticulocyta-szám a kezdeti érték többszörösére emelkedik. Az emelkedés elmarad, ha a gyomornedvet felforraljuk.

Anaemia perniciosás gyomornedvre a reticulocytaszám nem emelkedik, ezzel szemben minden más anaemiás gyomornedv után igen.

A reticulocytaszám emelkedését a Castle-féle tényező okozza.

Néhány pepsin-készitmény (acidol-pepsin, Witte-pepsin) is tartalmaz Castle-féle tényezőt, mint azt a patkány-reticulocytareactio kimutatja.

Vizelet hatására is emelkedhet a patkányok reticulocyta száma. Ez az emelkedés a vizelet felfőzésére sem marad el. Ennek a kész antiperniciosa-anyag az okozója. Anaemia perniciosás vizelet kezdetben nem váltja ki, májjal kezelés után igen (a gyomornedv ilyenkor is hatástalan.).

Kleiner György dr.

Sebészet.

Gyermekkori veseráknak erőművi behatásra történt megrepedése. Prof. *Oscar Orth.* (Zblt. f. Chir. 1936. 7.)

A gyermekkori veserák igen ritka. Vesedaganatok egy részben rákhoz hasonló sejtcsoportok előfordulhatnak, biztos diagnosist csak a metszetsorozatok vizsgálata biztosithatja. A szerző osztályán megoperáltak egy 4 éves gyermeket, aki elesett a jégen, utána rosszul lett, súlyosan kivérzett állapota léprepedésre engedett következtetni. Mütét közben derült ki az, hogy a bal vese repedt meg, ezt eltávolitották. Beteg 3 hét mulva meggyógyult, rá 3 hónapra a szétszórt daganatáttétek következtében meghalt. A szövettani vizsgálatot *Schmincke* prof. (Heidelberg) végezte, aki, mivel a vesedaganat mesoepithalialis szerkezetü, azt ráknak minősitette. Az eset érdekessége az, hogy a daganatos vese aránylag kis erőművi behatásra megrepedt, azonkivül az erős vérzés, amely leginkább a vesearteria aneurysmája megrepedéséhez hasonlitható.

Kuncz Dénes dr.

Az oxyuris, mint seb-parasita. *Melchior.* (Zblt. f. Chir. 1936. 7.)

Sima lefolyású kétoldali sérvmütét után egy hónap mulva fonalgenyedés, mely begyógyult, 5 hét mulva ismét sipoly képződött, melyben egy élő oxyurist találtak. A fistula biztosan nem közlekedett a bőrrel. Az a kérdés, hogy a fistulába került pete ott megérhetett-e, vagy csak egy kifejlett oxyuris került a sebbe. A sebbe kerülhetett a pete, a tanuló körme alól. *Lenze dr.* (Berlin, Robert Koch Institut) azt tartja, hogy a már kifejlett oxyuris került a fistulába, mert az oxyuris kifejlődéséhez legalább 4 hét, oxygenhiány és diastatikus fermentum kell. Viszont gondolhattak arra is, hogy a szöveteknek kell, hogy legyen fehérjebontó képességük, mert pl. catgut is felszivódik, az anaerob tetanus bakterium kevert fertőzésnél mégis tud szaporodni. Tehát bizonyos fokig megvan a lehetősége annak, hogy az oxyuris seb-parasita, természetesen ezt a kérdést eldönteni csak további észlelések és kisérletek után lehet. Talán abban az esetben, ha a figyelem efelé a kérdés felé fordul, kiderül az, hogy az oxyuris ilyen szerepe nem ennyire ritka.

Kuncz Dénes dr.

Feszitéses sinkötés a körömperc feszitő ina szakadásának kezelésében. *A. Saxl.* (Zblt. f. Chir. 1936. 7.)

Ennek a sérülésnek conservativ kezelésében fontos az, hogy a körömperc 6—8 hétig állandó túlfeszitett helyzetben legyen, a sin a mosdást és a napi munkát nem zavarja. A szerző erre a célra ajánl egy 4—4.5 cm hosszú, 10—12 mm széles, 160—165 fokban meghajlított, lehetőleg könnyü fémből készitett sint. A bepólyázott sint ragtapaszcsikkal a körömpercre erősitjük, úgy, hogy a tompaszöglet csúcsa a második perc közötti izületre kerüljön, azután ragasztjuk le a középső ujjpercre a sin másik felét. Igy túlfeszitett helyzetbe kerül az izület. Ugyanez a hypertensio érhető el egyszerü kis fasinnel is akkor, ha az izületfelé a ragtapaszcsikból készitett kis csövet teszünk.

Kuncz Dénes dr.

Szülészet.

Terhesség és diabetes. *J. Kraus.* (Med. Klin. 1936. 12.)

Mint ismeretes, diabeteses nőbetegek petefészektüszői atrophisálnak, az ovariumok súlya csökken, ami az uterus atrophiájához és sterilitásához vezethet. A szerző már régebben rámutatott arra, hogy diabeteses egyének hypophysise sorvadt, az eosinofil sejtek megcsökkentek. Valószinü, hogy a hypophysis elülső lebenyének csökkent müködése okozza a genitalis szervek atrophiáját, bár talán az insulinhiányának is lehet ily irányú szerepe. A terhesek közt átlag 0.5% a diabeteses és annak ellenére, hogy az insulin-aera óta 50%-ról 10.5%-ra csökkent a diabeteses anyák mortalitása, a foetusok mégis átlagban 43%-ban, az újszülöttek pedig az első héten 66%-ban pusztulnak el. A diabeteses gravidák terhesség alatti rosszabbodásának oka valószinüleg a csökkent képességü pankreasnak fokozott igénybe vétele a foetus szervezetének felépitéséhez, — igy az anya számára az insulin egy része elvész, a diabeteses állapot leromlik. Másrészt oka lehetne a hypophysis elülső lebenyének a terhesség alatti fokozott tevékenysége, ami a szénhydrattolerantiát leszállitja és a terhesség alimentaris glykosuriáját magyarázhatja. *Lucke* contrainsularis hormonja óta ez az állapot jól értelmezhető.

A diabeteses anyák gyermekeinek 20%-a igen erősen fejlett zsirpárnával születik, mig normalis újszülötteken ez csak 3%-ban fordul elő. Ezen túlfejlődésnek lehetőségét a szerzők az anyák hyperglykaemiájával magyarázzák, az anyától feles mennyiségben nyujtott szénhydrat a foetusnál zsirrá alakul. A terhesség végével általában javul a diabetikák állapota, ami a kifejlettebb magzat pankreas-hypertrophiájának következménye. Mégis van néhány olyan eset is, ahol a terhesség végével a diabeteses állapot leromlott *(Nothmann és Hermstein)* viszont a szülés után az állapot lényeges javulása következik be. *Kraus* azon véleményen van, hogy ha egyes esetekben kivétel képen nem is, általánosságban a foetus pankreasa befolyással van az anya szénhydratanyagcseréjére.

ifj. Marsovszky Pál dr.

A lepény szervezetre gyakorolt különleges hatásának kérdése. *Bartels, Petrowa és Gagarluskaja.* (Arch. f. Gyn. 100. 1.)

Vizsgálók azt a kérdést akarták tisztázni, hogy a lepény fejt-e ki homoorganikus hatást. E célra a Halatow által 2—2½ hónapos terhesség megszakitásakor kapott chorionból nyert kivonatot, a leukosolt használták, amely 1.92% fehérjét, 1.1% kivonatanyagot és 0.05% lipoidot tartalmaz. Folliculint nem sikerült benne kimutatni, ellenben prolánt igen. Mivel az állatok jól türték a leukosolt, tanulmányozták annak hatását terhes nyulakon. Az eredmény az volt, hogy 11 eset közül 8 nyulban a terhesség végén elhalt foetusokat illetőleg csak foetus maradványokat találtak. Mivel patkányokon végzett kisérleteik kapcsán ugyanezt észlelték, igazolva látják, hogy fiatal terhességből származó emberi lepény kivonattal nyulakon és patkányokon a terhességet meg lehet szakitani. A terhesség megszakadása szerintük a magzatok és a lepény felszivódása következtében jön létre. Miután megállapitották, hogy a leukosol az emberi szervezetre sem fejt ki mérgező hatást, vizsgálat tárgyává tették annak hatását fiatal terhességekre. 42 olyan 6—8 hetes terhes nőnek, kiknek a terhességét megszakitották, adtak másodnaponként két héten keresztül 2—10 ccm leukosolt. Különleges hatást sem a terhesség folyamán, sem annak megszakitása alatt nem észleltek. Mind a 42 esetben megvizsgálták a petét és mellékrészeket szövettanilag, amikor is azt találták, hogy azokban az esetekben, amikor több leukosolt (20—40 ccm) adtak, a chorionban degenerativ elváltozások voltak észlelhetők, a decidua azonban semmiféle elváltozást nem mutatott. Vizsgálataikkal igazolva látják, hogy a lepény homoorganikus hatást fejt ki. Azok az elváltozások, amelyek a lepényben kifejlődnek, véleményük szerint a leukosol hatására a terhes szervezetben létrejövő reactio eredményei.

Pataky László dr.

Szemészet.

Infravörös fényképezés a szemészetben. *Feldmann.* (Archives of Ophthalm. 1936. márc.)

Szerző ismerteti az eljárás alkalmazását a mozgókép és textiliparban, tájkép photographiában, régi irások elemzésében stb. Jól bevált a börgyógyászatban is (lupus, varicosus mély venarendszer kimutatása). Szemészetben a szemfenék infravörös fényképezése nem nyujt különös előnyöket (Kugelberg). Annál értékesebb az eljárás átlátszatlan cornea (leukoma) esetében; ilyenkor jól látható a pupilla elhelyezkedése, nagysága, esetleges lenövések. Ezek föleg a cornea transplantatio szempontjából fontosak. Használható ezenkivül e módszer pupillamérésre sötét — adaptatio vizsgálatok esetében.

Grósz István dr.

Fovea-szakadások diathermiás elzárása. *Weve,* (Archiv für Aug. 1936. május.)

A foveaszakadás okozta retinaleválást szerző eddig nem igen operálta; a Lindner-féle „Unterminierung" súlyos vérzést okozott. Az újabb localisatiós eljárások lehetővé tették a mütét pontos végrehajtását. Ilyen a diascleralis eljárás, mely a Lange-lámpa elvét használja fel. E localisatiós müszert később diathermiás elektródával combinálták *(Lacarrére, Weve).* Szerző jelenleg az összes ablatio mütéteiben jól bevált transilluminatiót használja fel: felkeresi a szakadást forditott képben (+ 20.0 D lencse) és erős fényforrás segitségével azt kivetíti a sklerára, ahol a segéd megjelöli Arrugakanál segitségével. Ellentétesen *Sabbadinivel.* ki a fovea alatt készült demarcáló coagulatiókat, *Weve* a foveát magát kivánja eltalálni. A külső egyenesen kivül a felsőt vagy alsót is le kell választani e célból. Régi oraszakadásokat kisérő ú. n. fovealyukak nem hiányok, hanem az üvegtestbe kúposan előemelkedő retinabetüremkedések. Ezen pseudomacularis likak csak binocularis ophthalmoskoppal tisztázhatók. A valódi izolált fovealyuk, mely nagyfokú myopiás szemekben keletkezik sérülés nélkül, nehezen ismerhető fel; gyakran hiányzik a vörös alap. Az oraszakadásokhoz hasonlóan itt is megvan a hajlam a spontán „Abriegelung"-ra felfelé, mig az ablatio inkább lent található.

Grósz István dr.

Herpes corneae. *Gundersen.* (Archives of Ophthalm. 1936. febr.)

A massachusettsi kórház hároméves herpes-anyagáról számol be (225 betegen 250 keratitis dendritica). A dendritica-esetek 63%-ban adtak positiv reactiót nyúl-corneán. A szám magasabb lenne, ha typikus esetekben is elvégezte volna az oltást. Herpesvirus ezenkivül csak disciformisban volt kimutatható. (4-ből 3 positiv). A dendritica 2½-szer gyakoribb férfin, mint nőn, 16 év alatt az eloszlás egyforma. A szezonszerüség nem volt kimutatható. Az esetek 37%-ában volt herpeses eruptio az arcon egyebütt is. Felsőlégut megbetegedés vagy influenza 62%-ban kisérte a szem herpesét. A sérülésnek nincs jelentősége. Therapiásan erős jódoldat vált be leginkább, a fekélyre és környékére, ritkábban az

egész corneára alkalmazva azt. Egyéb eljárások, úgymint alkohol, jódkáli, H_2O_2, epinephrin contact üveg alatt, abrasio, alkaliák, vaccinatio, szarucsapolás, ultraviolett besugárzás a jódnál hatástalanabbnak bizonyultak. A 7% jódot és 5% jódkálit tartalmazó alkoholos solutiót vattapálca segitségével viszik a beteg területre. Hatásossága a fertözött hám elpusztitásán alapszik; nem csinál kiterjedtebb hegesedést. A kezelést követő fájdalom ellen kevert por ajánlatos. A gyakori recidivák között szerző a keratitis metaherpetica kórképét emeli ki.

Friedenwal a hozzászólásban epét ajánl a cornealis hám tökéletes eltávolitása céljából.

Grósz István dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat

A fülzúgás befolyásolása intravenásan alkalmazott helyi érzéstelenitő szerekkel. *Bárány.* (Acta Oto. Lar. XXIII. II.)

Az a véletlen megfigyelés, hogy egy beteg esetében az évek óta fennálló fülzúgás a septummütétkor használatos submucosus novocain infiltratióra megszünt, szerzőt arra indította, hogy behatóan foglalkozzék a helyi érzéstelenitő szereknek a fülzúgásra kifejtett hatásával. Kiderült száz eset kapcsán, hogy: 1. az eredmények akkor a legjobbak, ha intravenásan alkalmazzuk az érzéstelenitőszert. 2. 1%-os novocain vagy 0.1% percain vagy 0.1% pantocain 5 ccm menynyiségben befecskendezve veszéllyel nem jár. 3. A befecskendezés után a fülzúgás hamar megszünik és a hatás percain alkalmazásakor tart legtovább, de a másik kettő esetében is 1—2 órára terjed. 4. Míg a folytonos fülzúgáskor az eredmények frappánsak voltak, a pulsáló fülzúgások a legtöbb esetben nem reagáltak a kezelésre. 5. A befecskendezések megismételhetök naponta többször is, anélkül, hogy a szervezetre ártalmas lenne.

Szerző úgy találta, hogy különböző aetiologiájú fájdalmak csillapitására is igen jól használható az intravenás novocain. A fájdalmak prompt szüntek és a hatás 1—2 óráig tartott.

Ajkay Zoltán dr...

Intratrachealis struma. *Heindl.* (Mschr. f. Ohlk. u. Lar. Rhin. 1936. 1. f.)

11 éves fiú betegnek 2—3 év óta van nehézlégzése. 1 éve substernalis struma miatt strumektomiát végeztek rajta. Állapota a mütét után sem javult, söt nehézlégzése lassan mégjobban fokozódott, úgyannyira, hogy most már nyugalomban is stridora van, ami a legkisebb megerőltetésre súlyos légszomj-rohamokká fokozódik.

A következő elváltozások tünnek szembe: Pajzsmirigy nem tapintható. A gége normalis. Subglottikusan a trachea hátsó falán sima nyálkahártyával boritott, rugalmas olajbogyó nagyságú tumor látható, mely kb. 2 mm-nyi réssé szükiti be e helyen a tracheát. Tracheotomia után a daganatból próbakimetszés történt, amit elég erős vérzés követett. A szövettani vizsgálat pajzsmirigyszövetet mutatott. A mütét a tumornak a tracheáról történt tökéletes leválasztásából és Mikulitz-tampon behelyezéséből, az utókezelés pedig a granulatiók lapissal végzett gyakori edzéséből állt. A gyógyulás simán folyt le, a trachea felszine csakhamar behámosodott, úgy hogy a mütét után egy hónapra a canulet is el lehetett távolitani. Kiesési tünetek a pajzsmirigy részéről (myxoedema) mindezideig — 1 és fél évvel a mütét után — nem jelentkeztek.

Gyermekgyógyászat.

Gyermekkori tetanusesetek klinikai megfigyelése. *Piepenbrink.* (Arch. f. Khk. 106. 2.)

3 újszülöttkori tetanuseset közül kettőnek fertőzése közös forrásra volt visszavezethető, t. i. ugyanaz volt a bába s a két eset között csak néhány nap különbség volt. A lefolyás különlegessége az, hogy a tartós spasmusok eredménye gyanánt vaginalis és rectalis prolapsus keletkezett, a tetanus-spasticus tünetek a gyomor-béltractusra is ráterjedtek, amit röntgennel is ki lehet mutatni. Továbbiakban 8 idösebb gyermekkori tetanusesetet közöl. Ezek egyike a ritkán halálos késői tetanushoz tartozott. A többiek közül említésre méltó egy, akin a fertőzés a facialis területén történt, anélkül, hogy tetanus kephalicus fejlödött volna ki. A facialis nemcsak hogy nem bénult meg, hanem fokozott ingerlékenységet mutatott. Egy másik eset jellegzetessége a fertözés módja, t. i. cariosus fogon keresztül inficiálódott, ezenkivül a hosszú lefolyás, reflexfokozódás és reflexgörcsök. Két gyermek betegsége atypusosan kezdődött, egyiken rekeszgörcsökkel, a másikon az orbicularis oculi görcseivel. Egyik esetben a vérkép enyhe lymphocytosist, a másikban normalis értékeket mutatott. Öt eset lumbalpunctiójának eredménye normalis. Eltekintve a letalis végű kimerüléses szakot, melyet hyperpyrexia jellemez, láz csak szövödmények esetén volt észlelhető s közülük otitis, angina, bronchitis, magnesium-sulfat nekrosis szerepelt. A prognosis még ma is komolynak tartandó, bár jobb, mint régebben volt. Ezt megítélni a lappangás hosszából, a kórkép súlyosságából kell s függ a kezeléstől és ápolástól.

A kezelés specifikus és nem specifikus. Ha egyáltalán, úgy valószinüleg csak nagy adag serumtól várható hatás. A nem specifikus szerek közül elsőrendü fontossága van az altatóknak, melyek közül hedonalt, luminált használt; ezenkivül 25%-os magnesiumsulfatot használt. A magnesium 3 esetben légzési zavarokat okozott, egy másik esetben a magnesium és chloralhydrat hasonló hatásának cumulatióját észlelte. Igen fontos a nyugalom a görcsöket kiváltó ingerek elkerülése céljából. A sebészi kezelésnek nem tulajdonit fontosságot, ezzel a gyermekkorban az eredményeket megjavitani nem lehet. A 3 ujszülöttkori tetanus közül egy magnesium okozta légzésbénulásban halt meg, míg a nyolc gyermek közül 3 halt meg, úgy hogy a teljes mortalitas 36.3%.

Romhányi dr.

Meningococcussepsis. *Weitkamp.* (Kinderärztliche Praxis 2.).

Négy esetről számol be, egy 10, egy 17 hónapos csecsemőről és egy három és fél éves ikerpárról. Anamnesisük hasonló: 1—2 héttel ezelött lefolyt nátha, aztán hirtelen kezdet magas (39—40 fokos) lázzal. Egy-két óra, illetőleg fél nap mulva bőremboliák jelentkeznek, melyekre jellemző, hogy hajlamosak középi infiltratióra, genyes beolvadásra, sőt üszkösödésre, mikor is az üszkös közepet élénkpiros gyürü övezi. Tarkómerevség jelzett, vizeletben csak a láznak megfelelő fehérje. Lumbalpunctiókor mindig fokozott nyomással ürül a liquor, átlátszatlan, belőle meningococcus minden esetben kitenyészthető volt. Intralumbalis meningococcus serum adagolásra a tünetek három esetben pár nap alatt megszüntek, a negyedik esetben, mikor a meningococcus a vérből ki is volt tenyészthető, exitussal végződött.

Szerző ezt a négy esetet azonosnak tartja *Umber* esetével, amelyet az tarkómerevséggel járó typhus exanthematicusnak irt le, az Amerikában lezajlott spotted feverrel, s az Irországban 1886-ban pusztító Black Death-el.

Mendelényi dr.

Bőrgyógyászat.

Wassermann-reactio pallida-antigennel (Gaethgens-féle pallida-reactio) cerebellaris-lueses betegségekben. *Fritzsche.* (Derm. Wschr. 1936. 50.)

Müchlens, Hoffmann, Nakano, Kolmer, Williams és *Laubach* számolnak be olyan kisérletekről, melyekben a kereskedelembeli szervkivonatok helyett fajlagos antigent alkalmaztak. *Gaethgens, Ottóval* együtt beszámolt a pallida reactio használhatóságáról. 7000 serum vizsgálata kapcsán megállapitja, hogy a pallida suspensio 1:5 serumhigitásban és carbol hozzáadásával vált be a legjobban. Már az első vizsgálatok kapcsán, melyek vizes, carbolozott pallida extractummal (Sächsisches Serumwerk) végeztek, kiderült, hogy a pallida-reactio felülmulja az eredeti Wa. reactiót. A pallida-reactio nem fajlagos eredménye 0.4%, szemben az eredeti Wa. reactiónak 0.4—1.6%-ával. Szerző a Gaethgens által megadott pallida-reactióval a központi idegrendszer lueses betegségeit vizsgálta. A reactio complementkötési reactio, melyben antigenül syphilis spirochaeta emulsiót alkalmaznak, 0.3%-os, carboltartalmú konyhasóoldatban. E reactio mellett az eredeti Wa.-reactiót, az M. T.-reactiót, kétes esetekben a Kahn-reactiót is elvégezte szerző. A lipcsei idegklinika 1012 serumából 124 központi idegrendszeri syphilisben szenvedőé volt. Eredményei a következők: a Wa. R. 53.6%, az M. T. R. 50.3% és a Pa. R. 88.8%-ban adott positiv eredményt. A Pa. R. sohasem adott gyengébb eredményt, mint a Wa R., de az esetek 42.6%-ában cholesterinezett marhaszivkivonattal positiv módon reagáló serumok mellett erősebb eredményt adott, mint a Wa. R. Paralysis progressivában, tabes dorsalisban és lues cerebrospinalisban a Pa. R. a legfinomabb eltéréseket is adta. A reactio 7 esetben nem fajlagos eredményt mutatott (0.8%). A reactiót 152 liquorral is elvégezték, köztük 55 központi idegrendszeri syphilisben szenvedőé volt s ezen esetekben is a legmesszebbmenőleg egy esett a Pa. R. a várt eredménnyel; mind az 55 esetben positiv eredményt adott, míg a Wa. R. csak 46 esetben.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gefässmissbildungen und Gefässgeschwülste des Gehirns. Prof. *H. Bergstrand*, Prof. *K. Olivecrona*, Prof. *W. Tönnis*. (1936. G. Thieme Verlag, Leipzig. Ára: 24 M.)

A 181 oldalra terjedő, fényes kiállitású munka bevezetőjében helyesen mondja *Tönnis*, hogy a neurochirurgia kérdése *Cushing* befolyása alatt határozott változáson esett át, mert ma az operativ technikai problemák mellett mint egyenrangú kérdések szerepelnek a diagnostikai, kórszövettani és prognostikai szempontok. Eddig a haemangiomák az idevágó szakirodalomban szerény szerepet játszottak és igy indokoltan foglalkoznak a szerzők ezekkel. *Bergstrand* tárgyalja a kórszövettani részt. *Cushingtól* eltérően az angiomák négy nagy csoportját különbözteti meg: 1. angioma cavernosum, 2. a. racemosum, 3. angioreticuloma, (Lindau-daganat.), 4. angioglioma, megjegyezvén, hogy magát a második csoportot még öt alcsoportra bontja fel: a) teleangiektasiák, b) Sturge—Weber-féle betegség, c) angioma racem. arteriale, d) venosum, e) arterio-venosum. A klinikai anyagot, beosztását és áttekintését *Olivecrona* tárgyalja, kijelentvén, hogy agyi angiomák neve alatt kizárólag az agyállomány és agyhártyák érdaganatait kell értenünk. Ugyanez a szerző foglalkozik a Sturge—Weber-féle betegséggel, mint ú. n. neuro-cutan betegséggel, melyben az idegrendszeri tüneteken (Jackson epilepsia) kivül még az arcnaevus és glaukoma, valamint intrakranialis elmeszesedések is szerepelnek, A bántalom diagnostikájában az arterio- és phlebogrammnak nagy szerepe van a ventriculogrammon kivül, mely vizsgálatok a *Tönnis* által tárgyalt aneurysma arterio-venosum és racemosum venosum felismerése alkalmával épúgy érvényesülnek. Végül az *Olivecrona* által taglalt angioreticulomák fejezetében szerző utal e daganatnak igen jellegzetes, már szabad szemmel látható képére, úgy hogy felismerése a biopsia alkalmával nehézségekbe nem ütközik.

Hogyha szem előtt tartjuk a szerzőknek igen alapos és sokoldalú vizsgálati módszereit, melyekkel eseteiket átkutatták, úgy fogalmat nyerünk arról a lelkiismeretességről, mely minden egyes esetüknek neurochirurgiai kidolgozását kiséri; ennek ellenére *Olivecrona* a következő kijelentést teszi: Mindenki, aki elég agydaganatot klinikailag felismert és operált, tudja jól, hogy ha a klinikai syndromák absolut egyöntetünek nem mondhatók, úgy még a legtapasztaltabb neurologus is hibás diagnosist tehet, mely végzetes következményekkel járhat. A szerzőket szép munkájukért a legnagyobb elismerés illeti és azt az agy- és gerincvelői sebészet egyik kimagasló és mintaszerü müvének lehet joggal tekinteni.

Schaffer prof.

Acta societatis medicorum fennicae „Duodecim", (Helsinki, 1935.)

A hirneves finn egyetemi női klinika orvosi kara évről-évre kiad 1—2 hatalmas kötetre való tudományos munkát, általában 400—500 oldalnyi terjedelemmel. E kötetek tartalmazzák a klinika évi forgalmának kimerítő statistikai feldolgozásán kivül azokat a dolgozatokat, melyek javarészben finn nyelven jelennek meg, de vannak közöttük német, angol és francia nyelvü munkálatok is. Minden munkához kimerítő német, francia, illetve angol kivonatot adnak. A most megjelent kötet a finnek előttünk is ismert és nagyrabecsült vezető gynaekologusának, *Wichmann* professornak 50-ik születésnapjára készült. Az ünnepeltnek honi megbecsülését jellemzi, hogy alig tizéves tanári müködése után sikerült egy minden tekintetben korszerü, hatalmas, új klinikát létesitenie, amit a közelmultban avattak fel. A jubiláris kötet az új, monumentális klinika ismertetésén kivül tartalmazza jelenlegi és volt tanitványainak munkálatait. Mind önálló dolgozat, egy angol nyelvü munka kivételével német nyelven jelentek meg, a megfelelő internationalis nyelvü kivonatokkal. E könyvismertetés szük keretében a 25 dolgozat cimét sem lehet felsorolni, csak kiemelem, hogy hat casuistikus közleményen kivül főleg klinikai nagy összefoglaló statistikai munkálatokat, valamint kisérletes chemiai és szövettani munkákat tartalmaz. Külön emlitendőnek tartom *Väyrynen* eredeti munkáját a hüvelyi váladék hydrogenionconcentratiójának vizsgálatáról, valamint *Pelkonen* munkáját a medencevégü fekvésben világrajövő magzatok fejének sajátságos configuratiójáról. *Ritala* hatalmas dolgozata a szülők constitutiójának újszülötteken kimutatható átöröklési viszonyait tárgyalja.

Mindegyik dolgozat olyan alapos készültségről és európai szinvonalról tanuskodik, hogy meggyőződéssel valljuk azt a hitünket, hogy ez a hatalmas kötet is hozzá fog járulni a testvér finn nemzet tudományos életének még fokozottabb internationalis elismertetéséhez és eddigi jó hirnevének még további öregbitéséhez.

Batizfalvy János dr.

Apoplexie und ihre Vererbung. *Árni Árnason.* (Acta Psychiatrica et Neurologica. Supplem. VII. Levin & Munksgaard, Kopenhagen 1935. 180. o. Ára: 10 dán korona.)

Vizsgálataira az a körülmény inditotta a szerzőt, hogy az apoplexia Izlandban fiatal- és középkorú egyéneken és bizonyos családokban gyakrabban fordul elő. Ezek a családok egyébként egészségeseknek látszanak, a falusi lakossághoz tartoznak, életmódjuk sem különbözik a többi lakosságétól. Az izlandi nép általában egészséges és még ma is úgyszólván luesmentes, a szerző vizsgálati anyagában a lues egyáltalában nem fordul elő. Az apoplexia Izlandban gyakori betegség, az utóbi évtizedekben a halálokok sorában a negyedik helyen áll. Könyvének első részében behatóan foglalkozik a szerző az apoplexia keletkezéséről és lényegéről szóló felfogásokkal és kutatásokkal, majd saját vizsgálatait ismerteti, melyeknek anyagát 17 család képezi és 1003 egyénre terjed ki. Ezekből a családokból 10 „beteg" és 7 „egészséges". A beteg családokban az apoplexia okozta mortalitás 41.3%, mig az egészséges családokban csak 2.9%. Az apoplexiában elhaltak közül 79-nek az életkorát pontosan meg lehetett állapitani, ezek közül 44% a 30, 59%' pedig, vagyis az eseteknek több, mint a fele a 40. életévük előtt halt meg. A legfiatalabb beteg 15 éves volt. Bár a diagnosis a legtöbb esetben biztos volt, még sem lehetett megállapitani, vajjon vérzések, emboliák, intra- vagy extracerebralis keringési zavarok forogtak-e fenn. A fiatalkori apoplexia magyarázatára a leggyakoribb okok nem bizonyultak elegendőknek. Hypertonia csak néhány esetben fordult elő, lues nem jöhetett számitásba, diabetes, alkohol és egyéb mérgezések sem voltak kapcsolatba hozhatók. A legszembetünőbb oki tényezőnek az öröklés vehető fel és a vizsgálati eredmények szerint az öröklött jelleg monomer, domináns, heterozygota formában manifestálódik, nem nemhezkötött és valószinüleg mutatio folytán jön létre. Legvalószinübbnek azt a hypothesist tartja a szerző, hogy a betegség az agyi ereknek esetleg általános érgyengeséggel kapcsolatos örökletes rendellenességén alapszik. Prophylaxis szempontjából meg kellene akadályozni, hogy ezekben a családokban a betegeknek utódaik szülessenek. Természetesen megfelelő módszerekre volna szükség a betegség korai felismerésére, nemkülönben a mutáció okait kellene kideriteni és kiküszöbölni. Az értékes monographia utolsó része a vizsgált egyéneknek és családoknak részletes felsorolását tartalmazza; ez a jegyzék szükséges forrásul fog szolgálni esetleges további vizsgálatok számára, amelyek hivatva lesznek a könyvben tárgyalt érdekes jelenségnek további összefüggéseit kideriteni.

Naményi Lajos dr.

Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie, I.-ère Année, tome I. No. 2.

Az 1936. jan. 30.-tól március 17-ig terjedő idő tudományos ülés-anyagát magábanfoglaló Bulletin 2. száma is igen változatos tartalommal jelent meg. *Crainiceanu* a cyklus-gátló sexual-hormonokról tart beszámolót; *Enesco* és *Isac* a májvérkeringés sebességét meghatározó eljárásukról, melynek alkalmazásával ki tudják mutatni a májvérkeringés sebességének csökkenését pangás és jobbszív elégtelenség eseteiben. *Hans Meyer* az általános érzéstelenitésről szóló elméletét ismerteti, *Pittaluga* pedig a reticuloendothelialis rendszer modern kórtani beosztásának elméletét. *Radovici* postenkephalitis-es makrogenitosomia praecox esetét mutaja be, *Stroe*, *Marbe*, *Hortopan*, *Bacaloglu* és *Carciova* a Schick-féle reactióval végzett kisérleteikről számolnak be. A febr. 18-iki ülésen *Craciun* a haemato-conjunctiv szövetrendszeréről tart beszámolót, mely a laza bőralatti kötőszövettel kapcsolatos, *Chiray*, *Albot* és *Chêne* gyomor-dislocatio esetéről, *Dimitriu* és *Tanasoka* gyomorsav és gyomormotilitásról, *Enesco* és *Isac* az amyloid-vese kongóvörös-kórismézéséről, *Nasta* a gégefő heges szükületeinek laryngotomia és myohyoid autoplastica útján való gyógyitásáról, *Stroe* és *Banu* a gangraena-diphtheria toxin együttes hatásáról értekeznek. A márc. 3-i ülésen *Crainiceanu* a vérzést gátló hormonokról, *Llueşma-Uranga* fémszita alkalmazásáról a cranioplastikában, *Mouriquand* athrepsia és dystrophiáról, *Nicolesco*, *Heresco* és *Strat* a májelégtelenség és a lázas betegségek kéntherapiájáról, *Nicola Pende* az u. n. biotyp-elméletéről értekezik, mely a szövet- és sejtelemek épitő és bomlási folyamatainak sebességi viszonyaival magyarázza a különböző embertypusok lényegét és az egyéniség kialakulását. *Proca* a szív egyfázisú áramáról, *Aslan* egy általa a basedow-kóros szivelégtelenség kezdeti stadiumában észlelt tünetről számol be, amely abból áll, hogy

a bordaívnek máj-táji részét benyomva, a pajzsmirigy térfogata megnő. *Ciuca, Balteanu, Constantinesco* a macska kiütéses-typhus fertőzéséről számol be, mely a patkány ilyentermészetű megbetegedéséhez hasonló és igen sok esetben teljesen tünetmentesen zajlik le; *Danielopolu* angina pectoris esetét ismerteti, amely a *Iacobovici* által végzett sympathicus-ganglionektomia után teljesen gyógyult és 11 éve tünetmentes. *Danielopolu* és *Gingold* a benzol-származékok terminologiájáról, *Michail* a Harder-mirigybe oltott trachoma-virus által létrehozott elváltozásokról (tengeri-malac oltás), *Urechia, Manta* és *Bumbacesco* a Weltmann-féle reactio jelentőségéről értekeznek az idegrendszer megbetegedéseinek különböző eseteiben, kiemelve annak kórismézési értékét.

A fentvázolt előadás-sorozaton kivül helyi és administrativ jellegü anyag egészíti ki a „Bulletin" ezen, az elsőhöz hasonló gondossággal kiállított számát.

Boér László dr.

Urethrography. *Folke Kuntson.* (Acta Radiologica Supplementum XXVIII., Stockholm 1935. 150 oldal. Ára: 12 Svéd korona.)

A svédek nemzetközi röntgenközlönye sorozatosan adja ki az egyes specialis kérdéseket tárgyaló monographiákat. *F. Kuntson* a húgycső röntgendiagnostikáját foglalta össze 154 alaposan kivizsgált esete nyomán. Az urethrographia eddigi eredményei eléggé szerények, mert hiszen a húgycső a közvetlen vizsgálati eljárások számára könnyen hozzáférhető. A szerző a Stockholmi Mária kórházban *Ake Akerlund* osztályán, a húgycső relief diagnostikáját dolgozta ki és ezzel olyan módszert adott a kezünkbe, amely igen finom elváltozásokat is fel tud fedni, mert 6 különböző irányú felvétel segitségével a húgycső minden felszinét körkörösen szemlélhetővé teszi. A contrastanyag befecskendezését egyszerü segédeszközzel könnyitette meg. A normalis viszonyok alapos leirásán kivül, megkapjuk az egyes kóros elváltozások jellegzetes ismertetését. A klinikai tünetek szemmeltartása mellett foglalkozik az uretritis, a stricturák, a tuberculosis különböző eltéréseivel; a prostatitis, a prostata hypertrophia és atrophia, valamint a prostatarák röntgen képeivel és ezek elkülönitésével. Külön súlyt helyez arra, hogy a röntgensymptomatologia szempontjából tökéletes leirást nyujtson. — Az elsőrangúan előállitott könyvet több mint száz kép diszíti, köztük számos anatomiai ábra. A többnyelvü összefoglalás azok számára is megérthetővé teszi a munkát, akik az angol nyelvet nem birják.

Herman dr.

A Közkórházi Orvos-Társulat május 13-i ülése.

Bemutatások:

Virágh Gy.: *Insulin érzékenység két esete.* Két cukorbeteget mutat be, akiknek a kora délutáni órákban hypoglykaemiás rosszulléte volt. Ezen rosszulléteket a napi insulin és szénhydrátmennyiség elosztásával csak csökkenteni lehetett, de teljesen megszüntetni nem. Az insulinnal szemben fennálló nagyfokú érzékenységgel magyarázza.

Torday A.: Hypoglykaemia az insulin okozta hypoglykaemián kivül spontan is előfordulhat ideges állapotban, gyermekeknél pavor nocturnusban, asthmánál anatomiai alapnélkül. Mint hyperinsulinismus a Langerhans-szigetek állományából kiinduló adenómák és carcinomákban, azonfelül Addison kórban, májbántalmakban, hypopituitarismusban, is keletkezhet. *Wilde* hypophysis eredésüt közölt. Tünetileg két alakjában különböztetik meg: az egyiket a kevésbbé súlyos tünetek jellemzik, a másikban az idegrendszeriek vannak túlsúlyban. Utóbbiaknak magyarázására liquor-vizsgálatokat végeztek az insulinnal és anélkül kezelt állatok agyának cukortartalmát illetőleg, kielégitő eredmény nélkül. Az agyvizenyő felvétele — embereknél a gerincvelő csapolás alapján — sem bizonyult helytállónak. A hypoglykaemia iránti érzékenység is különböző: insulin érzékeny egyéneknél a vércukorérték a szőlőcukor alkalmazása és a tünetek javulása ellenére még sokáig alacsony maradhat. E tekintetben is van különbség a kisérletileg előállitott és az insulin érzékeny egyének hypoglykaemiája között. A hypoglykaemia, a vércukor nagyfokú gyors csökkenése a szénhydrat anyagcserezavar másodlagos tünete és utóbbi eredményezheti az idegrendszer-egyensúly súlyos zavarát is.

Almássy A:. *Tüdőrák után áttétel a hypophysisben diabetes insipidus tüneteivel.* A beteg diabetes insipidus tünetei között betegedett meg. Naponta átlag 30 litert vizelt. Ismételt kivizsgálás hypophysis tumort állapitott meg. 4 hónapon keresztül szervezetében újabb elváltozás nem volt kimutatható. 7 hónap után meghalt s a boncoláskor elsődleges hörgrákot találtak, mely a hypophysisben metastasist s ezáltal a hypophysis pusztulását okozta.

Hauber L.: *Súlyos térdizületi gümőkór mütéttel gyógyult esete.* 6 súlyos gümőkóros esetet mutat be, akik közül 4-nek 6—12 év óta fennálló sipolyok majd septicus állapot miatt amputatiót indicáltak. — Gerincvelőérzéstelenitésben elektrochirurgia útján térdizületi resectiót végezve, mindegyik beteget sikerült életben tartani: 3 hónap alatt a csontvégek összeforradtak, 4 hónapon belül a sipolyok eltüntek; valamennyi beteg meghizott. A 2 zárt folyamat esetén a seb primára gyógyult, a betegek tünet és panaszmentesek.

Előadások:

Szenteh I.: *A szülők súlyának és nagyságának befolyása az újszülött méreteire.* A Szent Rókus-kórház szülő- és nőbeteg osztályán 400 esetben végeztek pontos méréseket arra vonatkozólag, hogy a szülők nagysága és súlya befolyással van-e az újszülött méreteire. Vizsgálataiból az derült ki, hogy a szülők fejlettsége kifejezetten befolyással van az újszülötre olyképen, hogy a fiuk inkább az anya, a leányok inkább az apa testi sajátosságait öröklik. Az anya terhesség alatti bőségesebb táplálkozása mindkét nembeli újszülöttre egyformán oly hatással van, hogy nagyobb testsúllyal jön a világra. Ha alacsony növésü szülőknek feltünően nagy növésü a gyermeke, ennek okát néha meg lehet találni egy generatio átugrásával a nagyszülőkben.

Galcsik B.: *Kanyaróhoz társuló fülszövődmények.* A kanyaró egyéb szövődményei mögött nem maradnak el messze gyakoriság és súlyosság szempontjából a fül részéről fellépő complicatiók. A Szent László kórházban az utolsó hat év folyamán (1930—35) kezelt kanyarós betegek száma 2713 volt, akik közül 889-nek (32.7%) volt középfülgyulladása. Legenyhébb volt az 1934. év. 221 kanyarós beteg közül 37-nek volt otitise (16.7%), a legsúlyosabb az 1933. év, 470 beteg közül 194 otitissel (41.2%). Antrotomiára került 238 beteg (26.7%). Sinusthrombosis miatt 6 betegen történt v. jugul. interna lekötés. A beteg sinusfal 3 gyermeken spontan rupturált a nyugtalan gyerek erölködése, sirása, köhögése, folytán hirtelen keletkező vérnyomás fokozódása következtében. Sebgyógyulás tartama 1—2 hónap. Vitás kérdés, hogy súlyos pneumonias beteg esetében jo hatásu-e a mastoid. empyema azonnali kiiktatása. Kanyarós betegeikből 253 halt meg, (9.3%) ezek közül otitise is volt 239-nek. Otogen halál 15 volt összesen, ami az összes kanyarósok 0.55%-a, a fülbetegeknek 1.67%-a. Meningitisben 5 betegüket vesztették el, meningitis és abscessusban 1 halt meg, sepsisben 6. Gyógyult meningitis esetük 1 volt. Mütétre nem került 3 érdekes esetükben a sectio a sinus sigmoideus thrombosisa által okozott emboliát talált az art. pulmonalis főágában.

A Magyar Phonetikai Társaság április 29-i ülése.

Lénárt Z. elnök: Üdvözli *Branko van Dantzig* úrnőt, ki az elnökség meghivására tart előadást. Rámutat arra, hogy előadó Hollandiában úttörő munkásságot fejtett ki a logopaedia terén és ezzel nevét világszerte ismertté és becsültté tette.

Branko van Dantzig (Rotterdam): *Egy psychophysikai beszédfeladat.* Ha a beszédhangokat magán- és mássalhangzókra akarjuk felosztani, eltekintve attól, hogy a megkülönböztetést milyen alapon végezzük, kivételekre akadunk. Két hangzót találunk alkalmasnak az összehasonlitásra, melyek csoportjukban is kivételt képeznek.

1. a mássalhangzó m, mivel a képzése kizárólag hangsúllyal történik;

2. az orrhangzó szintelen magánhangzó, melyet a magánhangzók szabályaitól eltérve zárt ajakkal képezünk.

Összehasonlitásképpen előadó részletezte a két hangzót légzési és hangfunctiót illetőleg. Ami a hangfunctiót illeti, az m tekintet nélkül magánhangzó jellegére nem mint magánhangzó szerepel, mert az a tény, hogy egy magánhangzót tetszésszerint erős belégzéssel, vagy kemény hangvétellel kezdhetünk, vagy befejezhetünk, teljesen hiányzik az m-nél, melynél csak a puha hangvétel és befejezés van meg.

Nemcsak elméletileg, hanem az oscillogrammokból is kitünt, hogy a mássalhangzó m és a szintelen orrhangi magánhangzó kb. ugyanazon élettani müködésnél keletkeznek. Hogy ezeket kimondva nem cseréljük fel, a beszédben előforduló psychikai tényezők számlájára irandó. Az előadó végül rámutat a physiologiai és psychologiai különbségekre.

Lénárt Z.: A Társaság nevében hálás köszönetet mond előadónak igen érdekes és értékes előadásáért.

Szamosi L.: *A hangpaedagogia gyakorlata.* A hangpaedagogia többé-kevésbbé minden az ú. n. egészséges hangban is meglévő coordinatiós zavarnak rendezése. A hangpaedagogia müvelése általános physiologiai ismeretet, zenei készültséget, mély lélektani orientatiót és specialis hallást tételez fel, melyet a bécsi iskola „functionelles Hören"-nek nevezett el.

A hangtudomány sokat kutatott kérdése, hogy lehet-e egy methodust construálni, mely minden müködési zavar gyógyitására alkalmas; fölösleges, mert a helyes hangadási készség bizonyos fokig minden emberi testben adva van. A physiologiás viszonyok mellett fennálló coordinatiós zavarok tehát psychés gátlások.

E gátlások gyökerei a hangszervek és nemiszervek organikus-psychikus összefüggéseiből adódnak. Gyógyitásuk tehát a hangadás előkészitő psychikus mozdulatok rendezése útján történhetik, a fölösleges beidegzési ingerek kiküszöbölésével. Tehát nem az tudatositandó, hogy hogyan kell hangot adni, hanem, hogy a hangadáskor mit nem szabad csinálni. A képzés ideje alatt nem a hang szépségére, hanem az absolut lazaságra kell törekednünk, mert ebben a lazulási folyamatban elérünk egy pontot, hol mint fogaskerék a fogaskerékbe a távoli szervek egy magasabb egységbe illeszkednek és a legjobb összejátszást hozzák létre.

Kalmár B.: véleménye az előadóéval mindenben megegyezik.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete ápr. 29-i ülése.

Herman J.: *Vesetumor esete.* 23 éves beteg pyelogrammját mutatja be, akinek félév óta több izben volt haematuriája, görcse és hőemelekedése. A vizeletben kevés geny, vér és némi bakterium-flora volt kimutatható (Koch:negativ.). A jobboldali vese kiválasztása csökkent. A röntgenfelvétel kóárnyékot nem mutatott. A pyelographia a jobb vesemedence alsó falán mogyorónyi egyenetlen szélü árnyékkiesést derített ki, mig az alsó polus kélyhei nem telödtek. Mütétkor az alsó polust kitöltő hypernephroma miatt a vesét eltávolitják. Az eset azért tanulságos, mert a pyelographia csak ritkán mutatja meg a vesemedencébe áttörő daganatot oly határozottsággal, mint ebben a betegben.

Mészöly P.: *A börre alkalmazott nagy atomszámú anyagok befolyása a tüdő röntgenképére.* Az OTI igazgatósága megbizásából vizsgálatokat végzett annak eldöntésére, hogy a börre alkalmazott fémsók mennyire befolyásolhatják a tüdő röntgenképét és igy a vizsgálat eredményét. Kisérleteket végzett higany-, ólom-, bismuth-, jód- és cinksókkal és ezeket az anyagokat vaselines kenöcs alakjában kente fel a börre. Az elkent kenöcs csúcshomályt, subclavicularis és hiluskörüli infiltratiók képét utánozta, sőt megfelelő elhelyezéssel lebenyes beszüródések és egyes gócok képét kelthette. Ha a beteg terület közepét szabadon hagyta, akkor a környezet sötétebbé tétele folytán a normalis tüdőszövet áteresztöbbnek látszik és lapos cavumokhoz igen hasonló képet mutatott. A gyengén világitott röntgen-helységben Ily módon a beteg az orvost megtéveszthetí, aminek elkerülése céljából ajánlatos a beteget vizsgálat előtt szemügyre venni, átvilágitáskor pedig megforgatni, mikor is könnyen felismerhető, hogy az árnyék a börön van.

Császár E.: *A röntgendosismérés újabb haladása.* Ismerteti az általa szerkesztett röntgenergometerrel végzett dosismérést elsősorban vízben és levegőben. *Christen* nyomán másodpercdosis alatt érti a testnek egy ccm részében egy mp alatt elnyelt sugárzóenergiát. Ennek ismerete végett meg kell mérni a sugárzás erősségét, vagyis az 1 cm² területre merőlegesen egy mp alatt beeső sugárzó energiát és a valódi elnyelődési együtthatót. A kettő szorzata megadja a dosist az előbbi értelemben. Ilymódon megkaphatjuk az újabb Behnken-féle dosist, mely jelenti a testnek egy grammnyi részében egy másodperc alatt elnyelt sugárzó energiát. Ugyanis ennek kiszámitása végett az előbbi dosist osztani kell a test sürüségével. Előnye, hogy független a nyomástól és hőmérséklettől.

Egynemü sugárzás esetében az ergometerrel úgy határozzuk meg a dosist, hogy a beeső sugárzás erősségének meghatározása után alkalmas vastagságú vízszürővel a gyengülés együtthatóját állapitjuk meg. Ezután a táblázatból kikeressük a hullámhosszúságot és a valódi elnyelési együtthatót. Ilyen módon a dosist röntgenhektoerg/perc-ben számítjuk ki. A levegőbeli dosist könnyen átszámíthatjuk „r" egységre is, ugyanis egy „r" megfelel 0.107 ergnek.

Összetett sugárzás esetében ugyancsak megmérjük az ergometerrel a sugárzás erősségét, majd alkalmas vízszürővel a közepes gyengülési együtthatót, mely együttal a közepes hullámhosszúságot és közepes valódi elnyelési együtthatót is megadja. Ennek felhasználásával a dosist a vízben és levegőben az előbbi módon határozzunk meg.

A számítást természetesen egyik esetben sem kell elvégezni s csupán két számot olvasunk le e mérőmüszeren: egyik a beeső, másik a vízszürö által meggyengitett sugárzásnak felel meg. E két szám segitségével táblázatokból ki lehet olvasni: 1. a sugárzás erősségét, 2. a dosist röntgenhektorerg/perc-ben vízben és levegőben, 3. a dosist r/perc-ben levegőben, 4. A közepes hullámhosszúságot, 5. a felezőréteg vastagságát, 6. a sugárzás egyneműségét (homogenitását). Végül hangsúlyozza, hogy az ergometerrel r/perc egységben mért dosisok nagyon jól megegyeznek a nagyionos kamarával mért dosisokkal.

Hatscher K.: *Új dosisszámító táblázat a therapiás besugárzásokhoz.* Dosisszámító táblázatát mutatja be, mely grafikonok segitségével a logarléchez hasonló elvek alapján egyszerü módon mutatja a röntgentherapia különböző physikai és dosimetriai factorait.

A Magyar Röntgentársaság április 2-i ülése.

Előadások:

Gergely J.: *Haematogen tuberculotikus kórformák.* Gyakrabban találkozunk ezekkel a kórformákkal, mint azelőtt. A heveny általános miliaris tuberculosishoz közelálló alakok közül többet derit ki a rendszeres röntgenfelvétel. Ezek egy része úgyszólván teljes resorptióval gyógyul, alig észrevehető maradványai nem is sejtetik a lezajlott kórkép súlyosságát. Máskor finomabb-durvább hegek maradnak utána, utóbbiak ott, hol beszüródés is volt a kis gócok közt. ismét más esetek chronikussá válnak, mikor a markáns contourú kisgócos szóródás képe évekig változatlan marad. Idültté váló miliaris formákban a röntgen is mutatja később a kis vérkör megterhelésének a jelét, a jobb szív tágulását. A még activ kisgócos formákban a terjedés burjánzás, beszüródés és beolvadás formájában történik. A már tünetmentessé vált első szóródás után új kisgócos szóródás támadhat a még puha hiluscsomókból vagy ellágyult extrapulmonalis gócokból, de fellángolhat a folyamat beszüródés formájában is (Haematogen Nachschubinfiltrat). A régi haematogen szóródás discret jelei különitik el ezeket a korai beszüródésektől. Az utóbeszüródés egyik formája az ú. n. kerek árnyék képében jelentkezik. Ezek a kerek árnyékképletek felszivódhatnak, eredeti alakjukban hegesedhetnek és caverna is képződhet belölük. A jellegzetes vékonyfalú, kerek, ép szövetben ülö „lyukasztott" (ausgestanzt) cavernák nyilván az ilyen kerek, gyorsan képződő beszüródések széteséséből származnak. Sokszor azonban a gyakori röntgenezés sem tud ilyen előzményt kimutatni, gyorsan jelennek meg a cavernák, de gyorsan is tünnek el. A késői maradandóbb beszüródések és vastagfalú cavernák nem is ezek helyén szoktak képződni. Jellegzetesek azok a képek, mikor kisebb-nagyobb haematogen gócszóródás után az egyik tüdöcsúcsban maradandó beszüródés támad, ennek ellágyuló közepe bronchogen tovaterjedést eredményez. Addigra azonban a haematogen szóródás nyomai már rendszerint elmosódnak. Régi haematogen szóródások alapján később atipusos tüdöelváltozások támadnak. Az első haematogen szóródások discret tüdöcsúcs- és pleurajelenségeit kellőképpen kell értékelni. mert késői fellángolásoknak lehetnek alapjai életmódi ártalom, trauma stb. után, azonkivül más szervek rejtett gümökórjára hivják fel a figyelmet.

Puder S.: *Az atelektasiák pathologiájáról.* Az utóbbi évek kórbonctani és röntgenpathologiai munkássága révén az atelektasiákról szóló tudásunk lényegesen gyarapodott. Könnyebben ismerjük már fel az atelektasiák változatos mechanismusát, létrejövetelének az infarctusokhoz hasonló módját, az atelektasiás tömörülést; a mellkasür nyomási viszonyainak változásával járó müködési- és helyzetváltozások, valamint általában véve a physiopathologiai viszonyok pontos megfigyelése atelektasiákban megkönnyitette felismerését és egy egész sor eddig nem helyesen értelmezett elváltozásra derített fényt. All ez különösen a gümökórhoz, a bronchiektasiához és a tüdödaganathoz társuló elváltozások kapcsolatára. Tüdöbeli árnyékok röntgendiagnostikai értékelésekor gondolni kell az atelektasiás származás lehetőségére is.

Polgár E.: Bemutatott esetében haemoptoës betegen egyik napról a másikra jelentkezett a nagy atelektasiás árnyék, mely aztán rövidesen el is tünt. A postoperative elég gyakori atelektasiákkal foglalkozik; igen gyorsan jelentkeznek, néha ½ óra alatt s igen gyorsan el is tünhetnek.

Május 4-i ülés.

Engel S.: *A VI. nyakcsigolya sportsérülése.* A nyaki csigolyák sportoláskor 3 irányból sérülhetnek: 1. verticalis irányban ható trauma (koponyatetőre esés nyujtóról) compressiós fracturát okoz, rendesen az I.—II. csigolya magasságában, esetleg luxatiót is. 2. torsiós trauma: a fej hirtelen oldalirányú elforgatása következtében. 3. sagittalis vagy oldalirányból bekövetkezett hirtelen nagyfokú behatás. Bemutatott eset ez utolsó csoportba tartozik: 15 éves, igen izmos fiatalember az iskolai tornaórán egy társával együtt „szalagbukfencet" vetett. Közben fölötte lévő társa rázuhant. A beteg állára esett és nagy fájdalma miatt a tornát azonnal abbahagyta. 1 órával a trauma után saját lábán jelenik meg röntgenre. A nyak alsó része duzzadt, merev fejtartás, jobb kéz IV. és V. ujja zsibbadt. Röntgen: a VI. nyaki csigolya teste teljesen le van törve és előre luxált. Az V. nyaki csigolya testének elülső, alsó peremében egy kis darabka szintén letörött és előrecsúszott. Tekintettel arra, hogy bénulás nincs, komolyabb gerincvelői sérülés nincs, a jobb ulnaris paraesthesiája valószinüleg csak haematoma következménye. Azonnali kórházba szállítás után extensiós gipszkötés, A repositio nem tökéletes, de a beteg jól van.

Fillenz K.: *Prostatakövek.* A prostataköves megbetegedések klinikai tüneteit és vizsgálási módját referálja. Kimutatásuk a röntgenfelvételek fontosságát domboritja ki. A prostatakövek röntgennel mindig kimutathatók. A positiv kőlelet azonban csak akkor értékesithető, ha az ugyanakkor elvégzett cystoskopos és egyéb vizsgálati módszerekkel kizárható, hogy ezen kőárnyékokat nem a hólyagban, illetve urethrában fekvő kövek okozzák, vagy ha az ott lévő kövek a prostatában levőktől biztosan elkülönithetők. 4 eset röntgenfelvételeit vetiti. Közülük egy 50 éves férfin mütéttel el is távolitotta a köveket. A betegnek ½ év óta gyakori vizelési ingerei, fájdalmas coitusa, véres ejaculatiója van. Prostatavizsgálatkor a prostatában sok kemény göb tapintható. A röntgenfelvétel igen sok követ mutat mindkét lebenyben. A gát felől feltárta a prostata mindkét lebenyét és belőlük igen sok rizsszemnyi-mogyorónyi követ távolitott el; ezeket be is mutatja. A beteg a mütét óta panaszmentes.

Révész V.: Néhány kifejezettebb prostataköképződés esetét mutatja be.

Haas L. és Fillenz K.: *Prostatahypertrophia szokatlan röntgenképe.* A röntgenvizsgálat feladata nem annyira a prostata nagyságának, mint inkább a prostata s a hólyag kölcsönös viszonyának megállapitása. Ezen célt leginkább a contrastfolyadékkal végzett cystographia szolgálja, mely esetleg levegő töltéssel egészithető ki. A hólyagon látható elváltozások hypertrophiában vagy directek, vagy indirectek. Közvetlen elváltozás a beboltosulás, mellyel a prostata benyomja a hólyag falát és a lument beszükiti. A bedomborodás a hólyag alsó polusa felől irányul felfelé. Másodlagos következményes elváltozások a hólyag alaki és nagyságbeli eltérései, a hólyagfal elváltozásai (túlfejlett trabeculák, gyakori diverticulum képződés) a retentiós viszonyok is megfigyelhetők. Ezen elváltozások különböző fokait és megjelenési formáit mutatják be röntgenképekben.

További két esetben szokatlan, eddig nem látott röntgenleletet észleltek. A hólyag közepén contrastfolyadékkal nagyobb, kerekded, éles szélü árnyékkiesést, illetőleg levegőtöltéskor árnyékot lehet látni, mely nem közeliti meg a hólyag alsó polusát. A kép még leginkább nagyobb, nem mésztartalmú hólyagkőnek felel meg. Differentialdiagnostikailag még jóindulatú tumor is szóba jöhet, mely bedomborodik a hólyaglumenbe. A gondos cystoskopiás és egyéb klinikai vizsgálat kideritette, hogy sem kő, sem tumor nincs jelen, csak bedomborodó nagy prostata. A szokatlan lelet leginkább úgy magyarázható, hogy a nagy prostata középső lebenye nagyobb göböt alkotva aránytalanul megnövekedett s magasan, középen nyomódott be a hólyagba, megközelitve az elülső hólyagfalat is, úgy hogy a contrastfolyadék, illetve levegő körkörösen veszi körül.

Schiffer E.: A röntgenkép szokatlan. A centralis árnyék még leginkább a hólyag hátsó faláról bedomborodó jóindulatú, esetleg polyposus tumornak felelne meg radiologice.

Haas L.: A diagnosist a klinikai vizsgálat döntötte el. A gondos cystoskopiás vizsgálatok kizárták polyposus, vagy más fali elváltozások jelenlétét. A prostata röntgenvizsgálata meg nem érdemelten elhanyagolt ága a röntgendiagnostikának.

Gondos B.: *Köképződés a vesecsatornákban, igen nagy medence esetében.* Hatalmas korallkő mellett a köképződés belenyúlik a vese állományába is, a vesecsatornácskák helyének és elrendeződésének megfelelően. Emlékeztet arra a pyelographiás képre, melyen a tubulusok telődésének megfelelő reflex is látható. Az igen nagy mértékü köképző hajlandóságnak, mint általában a veseköképződésnek okai még nem eléggé tisztázottak. A bemutatott esetben három tényező bizonyára szerepel: 1. fertőzött phosphatkő volt, melynek általában nagy a növekedési hajlandósága; 2. a vizeletelválasztás nem szünt meg, minthogy a kő nem zárta el teljesen az utat; 3. chronikus pyonephrosis folytán a medence és kelyhek fala megvastagodott, ellenállóbb lett. A pangó vizelet nyomása a kevésbbé ellenálló veseállomány (tubulusok) felé érvényesült.

Schiffer E.: Fel kell tételezni, hogy a tubulusok bemenetének veleszületett nyitottsága is jelen volt.

Vidor J.: *Ujszülött kiterjedtebb fejlődési rendellenessége a gerincoszlopon és a csontos thoraxon.* Ujszülöttek kiterjedtebb fejlődési rendellenességeit inkább csak kórboncnokok látják, mert újszülöttek nem igen élik túl. Jelen esetben az ujszülött nagy lágyékrészhiánnyal születik a lumbosacralis tájon. A szülés után 48 órával végzett röntgenvizsgálatkor a következőket találjuk: A dorsalis csigolyák közül egyes csigolyák csontmagvai deformáltak, symmetriásan és asymmetriásan kettéosztottak. A lumbosacralis segmentum csontmagvai annyira rendezetlenek, hogy tájékozódni alig lehet. A csontos thoraxon jobboldalt 3 borda teljesen hiányzik, a többi részben synostotisált, részben deformált. Az újszülött a lágyrészplastikai mütétet nem birta ki és kilencedik napra exitált. Ismerteti az irodalom adatait a fejlődési rendellenességek létrejöttére vonatkozólag, köztük *Sereghy* „pillangócsigolya" alakját és hangsúlyozza a kérdés gyakorlati fontosságát is, amennyiben a congenitalis fejlődési rendellenességek szerzett elváltozásokkal téveszthetők össze.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának március 9-i ülése.

Kellner B.: *Aneurysma aortae áttörése az arteria pulmonalisba.* Előzőleg panaszmentes 53 éves férfi hirtelenül rosszul lett és stenokardiás panaszok mellett súlyos dyspnoe fejlődött ki, arythmia perpetua, tüdőoedema és elsősorban a pulmonalis felett fúvó systolés zörej állapittatott meg nála. Két hét mulva exitus. A boncolás alkalmával a felhágó ágon diffus aneurisma volt, melyből másodlagos zsákszerü kiboltosulások indultak ki. Ezek közül a legnagyobb, a bal sinus Valsalvaenek megfelelően ülő zsák egy helyütt áttört a pulmonalisba. A rés fölött fali thrombus képződött a tüdővivőéren. A szöveti kép és a Wa.-r. positiv eredménye e folyamat lueses voltát bizonyitják. A súlyos panaszok a perforatio időpontjában jelentkeztek. A sajátos zörejt a vérnek az aortából a tüdővivőérbe átömlése okozta.

Melczer M.: *Mal de Meleda esete.* 14 éves fiubetegben, a baj a 4. életévben vette kezdetét. A nyomásnak, ruhadörzsölésnek kitett bőrrészeken eleinte éles határú, vörös felhámmegvastagodások, majd szarutültengés is jelentkezett. Jelenleg majdnem symmetriásan, a tenyéren, a talpon, a lábhátakon, a lágszárak hajlító és feszítő oldalán, a térd- és könyöktájékban, továbbá a bal kulcscsont alatti tájékban részben hyperaemiás szegéllyel övezett, éles határú, helyenkint berepedezett, nagyobb lemezekben hámló, hyperkeratotikus mezők láthatók. Egyes helyeken csupán csak vörös felhámtültengés vehető ki. Noha a baj a beteg ma élő családtagjain nem volt kimutatható, kétségtelen, hogy az a keratodermiák recessiv módon visszaütő ama csoportjához tartozik, melyet, mivel a dalmáciai Meleda szigetén nagyobb számban észleltek, mal de Meleda-nak nevezünk. Esetében szövettanilag a felhám valamennyi rétegének s a szarunak tültengése jellemezte a bajt.

Scipiades E.: *Frommolt és Reénecke filmje a megtermékenyitésről és barázdálódásról házinyul petéjén.* (Mozgókép).

A bemutatásra került filmet *Frommolt* és *Reénecke* berlini gynekologusok tanitási célokra készitették Koncek kynematographiai segéd támogatása mellett házinyulpetéről, a Hartmann-féle majompete példája alapján. Megértéséhez emlékeztetni kell arra, hogy mikor az érett pete termékenyitésre készen a tüszőből kiszabadul, sejthártyáján kivül a gra-

nulosasejteknek egy sugarasan elhelyezkedő csoportját, az u. n. corona radiata-t viseli magán, mely sejteknek csőszerű nyulványai át is furják a sejthártyát, hogy azon át táplálékot juttassanak a sejtbe. Míg ezen sejtek a petén rajta vannak, ostromolják meg a fonál alakú him ivarsejtek a petét, hogy aztán megtermékenyüljenek. Eddig azt hittük, hogy e sejtek e műveletkor csak farkuknak ostorszerű csapkodásával haldnak, ezen film óta ellenben — legalábbis házinyulnál — úgy látszik, hogy a mozgásban őket feji részüknek ingaszerű mozgása is támogatja. Tudjuk azt is, hogy a pete vándorlása közben a kürtben róla a corona lekopik és helyette a petesejt hártyáján kivül egy fehérjegyürü képződik, mely azonban már nemcsak táplálékanyag tartalékot képvisel rajta a beágyazódásig, hanem védő páncélt is, a spermatozoák további behatolása ellen.

Minthogy pedig ez a fehérjegyürü a petén már néhány órával kiszabadulása után megtalálható, ebből vonták le azt a következtetést, hogy a pete kiszabadulása után csak néhány órán át termékenyíthető. Mikor egy him fonálsejt befurakodik a petébe, a pete megmered. E meredtség azután csak lassan enged fel, hogy annál intensivebb mozgásnak adjon helyet, mely mozgás a morula stadiumig mindig emelkedik s abban legfeljebb az egyes segmentatiók hoznak olykor némi meglassulást.

Hogy mi a motorja ennek a mozgásnak, továbbá, hogy mi okozza a sejtoszlásokat s mi teszi azt is, hogy azok eleinte synchronikusan, később ellenben asynchronikusan történnek, nem tudjuk. Épp úgy nem tudjuk azt sem, hogy mi történik a maggal, ha lehet is sejteni, hogy a sejt központjában eddig szintén ismeretlen magmozgások történnek. Az élet keletkezésének titkába ennyi belátás is azonban már az ö nagyszerűségével bámulatba ejt bennünket, de szemlélteti azt is, hogy mi mindent kellene még tanulnunk és tudnunk, hogy a mindezeket kormányzó erők magasságának csak közelébe is feljuthassunk.

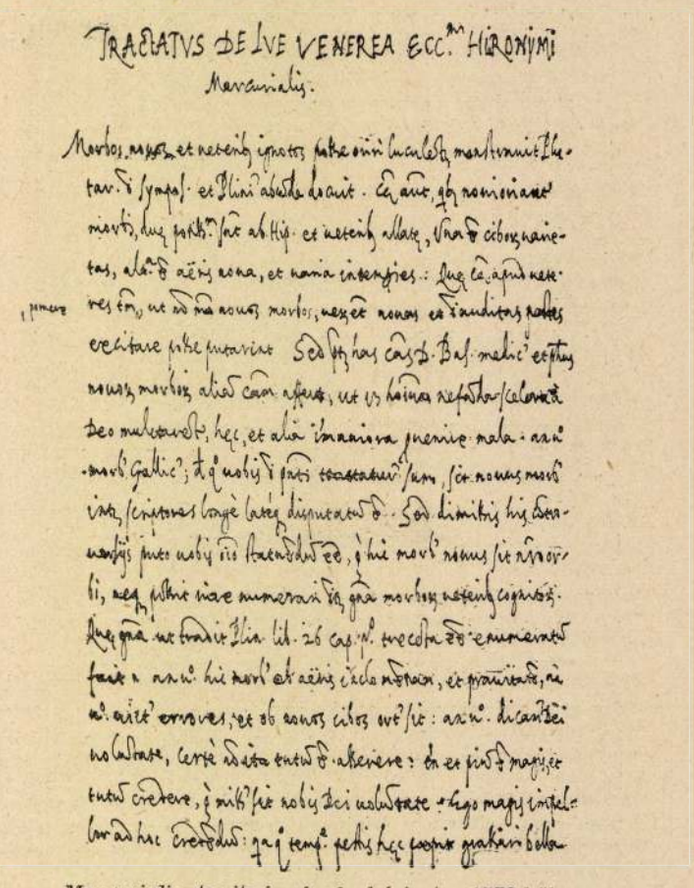
Éppen ezen tanulságokért tartotta szükségesnek ezen filmet az orvosegyesület tagjainak bemutatni.

Néhány XVI. századbeli syphilis-kézirat a budapesti Bőr- és Nemikórtani klinika könyv- és kéziratkincseiből.*

Irta: *vitéz Herczeg Árpád dr.*, egyet. magántanár.

A budapesti bőr- és nemikórtani klinika könyvtárában többek között 3 latinnyelvű kéziratot őriznek, amelyeket a XVI. században *Mercurialis*[1], *Capivacceus*[2] és *Paternus*[3] tanitványai jegyeztek fel mestereiknek a syphilisről tartott egyetemi előadásairól. Miután a nevezett szerzőknek erre vonatkozó nézetei teljesen ismeretlenek, az alábbi ismertetés talán nem haszontalan.

Capivacceus előadásaiban nem szólt a syphilis eredetéről, *Mercurialis* és *Paternus* ellenben új betegségnek tartják azt. Ennek bizonyitására *Mercurialis* Plutarchosra és Pliniusra hivatkozik, akik lehetségesnek tartják új betegségek létrejöttét. *Mercurialis* szerint új betegségek keletkezésének két oka van, az egyik a táplálkozásban, a másik a levegő összetételében keresendő. Ezen két okon kivül *Basilius Valentinus* szerint Isten is új betegségeket küld a bűnös emberiség megbüntetésére. *Mercurialis* is e nézethez csatlakozik, mert a syphilis jelentkezésének idejében tényleg háborúskodtak az emberek: „eo tempore Deus debuerit esse iratus generi humano". Ex juvantibus is következik, hogy a syphilis új betegség, mert gyógyitásához új gyógyszerek szükségesek.


TRACTATVS DE LVE VENEREA ECC.^MI HIERONYMI Mercurialis.

Mercurialis tanitványának kézirata 1572-ből.

E betegség eredetével *Paternus* részletesen foglalkozik előadásaiban. Szerinte a syphilis VIII. Károly francia király olaszországi hadjárata idejében terjedt el, illetőleg merült fel: „tunc primum morbum hunc vulgari et, ut ita dicam, apparere coepisse". Noha *Sebastianus Aquila* a syphilist azonosnak tartja a görög szerzők által elephasnak nevezett betegséggel (azaz a mai leprával), mások pedig az Avicenna-féle ignis persicának gondolták, *Leonicenus*, *Fracastorius* és *Manardus* mégis új betegségként fogták fel. A nézetek megoszlottak arra vonatkozólag, hogy hogyan került ez a betegség Európába. Egyesek azt gondolták, hogy Amerikából hurcolták be Spanyolországba és innen Olaszországba, mások véleménye szerint magában Spanyolországban keletkezett. Ezen felfogás szerint egy elephantiasisban szenvedő katona megfertőzött egy kéjnőt, akivel közösült (militis cum nobili scorta concubitu, qui ab ea noctem emit), ez azonban nem elephantiasisban betegedett meg, hanem syphilisben (ex eo vero concubitu mulier infecta fuit non eodem, quo laborabat ille morbo, sed hoc qui nobis est propositus). Ehhez a véleményhez csatlakozik *Paternus* is, *Fracastorius*-szal és *Manardus*-szal szemben; *Paternus* mindenesetre ragadósnak tartja ezt a betegséget: „ut quotidie experimur."

Mercurialis előadásában felsorolja a syphilisnek akkoriban használatos neveit: morbus Gallicus, lues Gallica, lues Neapolitana, lues Hispanica, lues Indica, lues Venerea, a franciák által használt lues Italica, a *Fracastor* által először használt syphilis, továbbá a pudendagra elnevezést. Noha az emberek minden betegsége, még az

---

* A IX. Nemzetközi Dermatologiai Congressuson, Budapest, 1935. szeptember hó 16-án francia nyelven tartott előadás.

[1] Tractatus de lue venerae eccellentissimi Hieronymi Mercurialis. Folio 65 oldal. A végén: Incoepit hunc tractatum die 24 aprilis 1572. absolvit autem die 10-ma maii euisdem anni. — *Mercurialis* Jeromos (1530—1606) Páduában, Bolognában és Pisában volt egyetemi tanár. Kiváló orvos, humanista és philologus. Ő irta az első börgyógyászati kézikönyvet (1572); a gyermekbetegségekről és a tornáról irt munkája is classikus. *Hippokrates* műveit latin nyelvre forditotta.

[2] De lue venerae eccellentissimi Hieronymi *Capivacei* lectiones habitae anno salutis nostrae MDLXXXV mense maii. Folio. 72 oldal. — *Capivacceus* Jeromos (?—1589) a páduai egyetem orvostanára volt.

[3] Excellentissimi Domini Bernardini *Paterni* solodiensis, lectiones de morbo Gallico. Folio. 105 oldal. — *Paternus* Bernát (?—1592) egyetemi orvostanár Pisában, Mont-Realban, Páviában és Paduában.

epilepsia és a pestis is előfordul az állatoknál, a syphilis kivételt képez, mert az állatoknál nem fordul elő, ami szintén amellett szól, hogy „is (t. i. ez a betegség) sit nobis solis emissus a Deo".

Mercurialis szerint a syphilis elsősorban az emberi testben lévő spiritus naturalis megbetegedése; ebben van a betegség „sedes"-e. És miután a spiritus naturalis az egész testben előfordul, a syphilis tünetei is mindenütt jelentkezhetnek; miután azonban a spiritus naturalis főleg a nemiszervekben, a májban és a szájban fordul elő, syphilisben is főleg ezek a testrészek betegszenek meg. Ennek bizonyitására *Mercurialis* megcáfolja az ellenkező véleményeket. *Capivacceus* szerint a syphilis székhelye a máj.

Mercurialis és *Capivacceus* előadásaikban a syphilis fertőzési módjával is foglalkoztak. Érdekes nézeteltérés van erre vonatkozólag köztük. *Mercurialis* megkülönböztet közvetlen és közvetett fertőzést; a közvetett fertőzés a syphilisnél nem jöhet szóba, mert különben minden nap számtalan ember fertőződnék meg syphilisszel; ez jó tulajdonsága a syphilisnek. *Fracastorius* azt gondolta, hogy a syphilis a levegő révén is terjedhet. *Mercurialis* cáfolja ezt a véleményt; azt mondja, hogy ha ez lehetséges volna, akkor az orvosok olykor megfertőződnének a syphilises szájelváltozások kezelése közben. Ez azonban nem fordul elő, noha *Aristoteles* azt állitotta a phthisisről, hogy az ebben szenvedő emberek a belélekzett és kilélekzett levegővel megfertőzik környezetüket. *Mercurialis* szerint a közvetlen fertőzés oka: a közösülés, a csókolózás, a szopás, továbbá az örökölt fertőzés és az apai fertőzés: „sub nomine contactus me intelligere coitum, oscula, suctionem lactis, nec non dispositionem haereditariam et paternam". Az ophthalmiában és a phthisisben lehetséges a levegő révén a fertőzés, de a syphilisben nem, mert ebben a *spiritus naturalis* beteg, amely sűrűbb és kevésbbé mozgékony és ennek következtében nem távozik kifelé, ophthalmiában ellenben a *spiritus animalis* beteg és ez megmérgezi a levegőt, ép úgy, mint phthisisben a kilehelt levegővel a *spiritus vitalis* messze eljuthat és megfertőzheti a levegőt és más testeket. *Mercurialis* szerint a ruházat révén nem történhetik syphilises fertőzés.

Capivacceus megkülönböztet intrauterin és extrauterin fertőzést. Az anyaméhen belül véleménye szerint két lehetőség van: 1. u. n. apai fertőzés, azaz a magzatnak megfertőzése az apai ondó révén; ez főleg akkor fordul elő, ha a szülők „galliai" gonorrhoeában (syphilises gonorrhoeában) szenvednek; (quum parentes sunt affecti gonorrea Gallica); 2. Ex alimento történő fertőzés, ami alatt *Capivacceus* az ú. n. anyai fertőzést érti, midőn a magzatot az anyaméhben az anya vére fertőzi meg. Az extrauterin fertőzés történhetik: 1. „per concubitum" vagy 2. más úton (vel contra), leginkább közösülés révén. A közösüléskor oly módon jut a syphilis a szervezetbe, hogy a porusok megnyilnak, a nemiszervek felhevülnek, a syphilis párává válik és a porusokon keresztül a testbe jut (pori aperiuntur, partes incalescunt et facile illa lues vertitur in vaporem, qui petit et ingreditur corporis partes). A csecsemő a tejjel szivhatja magába a syphilist, ha a dajka meg van fertőzve, de egyszerű érintkezéssel is történhetik fertőzés; pl. ha a csecsemő syphilises és egészséges dajka tejét szopja, akkor a dajka ezen egyszerű érintkezés révén megfertőződhetik. A fertőzés csókolózással is történhetik és akkor is, ha valaki mással együtt egy ágyban alszik, pl. két nő egy ágyban. Fertőzött fehérneművel is terjedhet a syphilis, ha syphilises ember veritéke, vagy genyje szennyezte meg a fehérnemüt.

Ilyen módon *Mercurialis* tagadja a közvetlen fertőzés lehetőségét, ellenben *Capivacceus* azt lehetségesnek tartja.

Mercurialis szerint azonban nem mindenki egyformán fogékony a syphilisszel szemben; akik edzettebbek, akik hűvösebb természetűek, így a halászok és a parasztok, kevésbbé betegednek meg; *Mercurialis* hallotta, hogy a török nők nehezebben kapják meg a syphilist, még akkor is, ha megfertőzött foglyokkal állandóan érintkeznek.

Mercurialis azt gondolja, hogy a syphilis néha évekig lappanghat, úgy mint azt akkoriban a veszettségről gondolták, míg azután végre mégis kitör.

Az is előfordulhat, hogy valaki egyszeri nemi érintkezéstől syphilist kap, míg más valaki többszöri érintkezés után sem fertőződik meg. Ennek több oka van; az egyik a dispositio, a másik a hanyagság (incuria et negligentia); aki ugyanis a nemi érintkezés után megmosakszik, az nehezebben kapja meg a syphilist és viszont. Azok, akiknél a közösülés hosszabb ideig tart (quicunque diutius morantur), akik közben nagyon felhevülnek (valde incalescunt), hamarabb kapnak syphilist és viszont. Azok, akik érzékibbek és hevesebbek (magis ardent in libidine, qui magno impetu feruntur), hamarabb fertőződnek meg; ezért betegszenek meg inkább a fiatalok; hasonló a helyzet azoknál, akik „raro Venere utuntur", mert ezek „magno impetu feruntur", ami gyakran a szerzetesekkel történik meg: „quod contingit Monachis saepe". Míg az olyanok, akik hűvösebb természetűek a szerelemben, még ha gyakrabban is „utuntur Venere", később kapják meg a syphilist, mert nemiszerveik nem hevülnek fel és kevés spiritus áramlik azokba; *Mercurialis* ismert valakit, aki minden nap, még pedig fertőzött nőszemélyekkel érintkezett és mégsem kapott syphilist.

Nehezen hihető, de nem egészen hihetetlen, hogy valaki, aki nincs megfertőzve, mást mégis megfertőzhet. Ennek magyarázata az, hogy a syphilis hosszú ideig a spiritus naturalisban rejtőzhetik, úgy mint a veszettségnél, amiről már szóltunk. *Avicenna* is említ egy leányt, akit méreggel tápláltak „nutria veneno", anélkül, hogy ez megártott volna neki és másokat, akikkel nemileg érintkezett, mégis megmérgezett (cum quibus veneream habebat consuetudinem, venenabat). Hasonló a helyzet, mint pestis-járvány idején, amikor egészséges kutyák és macskák terjeszthetik a fertőzést. „Láthatják tehát, mondta *Mercurialis,* hogy olyan nőszemély, aki fertőzött egyénekkel érintkezett, közösülés révén másokat megfertőzhet, anélkül, hogy ő maga beteg volna".

Mercurialis hallgatói előtt felveti a kérdést „van-e olyan tájék, ahol ez a betegség gyakoribb, mint Olaszországban?" Erre önmaga így válaszolt: „Hogy ezt a kérdést meg lehessen oldani, Önöknek tudniok kell, hogy mindazok a betegségek, amelyek egy bizonyos tájékra jellemzőek, vagy az ottani táplaléktól, vagy a szelektől, vagy a levegőtől erednek. Az a bizonyos rühesség Etiópiában, a drakunkulusbetegség Arábiában, amit *Galenos* és *Avicenna* említ, nem származik semmi egyébtől, mint a táplaléktól; ezek a népek igen falánkok (edacissimi) és főleg sáskákkal táplálkoznak. Attikában pedig a podagra az élvhajhászástól és a nemi kicsapongásoktól ered. Láthatják tehát, hogy bizonyos tájakon előforduló jellemző betegségek vagy a táplaléktól, vagy a népszokásoktól, vagy a levegőtől erednek. A syphilis azonban ezen okok egyikével sincsen összefüggésben, amiből következik, hogy jellemző sem lehet valamely tájékra. De mivel a syphilis nemi érintkezés révén terjed, azt mondom, hogy jellemző azokra a tájékokra, ahol az emberek Venusnak inkább hódolnak és mindenfelé fertőzött nőszemélyekkel

nemileg érintkeznek: ezért nem meglepő, hogy a mi vidékünkre jellemző a syphilis".

Capivacceus szerint a syphilis „germen et soboles fere omnium malorum". Ennek megfelelően a syphilis nagyon változatos kórképet tüntet fel. Mégis meg lehet különböztetni néhány főalakot; ezek *Mercurialis* szerint: egy idült és egy heveny, egy súlyosabb és egy könnyebb, egy örökölt és veleszületett és egy közösülés révén szerzett alak.

A syphilis *tüneteit* három szerzőnk majdnem egészen egyformán írja le. *Mercurialis* leírását követem; ő megkülönböztet: 1. általános zavarokat; 2. olyan tüneteket, amelyek a megváltozott kiválasztásoktól származnak; 3. működési zavarokat. Ad 1. Az általános zavarok: levertség, szomorúság, hallási zavarok, fülzúgás, látási zavarok, rekedt hang, álmatlanság, köhécselés, bágyadtság, a gyomoremésztés zavara. Ad 2. A kiválasztásokban tapasztalható tünetek: a száj és az orr elnyákosodása (pituita oris et nasi), homokos, halvány vizelet, ondófolyás, kellemetlen és rossz szagú veríték. Ad 3. A működési zavarok a következők: elsősorban izületi fájdalmak és csonthártyafájdalmak, aztán igen heves fejfájás, arc- és szemfájás, megváltozott arcszín, hajhullás; a hajhullást egyesek jellemzőnek tartották a syphilisre; *Mercurialis* azonban azt mondja, hogy a hajhullás csak olyan egyéneknél fordul elő, akik a syphilist mértéktelen közösülés révén kapták. További tünetek: fekélyek a szakállban, a nemiszerveken és az egész testen; csomók és daganatok a lágyékban, daganatok és gummák a tibián, a karokon, berepedések a kézen és lábon; az orr is eltorzulhat. Ezen tünetekkel kapcsolatban 3 dologra kell ügyelni: 1. a betegségnek más tünetei vannak kezdetben, mint később, amidőn már kifejlődött; *a)* kezdeti tünetek: megokolatlan testi bágyadtság, határozatlan, nem makacs fej- és testi fájdalmak, mozgási renyheség, gonorrhoea, „caries" (initialaffectio) és fekélyek a nemiszerveken, mérsékelt láz; *b)* a teljesen kifejlődött betegség tünetei: állandó és makacs fejfájás, fekélyek a szájban, rekedtség, daganatok a torokban, főleg a szájpadon, makacs testi fájdalmak; a szemöldök kihullása, kemény gummák, fülzúgás, berepedések a kézen és lábon; 2. Ámbár nincsenek jelen mindig mind ezek a tünetek, mégis egynél több tünet szokott előfordulni. A tünetek sokasága onnan ered, hogy a betegség a spiritus naturalisban székel, ez pedig az egész testben el van terjedve (vix fieri potest, quin simul inficiant multas partes). 3. A betegség makacssága és ellenállása a gyógyszerekkel szemben.

A *diagnosis* megállapitásakor minden beteget, akinél syphilist gyanitunk, meg kell kérdezni, hogy érintkezett-e fertőzött nővel, hogy atyja nem szenvedett-e syphilisben, hogy a betegnek csecsemőkorában volt-e syphilises dajkája (numquid biberint lac mulieris infectae?), mert ilyen bizonyítékok nélkül a diagnosis bizonytalan. *Capivacceus* véleménye szerint a közösülés után mindjárt (azaz a közösülés után egy nap alatt) jelentkező fekély (caries) syphilis ellen szól (si ulcus occupat penem, vocant cariem). Ellenben mellette szól az, ha a „caries" 15—30 nap mulva jön létre. Bűzös gonorrhoeából is syphilisre lehet következtetni; épigy a hajhullásból és a többi tünetekből.

A *prognosis* szempontjából *Mercurialis* megkülönbözteti a syphilisnek mint népbetegségnek általános prognosisát és egyéni prognosisát. Az általános prognosissal kapcsolatban *Mercurialis* felveti a kérdést, hogy vajjon egykor megszünik-e majd a syphilis? Erre a kérdésre *Mercurialis* igennel felel: Igen, meg fog szünni. Még pedig több oknál fogva: 1. mert már más betegségek is megszüntek, 2. mert a syphilis már is enyhült kezdete óta; 3. mert az emberek életmódja most megfelelőbb; azelőtt az emberek figyelmetlenebbek, szennyesebbek voltak; most jobban ügyelnek egészségükre. Az emberek meg fogják tanulni, hogy miként védekezzenek a syphilis ellen: nunc vero et in posterum propter diligentiam ipsorum puto luem desituram. Adja Isten, mondja *Mercurialis,* hogy ez a mi századunkban következzék be (quod vellint superi esse in hoc saeculo)!

Kezdetben sokkal rosszabb indulatú volt a syphilis, mert az emberek megrémültek, a félelem pedig súlyosbítja a bajt. Továbbá kezdetben még nem használták az emberek a guajakfát, hanem csak a kénesőt. Ezek az okok most már megszüntek és ezért most enyhébb a syphilis.

Mégis, tekintettel az egyéni prognosisra igen korán kell megkezdeni a syphilis kezelését, különben egyszer itt, máskor ott jelenik meg, mert a spiritus naturalis egy része mindig fertőzött marad. Ezért igaza van a népnek, mikor azt mondja, hogy ez a betegség nem köt békét, hanem csak fegyverszünetet (hunc morbum facere inducias, non pacem). A prognosis kedvezőbb olyanoknál, akiknél hajhullás következik be vagy akiknek aranyeres csomóik vannak és azoknál a nőknél, akiknek havibajuk rendben van. Öreg embereknél nagyon rossz a prognosis: in senibus deterrimus. Egyesek azt állitják, hogy epilepsiában, asthmában vagy más „halálos" betegségekben szenvedő egyének ezektől a betegségektől megszabadulnak, ha syphilist kapnak; *Mercurialis* azonban azt gondolja, hogy ez csak mese; szerinte csak annyi igaz, hogy azok, akik syphilisben szenvedtek, de ebből teljesen kigyógyultak, kevésbbé könnyen betegszenek meg pestisben; de nem hiszi, hogy azok, akik syphilisben szenvednek, tehát nem gyógyultak meg, kevésbbé fogékonyak volnának a pestissel szemben (qui semel habuerunt Gallicum et perfecte curati sunt, minus capiuntur peste; sed quod illi, qui laborant Gallico, non sunt subjecti pesti, non credo). A veleszületett és a szopás révén szerzett syphilis nehezebben gyógyítható meg, mint a közösülés révén szerzett.

A *prophylaxis* céljából *Capivacceus* véleménye szerint nem elegendő a verítékkel szennyezett fehérneműt a napon vagy a tűznél megszárítani, a fehérneműt ki kell mosni, hogy a verítékkel kiválasztott syphilist eltávolitsuk (non simpliciter siccentur vel sole vel igne, sed debent lavari, ut lues illa per sudorem extracta ex toto deleatur).

Ha léteznek olyan szerek, mint amilyen a mithridatum, az antimon és a terják, melyek mérgek ellen védenek, miért ne lehetnének olyan szerek is, melyek a syphilis ellen nyujtanak védelmet? Erre a kérdésre *Mercurialis* azt válaszolja, hogy a mérgek a gyomron át lassan hatnak, mig a syphilis „statim" fertőzi meg az embert. Egyes emberek által feldicsért syphilis ellen védő szerek nem megbizhatók. A syphilis elkerülésére csak három út van: 1. kerülni a syphilisszel fertőzött ledér nőt, 2. szűzies életet folytatni, 3. megnősülni és csak a feleségünkkel nemileg érintkezni. *Paulus* pedig azt gondolja, hogy jobb megházasodni, mint szerelemtől elepedni.

A *therápia* szempontjából sincsen nagy különbség három szerzőnk között. *Capivacceus* foglalkozik a Galenosi tanok értelmében az általa ajánlott gyógyszerek „qualitásaival" és facultásaival". *Mercurialis* kiemeli, hogy a lehető legkorábban (statim) kell megkezdeni a kezelést; cáfolja azoknak a véleményét, akik azt állitják, hogy a syphilis a korai kezeléstől rosszabbodik; hivatkozik *Hippokratesre,* aki azt mondja: „a principio semper morbis obviandum est et quod habenda sit magna diligentia ut nascentes morbi statim extinguantur". *Mercurialis* szerint ez főleg a syphilisre vonatkozik, mert ez kezdet-

ben „latitat in extremis" és csak később lepi el a zsigereket.

A kezelést „leniens" és „praeparens" növényi szerekkel, hashajtókkal, érvágással, izzasztással kezdték meg. Igen fontos volt az izzasztás és a testmozgások, melyeknek hatását a parasztoknál láthatjuk, akik kevésbbé szenvednek a syphilistől. Ezen eljárások után következtek a specifikus szerek, melyek közé *Mercurialis* a következőket sorolja: lignum sanctum, amelyet guajakfának is neveznek, „sarsa parilla", radix chinae, továbbá a kéneső. *Capivacceus* ezenkivül ideszámitotta még a „saxaphraxot" és az antimont; de az utóbbinak használatát nem ajánlja, mert az „rarissime luem superat". A guajakfa, a sarsaparilla, a chinagyökér és a sassafras főleg dekoktum alakjában nyert alkalmazást, olyan mennyiségben, hogy ivóvíz helyett itták. A főzetet éhgyomorra itták, reggel a hashajtás után, azután még néhányszor a nap folyamán. Amíg a beteg a főzetet itta, kerülnie kellett a szomorúságot. Használták a guajakfát „in substantia" pilulák alakjában, mint elektuariumot és „in conditura" is. A guajakfát intermittáló kúrák alakjában alkalmazták: tavasszal és ősszel.

Szerzőink behatóan foglalkoznak a kéneső alkalmazási módjával. A kénesőről azt mondja *Mercurialis*, hogy az arab orvosok vezették be, még pedig fekélyes bántalmak esetében. Tudták, hogy a kéneső erős méreg, tudták, hogy bányászokon tremort idéz elő. Ezért gyógyszerként csak erős embereknek adták és főleg tüdőbaj esetén kerülték. Leginkább akkor alkalmazták, ha a syphilis más kezeléssel szemben makacsnak bizonyult. A kénesőt kétféle módon alkalmazták: mint kenőkúrát és mint füstölést (suffumigium). A kenőkúra intermittáló volt. A kenés előtt hashajtó szereket adtak; a kenés után a beteg végtagjait bepólyázták, a beteget ágyba fektették, ahol két óráig aludt.

Kétféle füstölést használtak: kéneső nélkülit és kénesőset. *Mercurialis* a következőképen írja le a füstölést: erélyes hashajtás után a beteg pihenjen 2—3 napig és ezalatt könnyű táplálékkal éljen. A füstölés céljára mennyezetes ágyszerű berendezés (tectorium, conopoeum) alá zsámolyra ültetik a beteget; aztán parazsat helyeznek el mellette és erre a parázsra szórják trochiskusok alakjában a füstölőszert. A beteget a füstölő parázzsal együtt körös-körül befedik. Igy marad a beteg elzárva „donec totus fumus evanescit". Miután tudták, hogy ez az eljárás veszélyes, *Mercurialis* azt ajánlja, hogy valaki álljon az eltakart beteg mellett és beszéljen hozzá, a beteg pedig a mennyezet alól válaszoljon. Ha a beteg nem válaszolt, akkor tudta a mellette álló, hogy a beteg elalélt és felfedte őt. Néha a beteg csövecskén át szívta magába a kénesőgőzt. *Mercurialis* azt tanácsolja, hogy a beteg szeme és szája elfedetlen maradjon. Olykor naponta kétszer kentek vagy füstöltek. *Mercurialis* a naponkinti egyszeri kezelést elégségesnek tartja.

Érdekes, hogy *Capivacceus* a hajhullás ellen azt ajánlotta, hogy növekedő hold idején (luna crescente) nyirják rövidre a beteg haját.

Ezeket a kezelési módokat megfelelő étrenddel kapcsolták össze. Voltak, akik guajakfát süttettek a kenyérbe. *Capivacceus* szerint az antisyphilises kezelés alatt álló beteg délben keveset egyék, bővebben csak este táplálkozzék, hogy a legközelebbi guajakfa bevételéig a gyomor kiürüljön. Szájbeli szövődmények megelőzése céljából úgy *Mercurialis*, mint *Capivacceus* is azt ajánlja, hogy a beteg kenés közben aranydarabot tartson a szájában, amelyre a kéneső rárakódik (foncsor alakjában). Ismerték a kénesőkezelés többi szövődményeit (hasmenés, bélvérzés) is. Ezért a betegnek könnyen rágható táplálékot kellett ennie és szigorú étrendet tartania a kénesőkezelés idejében. A kenőkúra közben a beteget időről-időre fürösztötték.

Hóman Bálint díszdoctorrá avatása Berlinben

A Magyarország és Németország közötti szoros culturalis és tudományos kapcsolat jutott kifejezésre május 28-án azon az ünnepségen, amelyen *Hóman* Bálint dr. vallás- és közoktatásügyi ministert a berlini egyetem bölcsészeti karának díszdoctorává avatták.

Ünnepnapja volt ez az egyetemnek, ami már a külsőségekben is megnyilvánult; az egyetem felett magyar zászló lengett.

A ministert *Rust* birodalmi nevelésügyi minister, *Krüger* tanár, az egyetem rectora és *Breloer* tanár, a bölcsészeti kar dekánja üdvözölte. A díszteremben mindenekelőtt *Krüger* tanár, az egyetem rectora szólalt fel: — A berlini egyetem tanári kara ezt a díszdoctorráavatást az egész egyetem ügyének tekinti. A tanári kar örömmel támogatja a birodalmi nevelésügyi ministert, aki az 1934. évi egyezményben bevezette a Magyarország és Németország közötti rendszeres tanár- és diákcserét.

A magyar szellemi élettel való e mind szorosabb kapcsolatban a berlini egyetem egyenes folytatását látja annak a fejlődésnek, amely már a XIX. század első évtizedeiben kezdődött. A rector itt idézte azoknak a magyar diákoknak a nevét, akik azóta a berlini egyetemen folytatták tanulmányaikat. Többek között megemlítette *Tisza* István gróf és *Klebelsberg* Kunó gróf nevét is. Visszapillantást vetett továbbá a magyar nyelvű tanszék és az egyetem magyar intézetének fejlődésére, hangsúlyozva, hogy amióta *Hitler* kancellár vette át a hatalmat, ezt a hagyományt még erősebben ápolják.

A rector után *Breloer dr.*, a phylosophiai tanszék dékánja szólalt fel. Örömét fejezi ki afelett, hogy abban a képben, amelyet a tudomány *Hóman* dr.-ról alkotott, ritka kapcsolata látható a tudománynak és a bölcseségnek, a kutatásnak és az oktatásnak és ezen túlmenőleg a gyakorlati vezetésnek. A német nép, a német tudomány különös elismeréssel adózik annak, hogy a magyar nemzet történetírása teljesen átalakult és ez az átalakulás *Hóman* cultusminister nevéhez fűződik. Ő zárta le azt a korszakot, amely erős hagyománytisztelet mellett nem jelentéktelen materialista befolyástól is szenvedett. *Hóman* dr. felismerte, hogy ebből a történetírásból hiányzott a szellem és a hit, szembehelyezte vele az eszményiséget és diadalra vitte a történetírásban a szellemiségt. *Hóman dr.* megvalósította Magyarországon a tudományos kutatás nemzeti küldetését. Amellett őszinte barátja maradt Németországnak.

Breloer tanár ezután ismertette a magyar cultusminister tudományos pályafutását és közben utalt a minister tudományos műveire is. A bölcsészeti facultás — mondotta végül — elhatározta, hogy díszdoktori címet és méltóságot ad az ünnepeltnek, aki hazájában a történetírást új utakra vezette és a német nyelv nemes barátjának bizonyult. Ezután következett az ünnepélyes kézfogás. *Breloer dr.* dekán az egész bölcsészeti kar jókívánságait tolmácsolta a berlini egyetem legújabb díszdoktorának.

Hóman Bálint dr. cultusminister meghatottan mondott köszönetet az őt ért megtiszteltetésért.

— A tudós legragyogóbb ékessége, — mondotta — a tudóspályán elért eredmények legszebb jutalma az akademiai babér s e babér értéke egyenes arányban növekszik az azt nyujtó intézmény és testület hírével, kiváló-

ságával és tekintélyével. Nem csodálható tehát, hogy a berlini tudományegyetem honoris causa doktorává most történt felavatásom nyomán igaz öröm és meleg hála érzése kelt szívemben. Tudom jól, hogy a nagyérdemű berlini egyetem személyemen keresztül a magyar művelődést és a magyar tudományt kívánja megtisztelni. De büszke vagyok rá, hogy e kitüntetés közvetítésére engem választottak ki, mert a most elhangzott megtisztelő szavakból következtetve, az elhatározás mérlegelésekor a világ egyik legkiválóbb és legtekintélyesebb tudományos testülete elbírálta a magyar történettudomány terén három évtizede kifejtett munkásságomat és e bírálat eredményeképen ítélt méltónak e megtiszteltetésre.

— Hálám legméltóbb kifejezése a német tudósvilág előtt kevésbbé ismert munkásságom módszerét, szellemét, eredményeit megvilágító tudományos értekezés bemutatása volna. Immár évek óta tartó kormányzati elfoglaltságom azonban — sajnos — meggátol új kutatások végzésében és új eredmények produkálásában. Ezért utalva a nemsokára német nyelven is megjelenő nagy történeti művemre, mint munkásságom eredményeinek synthetikus összefoglalására, köszönetemnek — szíves engedelmükkel — inkább a kultúrpolitikus, semmint a tudós szavával, egész röviden adok kifejezést.

— Korunk nemzeti kultúrájának lényeges jellemvonása, hogy a művelődés nemzeti jellegét évszázadokon át híven megőrizve, mégis át van itatva más népek és nemzetek művelődéséből átvett és áthasonított elemekkel. A magyar nemzeti művelődésnek is ez a képe; a maga egészében ősi magyar, fajilag és nemzetileg determinált culturalis értékeknek és külföldről, más nemzetektől kölcsönzött culturjavaknak, e kétféle művelődési elemnek az eredője. A magyar művelődés egészséges fejlődésének és folytonos haladásának titka is abban van, hogy a magyarság sohasem szakadt el az ősmagyar lélekben gyökerező nagy nemzeti hagyományoktól, mindig megőrizte az ősi lélekből kiválasztott értékeket, de lelke mindig tárva állt a Nyugat és Délnyugat felől Magyarország felé áramló nagy eszmeáramlatoknak és a magyar faj assimiláló ereje teljesen birtokába tudta venni a tudatosan átkölcsönzött és észrevétlenül beszivárgó culturértékeket.

— Ezek közt az átvett értékek közt előkelő helyet foglalnak el a németföldről magyar talajba átültetett művelődési elemek és tudományos ösztönzések. A magyar nemzet mai hazájának birtokbavétele után, több mint ezer esztendővel ezelőtt tüstént szoros érintkezésbe került a német és az olasz nemzettel. Ez az érintkezés kezdetben ellenséges volt. A keleti nép támadólag lépett fel a Nyugattal szemben, de hivatott vezérei hamar felismerték a nyugati szükségességet, a szomszédos nyugati tartományok fejedelmei pedig az életerős ifjú katonanépben rejlő erőt. E kölcsönös felismerés már a X. század első éveiben szövetségre vezetett a magyar fejedelmek, másfelől Bavária és Lombardia uralkodói között. Ez a szövetség közel félszázadon át folytonos volt s nyomában megindultak az első kulturérintkezések is a magyar és német nemzet között. A culturalis érintkezés a Németbirodalom és Magyarország között a magyar királyság megalapítása óta mindmáig szakadatlan. Ha a politikai érintkezés dinasztikus ellentétekben gyökerező összeütközések folytán néha ellenségeskedésre fordult is, a kulturális érdekközösség újra meg újra helyreállította a barátságos viszonyt.

— Különösen a tudomány területén szembeszökő ennek a német hatásnak érvényesülése. A modern magyar tudományosság sokat köszönhet a német tudomány műhelyéből kölcsönzött formák és módszerek, irányok és eszmék alkalmazásának. A magyar egyetemek tanulmányi rendszerén, a tanítási módszerén is világosan felismerhető a német egyetemek hatása. Az egyetemek között fennálló kapcsolat elmélyítésén sokat fáradoztak a magyar egyetemek mindegyikén régóta működő német phylologiai és irodalmi tanszékek professorai s a berlini egyetem is már két évtizeddel ezelőtt tanulságot tett róla hogy e kapcsolatok elmélyítésére súlyt helyez. Módot és alkalmat adott rá, hogy a német ifjúság a magyar nyelv, irodalom, történelem, ahogy nálunk újabban összefoglaló néven nevezni szeretik: hungarologia elemeinek elsajátításával lelkes munkásaivá lehessenek a két nemzet történeti értékű szellemi együttműködésének. A berlini egyetem két évtized óta működő magyar tanszéke és magyar intézete, a magyar egyetemek német tanszékeivel és intézeteivel, más culturintézményekkel egyetemben, hosszú időre biztosítják a két nemzet közt fennálló szellemi kapcsolatok folytonosságát, kölcsönösséget és termékenységét.

— A berlini egyetem tiszteletbeli doktorává történt felavatásom — tekintettel a magyar művelődés irányításában jelenleg elfoglalt vezető állásomra — ennek a a kölcsönösségen alapuló szellemi kapcsolatnak és kulturális érintkezésnek jelképes kifejezése. Fogadják érette Magnificenciád, a tiszteletreméltó Tanács és az egyetem tudós tanárai a magyar közoktatásügyi minister és a magyar professor hálás köszönetét.

Az avatást követő napon *Hóman* Bálint dr. cultusminister, valamint *Rust és Göbbels dr.* német birodalmi ministerek aláírták a német-magyar szellemi és culturalis együttműködésről szóló egyezményt.

A terjedelmes egyezmény első szakasza értelmében a magyar kormány a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen a már fennálló tanszékeken kívül új német irodalmi tanszéket létesít és azt egy német birodalmi tudóssal tölti be. A német kormány a budapesti műszaki és közgazdasági egyetemen német lektorátust létesít. A magyar kormány viszont tervbe vette magyar lektorátusnak a lipcsei egyetemen létesítését. A tanszékeket mindkét államban a másik szerződéskötő állam polgáraival töltik be.

Az egyezmény harmadik cikkelye értelmében minden semester folyamán legalább két-két főiskolai tanár nyer meghívást a másik szerződéskötő fél valamelyik főiskoláján történő előadássorozatra. Ugyanakkor megállapodás történt főiskolai assistensek rövidlejáratú kicseréléséről is.

Az egyezmény negyedik szakasza értelmében a két állam kormánya a tudományos kutatómunka támogatása érdekében esetről-esetre főiskoláin és kutatóintézeteiben munkahelyet biztosít a másik állam tudósainak. A két kormány által a főiskolai diákcsereactio keretén belül adott ösztöndíjak számát egyetemi félévenkint hatban állapították meg. Az ösztöndíj az egyetemi tandíj elengedésén kívül szabad lakásban és ellátásban, illetőleg megfelelő készpénzösszeg kifizetésében áll.

A hatodik szakasz szerint mindkét ország főiskolái gondoskodni fognak szünidei diákcsoportok élénk cseréjéről. Tervbevették főiskolai diákgyakornokok kicserélését is. Ezek a diákgyakornokok tevékenységüket tanulmányaik folyamán vagy közvetlenül tanulmányaik befejezése után gyakorlati kiképzésük céljából fejtik ki.

Az egyezmény 13. szakasza szerint a magyar kormány gondoskodásának tárgya lesz a német nyelv eredményes tanítása a magyar középiskolákban (gimnáziumokban és felsőkereskedelmi iskolákban). A két kormány továbbá kölcsönösen közli majd egymással, hogy milyen tudományos és irodalmi műveknek a másik nemzet nyelvére

lefordítását vagy a másik országban terjesztését tartja kívánatosnak. A két országban lévő könyvtárak könyvállományát kiegészítik és gyarapítják a másik állam szellemi termékeivel. Előmozdítják azoknak a művészeknek a tevékenységét, akiknek műveit tárgyuknál és culturalis értéküknél fogva mindkét részről különösen alkalmasnak tartják színházban, mozgóképen, vagy rádióban bemutatásra.

A Magyar Orvosi Nagyhét megnyitó ülése.

A m. kir. József Műegyetem dísztermében pünkösd hétfőjén nyitották meg a Magyar Orvosi Nagyhetet. A pódium elnöki emelvényén *Scholtz* Kornél dr. ny. államtitkár, a MON ezidei elnöke, jobbján *Korányi* Sándor báró, mellette *Johan* Béla államtitkár és a jobb szélen *Manninger* professor, a MON főtitkára. Az elnök baloldalán ül *Bókay* János professor, akitől a mai orvosi generatio a gyermekgyógyászatot és a gyermek szeretetét tanulta, mellette *Buday* Kálmán professor, a finom, halkszavú, komoly tudós.

Scholtz Kornél elnök üdvözölte a megjelenteket. Kiemelte a Nagyhét célját és *Korányi* professor érdemeit a Nagyhét megteremtése körül.

Johan Béla államtitkár köszönetet mond a Nagyhét megteremtőinek, *Korányi* Sándornak, *Bókay* Jánosnak, a távollevő *Dollinger* Gyulának és *Buday* Kálmánnak, mint 11 éven át volt főnökének és mesterének és *Scholtz* Kornélnak, hivatali elődjének, akinek bíztatására és közbenjárására foglalhatta el jelenlegi positióját és üdvözölte a fiatalabb generatio képviselőjét, *Manninger* Vilmos professort, aki oly fáradhatatlan a Nagyhét megrendezésében. Sikeres munkát kíván a Nagyhét résztvevőinek és megköszöni, hogy azt léterhozták és hivatalos minőségében is kiemeli azt a meggyőződését, hogy jó gyakorlati munkát is csak szolíd tudományos alapon lehet végezni.

Az elnök indítványára a jövőévi Nagyhét elnökévé *Grósz* Emil professort, főtitkárul *Horay* Gusztáv professort választja a közgyűlés és köszönetet szavaz *Manninger* Vilmos professornak a Nagyhét megteremtése és rendezése körüli fáradozásáért.

Korányi professor tartotta meg ezután előadását, amelyben visszapillantott a régebbi magyar orvosi viszonyokra, azokra a hősi időkre, amikor a modern orvostudomány megszületett és a physika, vegytan, bakteriologia, rádium, stb. felfedezések bevonultak az orvostudományba és teljesen átformálták azt. Az orvosi specializálódás szükségszerűség, az orvostudomány fejlődésének a következménye, de a specialistának sem szabad szem elől tévesztenie, hogy nem egy szervet kezel, amelynek csak mintegy függeléke a hozzátartozó ember, hanem mindig magát az egész embert kell szem előtt tartania. Az Orvosi Nagyhét egyik fontos célja éppen az, hogy a specialis egyesületekbe visszavonult specialisták ne veszítsék el a contactust az általános orvostudománnyal. Az „orvos technikus" lehet kiváló specialista, sőt tudós is, de a beteget megértő ember soka, a túlságos specialisálódásban elvész az összefüggés. Az orvos munkájának synthetikusnak kell lennie, ezért fontos az egyes specialis egyesületek között a cooperatio és az egészséges kritika.

Scholtz Kornél elnök megköszönte *Korányi* Sándor báró iránytmutató előadását. *Korányi* érdemeiről beszélve azt mondja, hogy az ő munkásságának méltatása az orvostudomány történetíróinak a feladata. Az ő vívmányai átalakították pathologiai és belgyógyászati gondolkozásunkat és soha el nem múló értékek, de előidézték azt is, hogy egy magyar kutató iránt megbecsülés és elismerés támadt az egész világon. A külföldi tudományos világ *Korányi* munkásságát talán még jobban értékeli, mint a hazai, de mi viszont mint embert, mint puritán egyéniséget, mint minden megalkuvástól ment jellemet ismerjük, aki mélységes forró szeretettel viseltetik szegény hazánk iránt. A MOTESZ hálája jeléül átnyujtotta az emlékplakettet, mely az ő tiszteletére a Korányi nevet viseli a jövőben is.

A nagy tapssal és éljenzéssel fogadott beszéd után *Korányi* professor emelkedett szólásra és megindultan emlékezett meg arról, hogy mennyivel kevesebbet vitt keresztül ő abból, mint amennyit akart. Hosszú klinikus pályája alatt, úgy érzi, hogy csak öt esztendőn át volt igazán klinikájának igazgatója, aztán jött a világháború és következményei és mindig más gondja is volt, mint a klinikája. Hogy mégis sikerült valamit elérnie, azt annak köszönheti, hogy felfogása szerint a klinika nem egy személy, hanem egy organismus, amelyben az orvosi személyzet is fontos, nemcsak a professor. E felfogás mellett nem nyomja el az orvosokat a professor tekintélye, hanem minden tehetség érvényesül. Nagy szerencsétlenségnek tartja orvosi rendünk szétdaraboltságát, amely nemcsak az orvosoknak, de az országnak is szerencsétlenség. Ha szétesünk, akkor gyengülünk és hogy a szétesés hová juttat, annak tanúi vagyunk.

Ezután az Orvosi Nagyhét utána következő elnökeihez fordult *Korányi* professor és átadta az emlékplakettet *Bókay* János, *Buday* Kálmán, *Scholtz* Kornél és a távollevő *Dollinger* Gyula professoroknak s kérte, hogy őrizzék meg azokat szeretettel.

Buday Kálmán professor köszönte meg az emlékplaketteket az elnökök nevében és kiemelte, hogy *Korányi* mindig magas szempontok szerint szemlélte az orvostudományt és azért látta meg a szakadékokat és a hiányokat és azért járt sikerrel működése.

Az emlekedett hangulatú ülés után a hallgatóság átvonult a vegytani tanterembe, ahol a tudományos üléssorozat első előadásai vették kezdetüket. Az első nap themája *„A késői lues"* problemája volt. A bevezető előadásokat *Nékám* Lajos, *Engel* Károly és *Sarbó* Artur tartották. Ezekhez csatlakoztak az egyes szakelőadók előadásai.

Korányi Sándor báró ünneplése alkalmából megjelent az „Orvosképzés" folyóirat külön száma, amely magában foglalja a budapesti kir. orvosegyesületben a tuberculosisról tartott előadás-sorozatot. A füzet *Korányi Frigyes* báró emlékének és *Korányi* Sándor bárónak van ajánlva.

A Magyar Orvosi Nagyhét rendezősége június 3-án este a tagok és családjaik részére *Egerváry* Tibor dr. rendezésében orvoskabarét és együttes vacsorát rendezett este fél 9 órakor a városligeti Gundel-vendéglőben, melyen az éjféli órákig kitűnően mulatott az egybegyültek serege.

A Magyar Orvosi Nagyhét keretében a MOTESz és a Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége Kórház és fürdőügyi kiállítást rendezett, amelynek ünnepélyes megnyitása június másodikán, kedden zajlott le. A kiállítás a m. kir. József Nádor Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem kupolacsarnokában és második emeletén van elhelyezve. A nagy körültekintéssel összeállított kiállítási anyag három részből áll. A budapesti fürdők történetének szemléltető anyagát Budapest főváros és a Gyógyhelyi Bizottság állította össze. Büszkeséggel

tölti el a szemlélőt, hogy milyen régi multra tekinthetnek vissza Budapest fürdői és csodálatos, hogy csak a legutóbbi időben kezd forrásaink ismerete szélesebb körökben elterjedni. Budapest fürdő-térképén húsz kitűnő gyógyerejű forrás és fürdő jele ékeskedik; nincs a világnak még egy helye, amely ezzel a gazdagsággal versenyre kelhetne. A természet gazdag ajándéka rendelkezésünkre áll és igazán csak tőlünk, a magyar orvosi kar megértésétől függ, hogy Budapest végre elfoglalja az őt megillető helyét a világhíres fürdőhelyek között.

A kupolacsarnokban foglalnak helyet a magyar orvosi, technikai és gyógyszerészi gyárak kiállított tárgyai. Fínom precisiós műszerek, a milligramm tízezredrészeit mérő pontos mérlegek, röntgenkészülékek, rövidhullámú készülékek, sterilisatorok mind egytől-egyig hazai gyártmányok, sőt magyar találmányok. A magyar gyógyszeripart a Richter, Chinoin, Egger, Warder gyárak kiállításai reprzentálják. Ezzel a tudományos felszereléssel a ma orvosa igazán többet és jobban produkálhat, mint akár egy évtized előtt is képes lehetett.

A tulajdonképeni tudományos rész a második emeleten van elhelyezve, ahol az egyes klinikák és kórházak gyönyörű mulázsai és egyéb készítményei vannak demonstratív, tetszetős alakban közszemlére téve.

A gondosan összeállított anyag *Scholtz* Kornél elnök, *Manninger* Vilmos főtitkár és helyettese, *Rausch* Zoltán egyetemi m. tanár fáradozását dícsérik.

VEGYES HIREK

Személyi hir: *Fischer István dr.* egyet. tanársegéd családi nevét *Makoványi*-ra magyarosította.

A Magyar Orvosi nagyhét ez évi napirendjéből sajtóhiba következtében kimaradt a Magyar Urologiai Társaság ülésének helye és pontos ideje. — Ezúton közöljük, hogy a Magyar Urologiai Társaság tudományos ülését az Orvosi nagyhet keretében, a napirendben megjelent tárgysorozattal junius hó 6-án, délután 5 órakor tartja a Szt. Rókus közp. közkórház Székács-üléstermében.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága a klinikákon és közkórházakban egész éven át tartott gyakorlatokon kívül június hóban három specialis tovabbképző tanfolyamot rendez és pedig június hó 8-tól június hó 13-ig az egyetemi sebészeti klinikakon a gyakorló orvos sebészeteről, — június hó 8-tól június ho 20-ig az egyetemi gyermekklinikán a csecsemo diaetikájáról és június hó 8-tol június hó 20-ig az egyetemi stomatologiai klinikán a fogorvoslásról.

Felvilágositást megkeresésre készségesen ad az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája (VIII., Mária-utca 39. szám).

A II. nemzetközi schweizi orvoshetet ez évben aug. 31-től szeptember 5-ig Luzern-ben tartják, melyen az orvostudomány különböző ágaiból lesznek előadások. Előreláthatólag előadást tartanak: *Bing*. Basel; *Clairmont*, Zürich; *Decker*, Lausanne; *Frontali*, Padua; *Fulton*, Newhaven (USA) *Gäumann*, Zürich; *Grégoire*, Paris; *v. Gröer*, Lwow; *Guggisberg*, Bern; *Gunn*, Oxford; *Henschen*, Basel; *Hess*, Zürich; *Heubner*, Berlin; *Jacobaeus*, Stockholm; *Löffler*, Zürich; *Mellanby*, London; *Naegeli*, Zürich; *Péhu*, Lyon; *Pick*, Wien; *Rathery*, Paris; *Roch*, Genf; *Sauerbruch*, Berlin; *Schwartz*, Istanbul; *Szent-Györgyi*, Szeged; *Vogt*, Zürich; *Wolff*, Utrecht; *Zangger*, Zürich. — Bővebb felvilágosítást nyujt a nemzetközi orvoshét titkársága (Schweizerische Med. Wochenschrift, Basel, Klosterberg 27.)

Németországban a kuruzslók száma 1876—1934-ig 670-ről 14.266-ra szaporodott. 100 orvosra tehát 30.2 jut.

Angliában az alsóházban 175.000 aláirással ellátott kérvényt nyujtottak be, melyben arra kérik a Házat, hogy a vivisectiót engedélyező rendeletet hatálytalanítsák.

A japán belügyminiszter eltiltotta a japánok szemének ferdeségét korrigáló mütéteket. A rendeletet a faj jelleg védelmével indokolják.

Az olasz vértadók egyesülete fölhivást intézett a különböző városokhoz, hogy vércsoportjait állapitsák meg, hogy szükség esetén a megfelelő vértadót azonnal kiválaszthassák. Minden vértadó igazolványt kap. Tévedése k elkerülése végett, ahol szükség van rá a vértadókat tetoválják.

Helyreigazítás. Május 2-i számunkban a Máv. B. B. I. martonvásári kezelőorvosi állásra hirdetett pályázatában az állás évi díjazása hibás kézirat folytán, évi 60 P-nek van feltüntetve. Érdeklődésünkre örömmel értesültünk, hogy a javadalmazása nem évi, hanem *havi* 60 P.

Orvosdoctorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen: *Balogh Ilona, Károly György, Zelei József, Krausz Kálmán, Klein Arnold, Sarudi László, Fischer Béla*. Üdvözöljük az új Kartársakat!

HETIREND

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat f. évi junius hó 8-án, délután pontosan 6 órakor tartja 75-ik évi közgyülését a Bőr és Nemikórtani klinika tantermében, amelyben, az ünnepi beszédet *Ugron Gábor* ny. miniszter tartja: *Az orvos és a szociális egészségügyi praeventio* cimen.

1032/1936. kig. szám.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórház bőrgyógyászati osztályán újonnan szervezett osztályos főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő főorvos kötelessége a kórház bőrgyógyászati osztálya főorvosi teendőinek ellátása.

Az állás javadalmazása a 300/1935. B. M. számú rendelet alapján a IX. f. o. 3. csoportjának megfelelő fizetés és lakbér, — a kormányrendeletekben megállapított csökkentésekkel.

Az állásra pályázók kérvényeiket Méltóságos dr. *Soldos* Béla főispán úrhoz intézve 1936. július 6-án déli 12 óráig hivatalomhoz nyujtsák be. Elkésve érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket felettes hatóságuk útján terjesszék be. A pályázati kérvényhez mellékelendők:

1. Orvos-doctori oklevél, 2. magyar állampolgárság igazolása, 3. születési bizonyítvány, 4. Életrajzi adatok (curriculum vitae.), 5. a forradalmak alatt tanúsitott magatartás igazolása, 6. különleges bőrgyógyászati szakképzettség, illetve esetleges tudományos működés, bőrgyógyászati, klinikai, vagy kórházi osztályi működés igazolása.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Baross József s. k.
alispán.

1033/1936. Kig. szám.

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban újonnan szervezett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000/926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 1 évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbitható. Magángyakorlat nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények 1936. július 4-én déli 12 óráig Méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz cimezve a kórház igazgatójához nyujtandók be. A kérvényhez mellékelendők: születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Kenessey Albert s. k.
igazgató főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

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

Kimutatás 1936 május 24-től 30-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—
3. Baranya	251.620	3	—	5	—	2	—	3	—	—	—	—	—	6	2	10	—	—
4. Békés	335.874	1	—	1	—	7	—	2	—	1	—	—	—	16	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	1	—	6	1	—	—	—	—	—	—	14	—	4	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	2	1	1	—	1	—	3	1	—	—	—	—	48	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	1	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	78	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	2	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	95	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	2	—	24	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	2	—	—	1	2	—	6	—	—	—	—	—	12	—	4	—	—
12. Heves	322.207	4	—	1	—	1	—	4	—	—	1	—	—	11	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	1	3	—	1	—	5	—	—	—	—	—	90	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	1	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	40	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	5	2	1	—	2	—	—	—	—	—	53	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	8	—	3	—	16	—	44	—	2	1	1	—	93	—	1	—	—
17. Somogy	389.792	1	—	—	—	6	—	7	1	1	—	—	—	150	1	35	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	—	—	1	—	5	1	8	—	1	—	—	—	25	—	11	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	2	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	16	—	15	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	63	1	—	—	—
22. Vas	273.776	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	30	—	2	—	—
23. Veszprém	246.551	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	48	—	—	—	—
24. Zala	368.371	3	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	62	—	11	—	—
25. Zemplén	149.043	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	15	—	3	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	5	—	7	1	23	1	54	—	—	—	—	—	185	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	—	1	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	21	—	4	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	4	2	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	—	—	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	52	7	42	7	106	4	190	2	5	2	8	—	1254	10	105	—	—
Előző évben:		37	4	24	2	171	6	215	—	1	1	1	—	1289	3	72	3	1



Minta és irodalom rendelkezésre

CAPHOSEIN

77·18% fehérje, rendkivül dús calcium- éz phosphor tartalommal,

Az erjedéses hasmenés szuverén gyógyszere.

A csecsemőgyógyászatban nélkülözhetetlen

JAVALLVA: DYSPEPSIA, EXSUDATIV DIATHESIS stb. stb.

SZABADON RENDELHETŐ: Közgyógyszerellátás, (O. B. A.), Stefánia-Szövetség, OTI, MÁV, Szfőv. alk. S. A., Bányatársp., Keresk. S. E. terhére, valamint a MABI és Posta közp. rend.-ben

ADAGOLÁS: Naponta 4—5-ször ½ deci teában 1—1 kávéskanálnyit felfőzni, saccharinnal édesiteni és szopás vagy etetés előtt fogyasztatni.

Krompecher Tápszeripar, Budapest, V., Nádor-utca 15. szám

PANTAL

A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!

CHINOIN

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1936. június 13.

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.

Új készítmény

ANOCHROM

Diaethylamindiaminoazobenzolsulfonat

Specifikum streptococcus- és staphylococcus fertőzések ellen

Javallatok: orbánc, sepsis, endocarditis, furunculosis. otitis

5×15 ccm . . . . P 5.80

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I. BUDAPEST

„AGOBILIN"

Hatásos szer epe- és májbetegségek kezelésére.

Cholagogum Choleréticum

Epedesinficiens!

GEHE & CO., A.G. DRESDEN-N. 6

Képviselet: Dr. HAAS MIKLÓS „KERESZT" GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VII., RÁKÓCZI-ÚT 88.



Az
epilepsia
kezelését reformálja

Prominal

N-methyl-aethylphenylmalonyl-carbamid

Typikus luminal-hatás kábító mellékhatás nélkül
A rohamokat minimumra csökkenti, vagy teljesen megszünteti
A betegek minden gátlás nélkül folytathatják hivatásukat

Eredeti csomagolások: Cső 10, üveg 50 tabl. à 0·2 g.

» Bayer «
LEVERKUSEN

Magyarországi vezérképviselet:

E. MERCK
DARMSTADT

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

Wirth Károly
Budapest, V., Báthory-utca 16. szám

LUTEOANTIN

(Inj. és suppos.)

Terhes serumból előállított hypophysis elülső lebeny gonadotrop hormon

Rendellenes menstruatiós vérzések: polymenorrhoea, hypermenorrhoea, metropathia haemorrhagica, juvenilis és praeklimaktericus vérzések, amenorrhoea, sterilitas,

férfiaknál: kryptorchismus, eunuchoidismus stb. gyógykezelésére

1 ampulla 50 egéregység (250 patkányegység) } tartalommal
1 kup 100 „ (500 „) }

PARACALS

Kombinált calcium-parathyreoidea készítmény

Ampullánként 1 g calciumgluconat és 50 egység parathyreoidea hormon tartalommal.
6 db 10 cm^3-es ampullát tartalmazó dobozok.

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

80. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1936. június 13.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Ludo van Bogaert: Az agydaganatok korai felismerése (551—554. oldal).
Angyal Lajos: Interparietalis tünetcsoport és automatiás helyzetváltozások együttes elöfordulása schizophrenia egy esetében. (555—557. odlal).
Grósz István és Patat Pál: A kötőhártyacsirok virulentiavizsgálatáról (557—559. oldal).
Nánásy László: A szülés alatti koponyaüri vérzések elkerülésére irányuló törekvéseinkről (560—561. oldal).
Csomay Imre és Wallner Emil: A systolés vérnyomás változása nem és kor szerint (561—563. oldal).
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (103—106. oldal).
Lapszemle: Belorvostan — Sebészet — Szülészet — Szemészet — Gyermekgyógyászat — Bőrgyógyászat (563—566. oldal).
Könyvismertetés: (566—567. oldal).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei (567—570. oldal).
Deák Lajos: Egy orvos benyomásai 7 évi iráni (perzsiai) tartózkodás után (570—571. oldal).
A belügyminiszter és a közegészségügy (571—573. oldal).
Manninger Vilmos: A MON hatodik ülésszaka (573. oldal).
Vegyes hirek: (573—574. old. és a borítólap III. és IV. old.).

Az agydaganatok korai felismerése.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Ludo van Bogaert* (Brüsszel).

Az idegorvos és az idegsebész számára elmult az az idő, amidőn a koponyaürben helyet foglaló daganat diagnosisa lényegében a fejfájás, pangásos papilla és hányás hármas tünetcsoportján alapult. A vizsgálati eljárásokhoz újak csatlakoztak, amelyek közül csupán a Baillart-féle ophthalmodynamometriát, a röntgenfényképezést, a ventriculo- és enkephalographiát említjük. A korai diagnosis alapja mégis a klinikai vizsgálat maradt és fog is maradni.

A koponyaűr minden daganata *sürgős eset* még akkor is, ha az először észlelt tünetek a legenyhébbek. A fenyegető veszély hirtelen jelentkezhetik és lehetetlen megmondanunk, hogy a beavatkozás mikor járhat még haszonnal. A megvakulás veszedelme mindig ott leselkedik és a látásromlás kezdetétől számitott néhány nap alatt teljessé válhatik. Sokszor csak a végső stadiumot észleljük és sajátosképen a látás romlásának fokozódásával a fejfájás kevésbbé gyötrővé válik. Egyes betegek fejfájás nélkül érnek el a látóidegsorvadás stadiumába, mint azt gyakran hypophysisdaganat esetében, de olykor más tumorok mellett is látjuk. Koponyaüri daganat gyanuja esetén tehát meggondolatlanság azt mondanunk a betegnek, hogy esete nem sürgős, mert nem fáj a feje, hiszen másnapra teljesen vakon ébredhet.

Az északamerikaiak nagy haladása, hogy az idegsebészekre bizták a felelősséget a saját diagnostikájukon alapuló beavatkozásért. Ők tehát minden betegüket tekintet nélkül az előző neurologiai leletekre, újból átvizsgálják s minden vizsgálatot az végez, aki a beteget operálni fogja. Ez a szokás nálunk még nem honosodott meg; a klinikai vizsgálatban a főszerep még az idegorvos kezében van. Ez köteles szakmája haladásához mérten módositani az eljárásait s ezért talán nem lesz érdektelen, ha vázolom a nálunk szokásos vizsgálati eljárás alakulásait.

A koponyaüregbeli daganatok *klinikai syndromái* eltérnek azoktól, amelyeket egyéb gócos, idegrendszeri betegségekben észlelünk. Nem szabad elfelejtenünk, hogy neurologiai-klinikai és kisérletes kórtani ismereteink haladása vezetett bennünket a daganatok pontos localisálásához. Legújabban megtudtuk — s ez *Cushing* iskolájának érdeme —, hogy a koponyaüreg bizonyos daganatai *betegségegységek*, ezek *helye* csak szűk keretek között változik s oly klinikai képet hoznak létre, amely jórészt *a daganat természetétől függ*. Sőt azt is állithatjuk, hogy *bizonyos daganatféleség főleg bizonyos helyen jelentkezik s igy egyéni klinikai képpel is bir*. Ez alapon jórészt osztályozhatók azok a typusos klinikai megjelenésű extracerebralis koponyaüri daganatok, amelyek előszeretettel a koponyaalapon helyezkednek el. Ha a hypophysist extracerebralis szervnek tekintjük is, nem meglepő-e, hogy *Cushing* 1400 beigazolt daganatot felölelő statistikájában mintegy 50%-ot tesz ki az extracerebralis eredetűek aránya?

Betegeink vizsgálatában természetesen a szokásos neurologiai eljárásokra támaszkodunk. Különös gondot forditunk a tünetek kialakulásának időbeli sorrendjére. Egyes előrehaladott esetekben egyedül az előzményi adatok adják meg a kulcsot a localizáláshoz. Fontos, hogy a vizsgálatokat minden betegen ismételten végezzük el, sőt hogy a beteget többen vizsgálják, mert az agydaganat tünetei egyik napról a másikra változhatnak és a megfigyelő autosuggestiójának elég tág tere nyilik. Sokszor a klinikai megfigyelés hiányossága nem is a kikérdezés fogyatékosságán múlik, hanem azon, hogy az orvosnak nem áll módjában a megfigyelt tényeket pontosan feljegyeznie. Fontos tehát a kórtörténet gondos vezetése!

Szükséges azt is tudnunk, hogy a beteget operálták-e már előzőleg; a belsőszerveket és a bőrt gondosan kell megvizsgálnunk, gondolnunk kell rákáttétel lehetőségére.

---

* A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesületének Orvosi Szakosztályában és a vele egyesült Szegedi Orvosegyletben 1936. április hó 24-én tartott előadás.

Néha az enyhefokú neurofibromatosis tereli a figyelmünket meningeomára, vagy acusticusneurinomára. Gondosan vizsgáljuk meg a vérkeringés szerveit is, mert ezek zavaraiban az agyi complicatiók a daganatok tüneteit adhatják, beleértve a pangásos papillát is. Ne feledjük el azt sem, hogy polycythaemia daganatot is utánozhat és hogy a syphilis mellett egyidejüleg daganat is fennállhat. Mielőtt pedig egyes testrészek hypoplasiáját, vagy hypotrophiáját tumorral hoznók összefüggésbe, nyomoznunk kell szülési trauma, korai gyermekkori agyvelőgyulladás, avagy veleszületett és családi hypoplasiák után.

Bármily furcsának hangzik is, az idegorvos, amidőn daganat után nyomoz, rendszerint elhanyagolja a koponyát. Ennek vizsgálata — különösen nőkön — nem könnyű és annyira fontos, hogy *Cushing* épen ezért műtősegédeivel beretváltatja az operálandó, illetőleg vizsgálandó betegek fejbőrét. Gyermekeken — legalább is 10 éves korig — daganat esetén szabály szerint megnövekszik a fej térfogata. Nem ritkán halljuk ilyen esetben a koponya kopogtatásakor a Macewen-féle „repedt fazék"-hangot. A koponya körülirt érzékenységét figyelembe kell vennünk, de nem szabad túlbecsülnünk. Igen fontos a csontok elvékonyodása, ez nemcsak meningeomában, hanem felületes gliomában is előfordul. Ügyelnünk kell a hajas fejbőr ereire is, tágultságuk sokszor meningeomára, éspedig vérzékeny meningeomára utal: a sebésznek alaposan elő kell készülnie a vérzéscsillapitásra, nem annyira a hajas fejbőrön, amely rendszerint nem szokott vérezni, hanem az alatta fekvő csonton és durán. Figyeljük meg a felső szemhéj és a homlok venáit minden homlokagyi daganatra gyanus esetben: igen sokszor ül a daganat azon az oldalon, ahol a venák tágultak. Végezetül a koponya auscultatióját is el kell végezni. Az esetleges érzörej csak annyi következtetést enged meg a betegség természetére vonatkozóan, hogy érdús képződmény van jelen, tehát a műtétre megfelelően készüljünk fel.

A szemtükröt a neurologiai megbetegedés legkisebb gyanujában is használni kell. Nem elég a pangásos papilla vagy opticus-atrophia jelenlétét megállapitanunk, le kell vonnunk a következtetéseket is és nem szabad hosszantartó antilueses kezeléssel, vagy a mellüreg kitisztitásával időt töltenünk. Jól tudom, hogy opticus-atrophia esetében a szemész bizonyos kétkedéssel kéri az idegorvostól a koponyaüri daganat bizonyitékait. Mi ilyenkor suprasellaris hypophysisdaganat vagy olfactorius-meningeoma után kutatunk, bár kétségtelennek tartom, hogy opticus-atrophia a féltekék daganataiban is észlelhető. Kutatásunk sokszor hiábavaló marad. Erre a szemész és a röntgenologus igyekszik az ékcsonti öböl vagy a többi mellüregek fertőzését nekünk bebizonyitani. Ezzel aztán értékes idő veszhet el. Nagyon jól tudjuk, hogy sok opticus-atrophia eredetét nehéz tisztázni, azonban személyes tapasztalataink megerősitik a külföldi neurologusok ama véleményét, hogy az egyszerű szemidegsorvadás koponyaüri daganatok esetében sokkal sűrübben fordul elő, mint általában hiszik. Halvány papilla esetében, különösen, ha a látás fokozatosan romlik és a szemész nem tud valamely tiszta localis okot kimutatni, újból és újból elvégezzük a neurologiai és a perimetriás vizsgálatot.

A látótér beszűkülésének csak akkor van jelentősége, ha azt többszörös perimetriás vizsgálattal megerősithetjük. A látótérnek ujjal végzett vizsgálata semmiféle értékkel nem bír. A homonym hemianopsia, mint később látni fogjuk, csak a daganat oldaláról ad felvilágositást, közelebbi helyéről nem. A quadranshemianopsiában a kialakulás bizonyos körülményei fontosak.

Van még egy vizsgálat, amelyet a szemészre kell biznunk, még pedig mindig lehetőleg ugyanarra, hogy bizonyos állandó hibahatárokon belül maradjunk; ez az ophthalmo-dynamometria. Ez a Baillart-féle módszer lehetővé teszi az arteria centralis retinaeban uralkodó vérnyomás mérését. Előzőleg megállapitjuk a szem folyékony közegeinek nyomását. A normalis szemtensio tonometerrel mérve 24 Hgmm. körül mozog. A tensiomérés után a pupillát kitágitjuk és a szemfeneket egyenes képben megnézzük, majd a szemtekét addig nyomjuk, amíg az arteriák lüktetését meg nem látjuk. A Baillart-féle dynamometer segitségével grammokban tudjuk megmérni azt a nyomást, amelyet a szemtekére kell gyakorolnunk, hogy az első oscillatio megjelenjék; ez a *minimalis* arteriás nyomás 35 Hgmm-t tesz ki. Az arteria teljes elnyomása adja a *legnagyobb* nyomást; ez 70 higany-mm-nek felel meg. Normalis viszonyok között az arteria centralis retinae nyomása körülbelül a brachialis nyomás fele értékének felel meg: a minimalis értékek viszonya mintegy 0.45. Magas értékek esetében hypertoniára kell gondolnunk, azonban vannak esetek, amidőn helyi nyomásemelkedés áll fenn általános nyomásfokozódás nélkül.

Nélkülözhetetlen a koponya röntgenvizsgálata. A röntgenologusnak három kérdést teszünk fel: van-e daganat, hol van és milyen természetű? Nem mindegyik kérdésre lehet felelni, néha egyikre sem. Azonban a chromophob adenoma, vagy lapszerint terjedő meningeoma, a Rathke-tasak daganata egészen typusos képet adnak.

A tabula interna digitatiói, a hátsó processus clinoideusok pusztulása, a sella turcica kimélyülése — a fenekének roncsolása nélkül — felnőttön arra vallanak, hogy a koponyaürben a nyomás már egy idő óta megnövekedett. Ezekkel egyenértékü gyermeken a varratok szétválása. Az agysarló avagy a tobozmirigy elmeszesedésének önmagában nincsen értéke, de árnyékuk eltolódása jelentős lehet. Csontkimaródás ritka, de ha kimutatható, nagy értékkel bir. Meningeomák környékén a koponyacsont erosiót mutathat, ami az agyhártya arteriáinak kiszélesedésében nyilvánul; osteoma, csonttövisek és burjánzások jelenléte szintén fontos jel. Végezetül maga a daganat is elcsontosodhatik. Ez meningeomában ritka, gyakoribb gliomában, angiomában, a plexus chorioideus daganataiban és különösen teratomában.

Néhány szót még a ventriculographiáról. A lelkesedést, amellyel *Dandy* módszerét fogadták, mi kezdettől fogva nem osztottuk és megvalljuk, hogy 1924. óta csak olyan esetekben alkalmaztuk, amelyekben a daganat helyét a többi vizsgálati eljárások nem tudták felderiteni. Hazánkban, ahol még a diagnostika az idegorvos és nem a sebész kezében van, a tartózkodás a ventriculographiával szemben még egy további okból helyénvaló. Az eljárásnak egyik legváratlanabb eredménye az lehet, hogy véletlenül cystába vagy épen a keresett daganatba jutunk. A ventriculographia végzőjének tehát fel kell készülve lennie az agysebészet minden eshetőségére; ha cystát talál, azt konyhasóoldattal kell megtöltenie és rögtön hozzá kell látnia a nagy műtéthez, azaz a cysta kiüritéséhez s a parietalis daganat eltávolitásához. Valóban, ha a műtét halasztást szenved, ennek megtalálása nehézzé válhatik, amellett, hogy az időveszteségnek is meg vannak a veszélyei. A ventriculographiát kerülnünk kell súlyos hypertoniánál — amellyel az idegorvost gyakran felkeresik —, mert a következmények szintén sürgős beavatkozást igényelhetnek. A ventriculographiát tehát szabály szerint annak kell végeznie, aki ismeri annak határait, tévedéseit és kockázatait s aki ugyanazon ülésben végre tudja hajtani a végleges beavatkozást. Ami az enkephalographiát illeti, ezt agydaganatban mindenkor kerülnünk kell.

Laruelle „repérage ventriculaire" néven minimalis levegőmennyiséggel (10—15 ccm) történő enkephalogra-

phiát ajánlott. Ez kisebbiti a kockázatot, de a felvilágositást is. A hibaforrások miatt a képek értelmezése oly tapasztalatot igényel, aminővel mi nem rendelkezünk: a módszer gyakorlati értékét a jövő fogja megmutatni.

Az utolsó diagnostikai eszköz, amelyet azonban csak gondos mérlegelés után ajánlhatunk, a próbatrepanatio. Az agy explorativ műtétek számára kevésbé hozzáférhető, mint a has, mert felszinének csak kis része tárható fel. Mégis a műtét jó kezekben nem nagy kockázat, míg egy diagnostikus tévedésen alapuló beavatkozás az agyi folyadékkeringés veszélyes megváltozását okozhatja. Egyes esetekben ajánljuk is az explorativ műtétet, pl. ha a helyi tünetek meg vannak ugyan, de a kórfolyamat természete nem derithető fel s a beteg állapotának romlása gyors cselekvést kiván, avagy ha az opticus-atrophiában a látás igen gyorsan rosszabbodik. Mintsem hogy a beteget megvakulni hagyjuk, el kell végeznünk a transfrontalis exploratiót. Ezek a példák annyival is értékesebbek, mert a mozgató zóna kis daganataiban és angiomáiban, valamint a chiasmatájék valamennyi daganatában a ventriculographia nem sok felvilágositást nyújt.

*

Felesleges volna az agytumorok valamennyi lehetséges localisatiójáról e helyen áttekintést adnom. Következő fejtegetéseimben csupán a chiasmatájék daganataira, a meningeomákra és a hátsó koponyagödör daganataira szoritkozom, annál is inkább, mert ennek a három csoportnak nyilvánvalóan nagy a diagnostikai és therapiai érdekessége s gyakorlati fontossága, és mert ezekben az esetekben segithetünk legtöbbet betegeinken.

A chiasma táján az eltávolitható daganatok egész sora fejlődhetik. Ezeket korán fel kell ismernünk, mert közvetlenül nyomják a chiasmát és a látást sokszor irreparabilisan veszélyeztetik, anélkül, hogy az életet fenyegetnék. Ezek már azért is igen alattomosak, mert a neurologiai tünetek minimalisak lehetnek.

Egy a 30-as években lévő egyénen pl. a hypophysis elégtelenségének tüneteit látjuk: hypogenitalismust, elhizást, a bőr és szőrzet atrophiáját (a dyspituitarismus Babinski—Fröhlich-féle alakja vagy Cushing-féle sovány typus). Megvannak az intrasellaris tumor tünetei: retroorbitalis avagy bitemporalis főfájás, direct chiasmasyndroma, a röntgenképen megnövekedett sella. Akromegaliáról nincs szó, a neurologiai vizsgálat negativ eredményü, az intracranialis nyomás növekedésének semmi jele. Minden bizonnyal a hypophysis chromophob adenomája áll előttünk s ha a látás kezd rosszabbodni, a beteg már a megvakulástól sincs messze. Ez a daganatfaj gyermekeken is előfordulhat infantilis adiposo-genitalismussal. Gondoljunk ilyenkor craniopharyngeomára is. A diagnosis igazolódik a műtéti beavatkozáskor vagy legalább is az eltávolitott szövetdarabkák mikroskopos vizsgálatakor.

Nem időzöm az akromegaliánál és a hypophysis-eredetü óriás növésnél: okozójuk, az acidophil adenoma, régóta ismeretes, minthogy endokrin megnyilvánulása igen sokszerü. Azonban vannak alakok, amelyekben a daganatos tünetek igen kifejezettek. Ily esetekben az akromegaliás tünetcsoport enyhe és kezdettől fogva a szemtünetek állnak előtérben. Tisztán fejfájásos, hypothalamikus, sőt tisztára neuralgiás alak is ismeretes. A tünetek gyors fejlődése csaknem mindig cystás elfajulásnak tulajdonitható. Mellőzöm a basophil adenomákat, amelyeket újabban Cushing irt le; ezek besugárzással kezelendők.

A kraniopharyngeoma a hypophysis leggyakrabban előforduló veleszületett daganata. Többnyire a gyermek- vagy serdülő ifjúkorban találkozunk vele. Az anamnesisből rendszerint nem nyerünk pontos időrendi adatokat. Egyik esetben agynyomásos tünetcsoport áll fenn azzal a különbséggel, hogy a papillaszélek elmosódottsága opticus-atrophiához csatlakozik. Máskor hypothalamus-tünetek állanak előtérben, ismét máskor a hypophysis elégtelenségének jelei avagy egy kevert syndroma, sőt esetleg csupán a chiasma tünetcsoportja vonja magára figyelmünket.

A hypothalamus tünetcsoportját ma már jól ismerjük. A hypophysis-müködés zavara különböző klinikai képekben nyilvánul meg, a Lorain-féle infantilismustól az adiposogenitalis tünetcsoportig. A kórisme a chiasma tünetcsoportján alapul (opticus-atrophia, bitemporalis hemianopsia, amely ritkán tiszta és néha centralis skotomákkal társul, ritkán homonym hemianopsia), továbbá füzérszerü avagy csomós elmeszesedéseken a sella kitágulásával s a hátsó processus clinoideusok roncsolásával.

Három daganatfajról kell még e helyt néhány szót szólnom. A tuberculum sellae meningeomája felnőtteken fordul elő; ilyenkor a közvetlen chiasma-tünetcsoport mellett a sella turcica ép. A tuberculum sellae néha fokozatosan megvastagszik, az elülső processus clinoideusok néha alacsonyabbak s kivételesen láthatjuk előttük a meningeoma árnyékát, esetleg csontlerakódást. Mihelyt kész a diagnosis, műtétet kell végeztetnünk.

A chiasma és a nervus opticus gliomája (Martin és Cushing) gyermekeken fordul elő és szabálytalan határú bitemporalis hemianopsiát okoz. Az elülső processus clinoideusok néha lopótök- avagy omega-alakúak, a foramen opticumok asymmetriásan megnövekedtek. Igen gyakran a kraniopharingeoma operativ keresésénél akadunk reá; eltávolitása sokszor lehetetlen.

Az Olivecrona-féle suprasellaris cholesteatomákat fiatal egyéneken észleljük; chiasma-syndromát találunk hypophysis tünetek teljes hiánya mellett.

Néha daganat helyett arachnitis opto-chiasmatica okozza ezeket a tüneteket. Ez minden korban előfordulhat. Leggyakrabban látjuk fertőzések, különösen a mellüregek fertőzése után. A látásélesség igen gyorsan romlik; amíg a szemfenéken elváltozás nincs, neuritis retrobulbarisra gondolunk, ami mellett a centralis skotomák is szólanak. Gyorsan kifejlődik a primaer opticus-atrophia, esetleg egyidejüleg enyhe pangásos papilla. A látótér igen szabálytalan, hemianopsia is előfordulhat. Tumornak a röntgenképen és a ventriculogrammon semmi jele.

Az elülső koponyagödörben a meningomeának két faját kell ismernünk. Az egyik az olfactorius-meningeoma. A diagnosist korán kell felállitanunk a két frontalis lebeny összenyomása folytán kialakuló psychés tünetcsoport (intellectualis hanyatlás, ítéletgyengeség és euphoria), továbbá az anosmia alapján. Ez utóbbi gyakran féloldali. Hosszú fennállás esetén még főfájás, látászavar — esetleg a daganat oldalán opticusatrophia centralis skotomával és ellenoldali pangásos papilla (Foster—Kennedy-féle tünetcsoport) — fél- avagy kétoldali exophthalmus észlelhetők. Néha osteomát látunk a daganat tapadása helyén, esetleg mészlerakódást a daganatban, de ezek ritkaságok. Legtöbbnyire az egyik oldalon kifejezett, a másikon fejlődőben lévő opticus-atrophiát látunk. Mindenkor operálnunk kell, mert a látás javulása néha meglepő.

Fontos az elülső koponyagödör meningeomáinak egy másik faja, mert, bárha nehezen, de operálható: ez az ékcsont kis szárnyának a meningeomája. Ez néha hypophysistünetekkel, pl. adiposogenitalis syndromával vagy akromegaliával jár együtt, esetleg psychés zavarok kisérik. A röntgenkép jellemző, amennyiben gyakran látunk a kis ékcsontszárnynak megfelelően csontmegvastagodást, sőt osteomát, továbbá a daganat oldalán a sella turcica usuráját. Ezek a daganatok sokszor nagyon véreznek és eltávolitásuk néha végzetes. Nehéz a korai elkülönitésük a chiasma-tájék daganataitól s az olfactorius-meningeomáktól.

Igen nagy sebészeti jelentősége van a parasagittalis meningeomáknak (Cushing és Elsberg). Ezek a durából indulnak ki közvetlen a sinus longitudinalis superior szélén, esetleg ennek falából, avagy a falxból. Itt említem meg azokat a convexitási meningeomákat is, amelyeket a sinustól egy többé-kevésbbé széles szabad dura-darab választ el (Olivecrona). Ha a sinus longitudinalist három sectorra osztjuk, az elülső, középső és hátsó harmad meningeomáit különíthetjük el. Külön csoportot képviselnek a falx meningeomái.

Az elülső sinus-syndromát jellemzi Olivecrona szerint 1. hosszú kórelőzmény több éves főfájásokkal, 2. psychés zavarok, amelyek néha a beteg környezetének is feltünnek, máskor azonban ezeket csak a vizsgálat, illetőleg megfigyelés deriti ki, 3. enyhe centralis typusú facialis-paresis, 4. kétoldali pangásos papilla csekély atrophiával és jelentősebb látásromlással a daganat oldalán, 5. hypo- vagy anosmia. Ez a tünetcsoport azáltal különbözik az olfactoriusmeningeomától, hogy a Foster—Kennedy-féle syndroma hiányzik, a psychés zavarok kevésbbé kifejezettek, a szaglási zavarok enyhébbek. A fissura Sylvii meningeomája esetén rendszerint hemianopsiát és röntgen-elváltozásokat találunk. A frontalis convexitás ritka meningeomáinak tünetei, a röntgen-elváltozásoktól eltekintve, körülbelül azono-

sak. A homloklebeny és a corpus callosum gliomái rosszindulatúak, ezért kórlefolyásuk rövidebb, a psychés leromlás gyors, az általános állapot rosszabb. A jóindulatú gliomákat gyakran cserélik össze az elülső sinus-meningeomákkal, noha látási és szaglászavarok glománál csak kivételesen fordulnak elő.

A középső sinus-syndroma tünetei: 1. hosszú kórlefolyás lassan fejlődő kérgi monoparesissel az alsó, ritkán a felső végtagon. Ezt gyakran előzik meg, vagy társulnak hozzá, érző vagy mozgató rohamok. Érzészavar soha sem kifejezett s főleg akkor találjuk, ha a bénulás az alsó végtagon kezdődik. Aphasia ritka és mindig későn áll elő. 2. Nyomásfokozódás jelei rendszerint hiányoznak. A convexitas meningeomái csaknem mindig Jackson-rohamokkal és felső végtagparesissel kezdődnek. Ha a daganat a középvonaltól kissé távolabb fekszik, a Jackson-rohamok s a paresis az arcon jelentkeznek először s az alsó végtagot utoljára érik. Ha a daganat baloldalt van, gyakori az aphasia és már korán jelentkezik. A kórkép igen hasonlít ahhoz, amelyet e tájék gliomái okoznak.

A hátsó sinus-syndroma képe igen typusos: 1. hosszú kórlefolyás főfájással és agynyomásos tünetekkel, 2. csaknem mindig homonym hemianopsia, szabályszerüen a macula megkimélésével, noha a látótér-kiesés igen változatos lehet, 3. ha a daganat elöl helyezkedik el, érzészavarok, 4. baloldali fekvéskor sensoros aphasia, agraphia és alexia. A convexitás meningeomái e vidéken igen ritkák és diagnostikai elkülönítésük lehetetlen. A sinus transversusái is ugyanazon képet adják, de ventriculographia segítségével elkülöníthetők. A nyakszirtlebeny gliomái ritkák, rendszerint rosszindulatúak, súlyos psychés zavarokkal járnak, agynyomást okoznak, gyorsan kialakuló érzészavarokkal és azokat követő bénulásokkal Hasonlóan fejlődnek sokszor a jóindulatú gliomák is; ezek előszeretettel meszesednek el. A halántéklebeny gliomái, amelyek gyakoriak és csaknem mindig jóindulatúak, igen hasonló klinikai képet okozhatnak, bár a felső látótér-fél jellegzetes quadrans-hemianopsiája (Cushing), amely nem kíméli a maculát (Horrax és Putnam) nyakszirti daganatokban nem szokott előfordulni. Ezekben az esetekben gyakran ventriculographia szükséges.

A falx meningeomáinak nincsenek jellemző tünetei. Ha elöl vannak, utánozzák az elülső sinus-daganatokat és akkor kell rájuk gondolni, ha typusos tünetek mellett a csontelváltozások hiányoznak. Valószinüleg ugyanez áll a többi elhelyezkedési módokra is, de ezekre vonatkozólag még nem rendelkezünk elegendő adattal.

Csak néhány szót a mély gliomákról. Bár korai felismerésük könnyebb mint a meningeomáké, mert általános agynyomásos tüneteket okoznak, therapiai fontosságuk csekélyebb, mert jelenleg nem tudunk hozzájuk férközni.

Végezetül a kisagy daganatait szeretném tárgyalni, különösen azokat, amelyek a gyermekkorban fordulnak elő. Ezeket ugyanis sokszor félreismerik, mert gyakran hányással és agyhártyaizgalmi tünetekkel járnak. Ha májeredetü, avagy acetonaemiás hányás, bélzavarok, vagy appendicitis kizárhatók, mindig gondoljunk agydaganatra, éppigy minden meningealis izgalomkor, különösen, ha az hosszabb tartamú. Ha obstipatio, a felső légutak megbetegedése, vesebetegségek, accomodatiós és egyéb szemzavarok kirekeszthetők, daganatra kell gondolni. Főfájás gyermeken ritkább. Ne bizzuk magunkat a migraine diagnosisára a pubertás kora előtt. A szemmozgások zavarai közül a kancsalságot túlsürün tartják veleszületettnek és gyakran rendelnek szemüveget anélkül, hogy a szemfeneket megnéznék. A járászavarokat, ügyetlenséget, hypotoniát, astheniát, amelyek oly gyakoriak a hátsó koponyagödör daganataiban, legtöbbnyire angolkór, avagy chorea rovására írják. Cerebellaris rohamokat elsápadással, opisthotonussal gyakran tartanak tetaniának, ájulásnak. Tarkófájdalmat, a IV. agykamra bizonyos daganataira jellemző fejtartást mint torticollist, vagy spondylitist kezelnek. Sokszor tartják az esetet veleszületett syphilises eredetünek, amíg a hirtelen megvakulás nem vezet a helyes diagnosishoz. A hátsó koponyagödör daganatainak felismerése, ha a szemfenéki vizsgálatot többször meg nem ismételjük, gyermekben még kevésbbé lehetséges, mint felnöttben.

Ha egyszer gondolunk daganatra, a diagnosis már nem nehéz: sklerosis multiplex gyermekkorban ritka, a tabes juvenilis serologiailag felismerhető, posttraumás vagy spontan vérzés lefolyása kedvező, kezdete hirtelen, az agy-gerincvelői folyadék véres. A veleszületett myatonia és a Friedreich-betegség öröklődő és világrahozott; agynyomásos tünetek hiányoznak. „Acut ataxia" hirtelen jön, fertözés tüneteivel jár és néhány hét alatt gyógyul.

De mivel igazoljuk, hogy valóban subtentorialis a daganat? A frontalis és kisagyi daganat elkülönítésének vannak bizonyos nehézségei gyermekben annyival is inkább, mert a III. és IV. agykamra hydrokephalusa infundibularis tüneteket és a sella turcica kitágulását okozhatja. Természetszerüleg suprasellaris daganatra gondolunk. Itt a tünetek kialakulása igen fontos s a ventriculographia hasznos szolgálatokat tehet.

A IV. agykamra tájának daganatai között a medulloblastoma és a tuberculum klinikai képe sokszor megengedi mütét előtt a diagnosist. Medulloblastoma esetén az agynyomás növekedése hamar áll be és intensiv, a kisagyi-vestibularis tünetek kétoldaliak, tonusos és statikai természetüek, az agyalap nyomásának nincsenek jelei. Gyors és rosszindulatú kialakulás, korai és súlyos kachexia, metastasisok zavarhatják különösebben a kórismét. Haemangioma esetén a nyomásos tünetek későn jelentkeznek és csekélyek, a kisagyi mozgási zavarok állanak előtérben és a bulbaris tünetek kifejezettek. A kialakulás lassú, a mütéti prognosis komoly, azonban recidiva nem fordul elő. A kisagyi féltekék astrocytomája lassan fejlődik, jellegzetes a statikus hypotonia, az incoordinatio, főleg féloldalt. Agyalapi tünetek nincsenek. A vermis astrocytomája és e környék ependymomája és papillomája jóindulatú daganatok, azonban nehezen operálhatók a sokszor korán csatlakozó bulbaris szövödmények miatt.

A tobozmirigy daganatai utánozhatják a kisagy középső részének daganatait. A cerebellaris tünetekhez társulnak a corpus quadrigeminum bántalmazottságának jelei: verticalis tekintési bénulás és pupillamerevség. A makrogenitosomia praecox nem állandó tünet és előfordul a corpus mamillare daganataiban is!

A kisagy tuberculuma mindenkor intrahemisphaeriális. Az általános leromlást agynyomásos tünetek vezetik be, amelyek gyakran enyhék, majd egyoldali vestibularis tünetek jelentkeznek. Pangásos papilla néha acutan fejlődik. Végezetül szólnom kell röviden a hátsó koponyagödör arachnitiséről. Erre csak akkor gondol az ember, ha daganatot nem talál. Az arachnitis bántalmazhatja az agyidegeket; sokszor észlelünk diffus, részleges, múló bénulásokat, legtöbbször a trochlearisét, ritkábban a facialisét, igen ritkán a trigeminusét és acusticusét. Bulbaris tüneteket soha sem látunk. Ha az arachnitis elzárja a cisterna magnát, a középvonalban elhelyezkedő jóindulatú daganat képét nyújtja, határozott agynyomásos jelekkel, pangásos papillával és kifejezett cerebello-vestibularis tünetekkel. A kórelőzményben gyakori a fertöző betegség. A beavatkozás gyógyulásra vezet.

Az előadott tünettan alkalmazható a felnöttek hátsó koponyagödörbeli daganataira is.

Előadásom tárgyául azért választottam a chiasmatájék daganatait, a meningeomákat s a hátsó koponyagödör daganatait, mert ezeknek gyakorlati fontossága a legnagyobb. Ezeket kell korán felismernünk, mert ezeket sebészileg kell kezelnünk. A féltekék s a központi magvak gliomáiban, sajnos, a korai diagnosis sem ad vigasztaló therapiai lehetőségeket.

Emlékeztető!..

„Különösen ajánlom kartársaim figyelmébe a nem iskolához kötött patiensek elő- és utóidényben fürdőre küldését. Ez fürdőink és üdülőhelyeink olcsóbbodásának kulcsa, hogy ne hat hét alatt igyekezzenek tőkebefektetésük kamatait megkeresni. — Mindenképen azon legyünk, hogy ez *az elő- és utószezon necsak papíron legyen meg*, hanem kihasználtassék mint életrevaló gondolat, amiért érdemes volna néhány nagyobb és nevénél fogva is vonzóbb fürdőnek tömegellátásra is (napi 4—5 pengőért) berendezkedni." (Siófokon már ez megvan.)

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1935. é. congressusán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (megbízott vezető: Somogyi István egyetemi c. rk. tanár.)

Interparietalis tünetcsoport és automatiás helyzetváltozások együttes előfordulása schizophrenia egy esetében.

Irta: *Angyal Lajos dr.* egyet. tanársegéd.

Magnus és tanítványai évtizedeken át folytatott, rendszeresen kiépített állatkisérletek által számos mozgási és tonusproblemát tisztáztak. Eredményeik nagy részét az emberi agypathologiai kutatás is igazolta, ami elsősorban *Simons, Goldstein, Riese, Zingerle, Hoff* és *Schilder, Pette, Foerster* és *Schaltenbrand* vizsgálatainak köszönhető. A helyzeti és tartási reflexek és az automatiás testhelyzeti változások vizsgálata ma már az idegkórtani kórismézés új, értékes gyarapodásaként tekinthető, amelynek a jelentősége ugyan egyelőre még nem mérhető fel pontosan, de amely máris fontos adatokat szolgáltatott a kisagy, a vörösmag-rendszer, a homloki és fali lebeny, a pyramidalis és extrapyramidalis rendszer kórélettanához és tünettanához. Tudjuk, hogy az inducált tonusváltozások megjelenése kisagyi és a kisagy működését gátló vagy elősegítő supracerebellaris pályák sérüléséhez van kötve. A tünet lényege a mozgásnak, mint egésznek működésbeli szétbomlása és a mozgási complexum reflexes-tonusos elemeinek a kihangsúlyozódása. A tünetet nem kisérik szükségszerűen a régi értelemben vett idegkórtani tünetek, mint paresis vagy reflexzavarok.

Alábbi eset közlésével a helyzeti és tartási reflexek és az automatiás testhelyzetváltozások neuropsychiatriai localisatiós jelentőségére kivánok rámutatni. Egy serdüléses elmezavarban szenvedő egyén kórrajzát közlöm, akin az összetett agyi működésre vonatkozó agykérgi góctünetek nagy számban és szokatlan tisztaságban jelentkeztek és nagy valószinűséggel engedtek következtetni a kórfolyamat localisatiójára és kiterjedésére. Esetem a következő:

P. M. 21 éves egyetemei hallgató. Kórelőzmény: Atyai nagyszülei elmebetegek voltak, atyja alkoholista. — Születése, fejlődése rendes. Jó felfogású, emellett mindig zárkózott, félrevonuló természetü egyén volt. Már gyermekkorában kifejezetten visualis typusú egyén volt, éber fantáziákra hajlott, később ügyesen rajzolt és festett. Néhány hét óta nagyon lehangolt. Egy hete az az érzése van, hogy valami összezavarodott a fejében, a tér és idő fogalma elmosódott előtte. Az egész világot irrealisnak, furcsának, megváltozottnak látja. Öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik. Felv. a klinikára 1933. III. 2.

Jelen állapot: Astheniás alkatú egyén. Belgyógyászati, ideggyógyászati és vérvizsgálati lelete negativ. Magaviselete rendezett, de tétovázó, tanácstalan. Spontaneitása csökkent, kifejezetten introvertált. Betegségéről elmondja, hogy ez év jan. óta néha éjszaka, hirtelen sajátságos félelem érzés lepi meg. „Hirtelen . . . mintha valami megrázott volna . . . és akkor az volt az érzésem, mintha elvesztettem volna a Ego-m tudatát. És egy pillanat alatt végig éltem az egész életemet és az a sok élmény, ami felmerült, olyan réginek tünt fel . . . mintha 100 év előtt éltem volna azokat át. Aztán az egész eltünt és én elaludtam." Az utóbbi időben semmi sem érdekli, kötelességét elhanyagolja, állandó tárgytalan félelmi érzés kinozza. Öngyilkossági tervekkel foglalkozik. „Négy nap óta ez az állapot folyton tart. Ugy érzem ezt az életet, mintha én egy elvontság lennék, egy abstraktum, és én úgy mesziről nézném magamat. Megváltoztak a fogalmak a számomra: ha ránézek valamire, az nem azt jelenti, amit régen, hanem úgy visszagondolkozom, hogy mit jelentett régen, tehát most is ugyanaz. Pl. orvos: felbukkan bennem, hogy orvoshoz mentem, ha valami bajom volt és hogy általában a betegek orvoshoz szoktak menni, da maga a fogalom úgy, hogy magyarázgatás nélkül tudjam, az nem, pedig ez ugye egyszerü fogalom? Máskor nem tudom, hogy miért fekszem, miért eszem, miért dolgozom? Ilyenkor minden dolgot át kell gondolnom, logikailag meg kell magamnak magyaráznom, különben valami kinos, bizonytalan érzés marad vissza bennem. Emellett nem tudok érezni." — Érzései leírására a következő kifejezéseket használja: „Ilyenkor úgy érzem, mintha az emberiség és közöttem egy hasadék lenne . . . mintha elszigetelt jelenség lennék . . . mintha én nem lennék . . . mintha az érzésem a világgal szemben megszünne." — Minden akaratelhatározás vagy cselekvés rendkivül nehezére esik. Ugy érzi, mintha két személy lenne benne: az egyik akarja az illető cselekvést, a másik nem. Az érzelmi élete hasonlóan ambivalens: egyszerre örül valaminek, meg nem.

Sajátos *érzékelési rendellenességekről* panaszkodik. Igy előfordul, hogy a tárgyakat nagyobbaknak, vagy kisebbeknek látja, mint amilyenek a valóságban. Időnként a tükörbe nézve, teljesen idegenszerünek találja magát. Ugy érzi, mintha a tagjai idegenek lennének; kezeit, lábait megtapogatja vagy megcsipi, hogy a fájdalomérzés által meggyőződjék róla, hogy ezek valóban az ő testéhez tartoznak. — Előfordul, hogy az utcán úgy látja, mintha a két házsor falai összetérülnének, mintha a házak rá akarnának dölni. A házfalak összetérülését rajzzal is illusztrálja. „Néha a távbecslésem abnormalis — mondja, — pl. 3 m távolságban levő tárgyra azt mondom, hogy 6 m-re van és efölött vitatkozom. Megtörtént az is, hogy valamit el akartam venni az asztalról és mikor kinyujtottam a kezem, láttam, hogy még cca. 1 m-re van a kezemtől. Sokszor megtörtént, hogy valami vagy nagyon közelnek, vagy nagyon távolnak tünt fel, ami nem felelt meg a valóságnak. Az is előfordul, hogy a tárgyak nagyságát nem tudom megítélni. Pl. egy tollszárra, ami 25 cm, azt mondom, hogy 10 cm hosszú, hiába mondják nekem, hogy több, hiába mérem le, én csak azt érzem, hogy 10 cm. — Máskor, különösen reggelenként, olyan furcsa volt a látásom: a tárgyak határvonala elmosódott, mintha az egész vízben lenne, ami az alakot eltorzitja, néha megtöri. Néha nem tudtam, hogy hova lépek és ha léptem, nem tudtam, hogy lent van-e a lábam. Az is előfordult, hogy sakkozás közben a figura mellé nyúltam és feldöntöttem.

III. 17-én panaszkodik, hogy nem tud olvasni, mert a megkezdett sor közepütt megszakad és a folytatása 2—3 sorral lentebbi niveauba tolódik el. — Tárgyak mellé nyúl néha félméterrel is. (kisérletileg is kimutatható).

A helyzeti és tartási reflexek vizsgálata V. 5-én, majd az észlelés alatt több alkalommal is megismételve a következő eredményeket adta:

1. Alapkisérlet: fejet jobbra csavarva a j. o. váll és kar kissé emelkedik, a j. kar jobbra kitér, a b. kar a középvonalban marad, a törzs mérsékelten jobbra csavarodik. A fejet balra csavarva a b. váll és b. kar emelkedik, a b. kar balra térül, a j. kar helyzete változatlan, a törzs kissé balra csavarodik. A reactio mértéke az alapkisérlet normalis fokát nem haladja meg. Hypnosisban a reactio intensitása változatlan.

2. Spontan emelkedési reactio: a vízszintesen előrenyújtott karok néhány mp mulva kissé emelkednek. Az emelkedés j. o. nagyobb, mint b. o. Hypnosisban a reactio változatlan erősségű.

3. Széttérülési reactio: a vizszintesen előrenyújtott karok néhány mp mulva mérsékelten széttérülnek. Hypnosisban a reactio igen nagy mértékben fokozódik.

4. Pronatiós tünet: a beteg a vizszintes síkban tenyérrel lefelé előrenyujtja a karjait. Pár mp mulva a radialis szél b. o. kissé süllyed, j. o. változatlan. Tenyérrel felfelé néző kéztartás mellett a tünet m. o. gyengén positiv. Hypnosis a tünet erősségét nem változtatja.

5. Helyzetrögzitési reactio (Lagebeharrungstendenz): a vizsgálat kiindulási pontja ugyancsak a vizszintes síkban előrenyujtott kartartás. Most — miközben a beteg az egyik karját továbbra is a felvett vizszintes helyzetben tartja, a másik kar helyzetét passive úgy változtatjuk meg, hogy a) a nyugalmi helyzetben levő karral felfelé, b) a nyugalmi helyzetben levő karral lefelé kb. 60

fokos szöget képezzen. A kisérleti kar most ebben a helyzetben marad 30 mp-ig, utána a beteget felszólítjuk, hogy a kisérleti kart hozza a nyugalmi karral egyenlő magasságba. a) esetben a beteg a kisérleti kart mintegy 3 cm-rel magasabbra, b)-ben 3 cm-rel alacsonyabbra állítja be anélkül, hogy a magassági különbség a számára tudatos lenne. Hypnosisban a magassági különbség betegünknél kb. 12—15 cm-re fokozódik. — A tünetet m. o. egyformán positivnak találtuk. Ugyancsak positivnak bizonyult a tünet akkor is, ha sensoros formában vizsgáltuk, vagyis úgy, hogy a kisérleti kart állitottuk be a niveau fölé, a niveauba ill. a niveau alá.

6. *Az alsó végtag túlhajlítási (hyperflexiós) tünete* úgy éber állapotban, mint hypnosisban negativ volt.

7. *Kisagyi utánzási tünet:* hátonfekvő helyzetben a beteg egyik lábát mérsékelten térdhajlításba hozzuk. Ezt a helyzetet kell a betegnek a másik lábával a) túlhajlított, b) túlfeszített helyzetből utánozni. A beteg úgy az a), mint a b) esetben m. o. kisfokú túlhajlítással utánzott, vagyis a kisérleti lábat a nyugalmi lábnál kissé erősebben hajlított helyzetbe hozta. Hypnosisban a tünet hasonlóan kis fokban positiv volt.

8. *Inducált spontan mozgások és helyzetváltoztatások:* a beteg párna nélkül, fejét kissé hátra hajlítva hátán fekszik, tagjait minimalisan megfeszíti, A) az alsó végtag hajlítása a csipőizületben éber állapotban a felső végtagra hatástalan, hypnosisban a beteg vállában feszülést érez, de látható elmozdulás nincs. — B) A csipő kifelé rotatiójakor a beteg az azonos oldali felkarjában éber állapotban kisfokú, hypnosisban kifejezett feszülést érez, látható elmozdulás nélkül. — C) A láb passiv dorsalflectálása éber állapotban hatástalan, hypnosisban az azonoldali kéz ujjaiban és csuklóizületében kifejezett, hirtelen inducált dorsalflexio jelentkezik. — D) A láb hüvelykujjának erélyes passiv dorsalflectálása éber állapotban j. o. hatástalan, b. o. az azonos oldali kézhüvelykben minimalis dorsalflexio jelentkezik. Hypnosisban a kisérlet alkalmával a megfelelő kézhüvelyben hirtelen kifejezett extensiós elmozdulás jelentkezik. A tünet hypnosisban vizsgálva m. o. egyformán positiv.

A felső végtag és a fej passiv mozgatása által az alsó végtagon inducált tonusjelenségek nem voltak kiválthatók. Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy a vizsgálatok természetesen mindig behunyt szem mellett történtek és ügyeltünk arra, hogy a jelentkező tünetek a betegnek tudomására ne jussanak, hogy ezáltal az akaratlagos kiegyenlítési törekvéseket kizárjuk. A vizsgálatokat úgy éber állapotban, mint hypnosisban több ízben megismételtük és minden alkalommal azonos eredményt kaptunk. A Goldstein-féle inducált tonusos helyzetváltozások vizsgálata alkalmával mi *Hoff* és *Schilder* eljárását követtük: a beteg semmi olyan utasítást nem kapott, hogy a jelentkező mozgási tendenciáknak adja át magát: az egyetlen utasítás volt, hogy nyugodtan feküdjék és a tagjait minimalisan feszítse meg. Minden vizsgálatot úgy éber állapotban, mint hypnosisban elvégeztünk. A beteg kitünően volt hypnotizálható. Hypnotikus állapotban parancsra felült, járt, a parancsokat pontosan végrehajtotta, kérdéseinkre észleleteiről a hypnosis alatt beszámolt, hypnosis után teljesen amnesiás volt. — Végül megemlítjük, hogy az alapkisérlet, a spontan emelkedési reactio, a széttérülési, pronatiós és a helyzetrögzítési tünetek vizsgálata ülő, a túlhajlítási és a kisagyi utánzási tünet, továbbá az inducált spontan mozgások vizsgálata hátonfekvő helyzetben történt.

Érzékelési zavarai később fokozatosan megszüntek, egyébként változatlan állapotban hozzátartozói 1933. V. 27-én hazavitték.

Katamnesis: 1933. XI. 25. Régebbi panaszai megszüntek, de semmi iránt sem tud érdeklődni. Ugy érzi, mintha valami összeomlott volna benne. „Egy év előtt még bő fantaziám volt — mondja, — és most egészen gondolatsivár vagyok: csak heverek mozdulatlanul, gondolat nélkül, semmi sem érdekel. Es nem tudok érezni se szeretetet, se örömet." Művészi ambitióiról és a tanári pályáról lemondva arra gondol, hogy valami egyszerű ipari foglalkozással kellene megpróbálkoznia. — A betegen úgy intellektuálisan, mint az affektiv életében kifejezett hanyatlás, alacsonyabb fokra való süllyedés állapítható meg.

Érzékelési zavarai teljesen megszüntek. A helyzeti és tartási reflexek vizsgálata alkalmával a V. 5-én felvett leletekhez viszonyítva lényeges különbséget találtunk, amennyiben az akkor hypnosisban erősen positiv széttérülési és helyzetrögzítési tünet jelenleg lényegesen enyhébb mértékben észlelhető, továbbá *az inducált spontan mozgások és helyzetváltozások teljesen megszüntek, sem éber állapotban, sem hypnosisban nyomokban sem válthatók ki.* — Ezóta a beteget ismételten volt alkalmunk vizsgálni, azonban további változás sem psychés, sem neurologiai tekintetben nem volt észlelhető.

Betegünkön a Schub egész tartalma alatt jelentkeztek a látási emléknyomok és érzetek térbeni elrendeződésének különböző zavarai, így: mikropsiák, makropsiák, metamorphopsiák, hibák a tárgyak távolságának és nagyságának megbecsülésében, olvasásnál a sorok irányának a megtörése, utcán a házfalak összetérülése stb. Emellett a Pick-féle autotopagnosia csoportjába sorolható jelenségekkel is találkoztunk. Gyakran előfordult pl., hogy a tagjait idegeneknek érezte, a kezét, lábát meg kellett csípnie, hogy meggyőződjék róla, hogy ezek valóban az ő testrészei. Máskor a helyzetérzése volt zavart Tehát esetünkben úgy a testschema zavarai, mint a metamorphopsiák kétségtelenül megfigyelhetők voltak. Neuropsychiatriai localisatiós törekvésünket esetünkben fenti tünetek mellett az ideggyógyászati vizsgálat is alátámasztja, amennyiben a hypnosisban erősen fokozott széttérülési és helyzetrögzitési tünet valamint különösen az inducált spontan mozgások és helyzetváltozások *(Goldstein)* jelenléte ép kisagy mellett *Schilder, Kauders, Gerstmann* és *Zingerle* szerint elsősorban a parieto-occipitalis vidék bántalmazottságára utal. *Zingerle* a helyzeti és tartási reflexekről írt egyik értekezésében 6 esetet közöl, amelyeknek a localisatióját a következőkben foglalja össze (Z. Neur. 105. 596. I.): „A pyramispályák részéről egyik esetben sincs kimutatható súlyosabb károsodás. Ezzel szemben áll 4 esetben *mindkét, vagy az egyik fali lebeny biztos, vagy legalábbis nagyon valószinü kórfolyamata.* A bécsi iskola megfigyelései és felvételei ugyancsak támogatják ezeknek az eseteknek a jelentőségét a parieto-occipitalis vidéknek a helyzeti és tartási reflexek elsődleges kérgi központjához való viszonyát illetőleg." — A közelmultban nekünk is alkalmunk volt egy esetet észlelni (V. J. 45 é. földmüves, felv. sz. 412/1935.), amelyben a b. o. fali vidéket ért tompa ütés után amnestikus aphasiás jelenségek és a sérült agyfélteke irányában való testschemaelhúzás mellett a sérüléssel ellentétes oldalon a helyzeti és tartási reflexek nagymértékű fokozódása volt észlelhető. Pyramis tünetek vagy paresis ezen az oldalon nyomokban sem voltak kimutathatók. A tünet magyarázatául kizárólag a tonusszabályozással és a tartási functióval összefüggő mélyebb automatismusoknak a kérgi gátlás alól való felszabadulása volt felvehető. Az esetet más helyütt fogjuk részletesen közölni.

Betegünkön tehát a testschema zavarai, a látási elemek térbeni elrendeződésének a zavarai és a kimutatható

indukált spontan mozgások és helyzetváltozások egyaránt az alsó fali lebeny kórfolyamatára utalnak és pedig a testschemazavarok mint a parieto-postcentralis vidék és az Elliot-Smith-féle sensory-visual band góctünetei foghatók fel. A gyrus supramarginalis szerepe a testschemazavarok keltekezésében különösen szembetünő *Schaffer* éveken át klinikailag észlelt és később szövettanilag is feldolgozott esetében, hol kétoldali gyrus supramarginalislágyulás volt jelen. Az eset kétségtelenül bizonyítja, hogy a gyr. supramarginalis elroncsolása okozza a felületes és mélyérzés topoanaesthesia és astereognosia néven ismert defektusait. A látási elemek térbeni elrendeződésének a zavarai ugyancsak a sensory-visual band és a parieto-occipitalis határterület kórfolyamatára vezethetők vissza. Betegünkön a schizophreniás kórfolyamatnak ilyképen túlnyomóan az alsó fali lebenyre való korlátozódását a klinikai tünetek egyértelműsége mellett kétségtelenül felvehetjük. De localisatiós törekvésünk jogosságát közvetve *Horányi* és *Miskolczy* kórszövettani leleteivel is alátámaszthatjuk, akik 13 schizophren eset agykérgének arealis quantitativ átvizsgálásakor úgy találták, hogy a phylogenetikailag legfiatalabb és fajlagosan emberi agyrészeknek az arealis-dyscontinuus megbetegedése képezi a schizophrenia bonctani correlatumát. Ennek megfelelően az egyes esetekről *Miskolczy* által felvett és a kórfolyamat kiterjedését és súlyosságát jelző agytérképeken az alsó fali lebeny egyike azoknak a területeknek, amelyek a legsúlyosabban voltak megtámadva.

A testschema zavarai és a metamorphopsiák mellett azonban egy másik tünet az, ami betegünkön az előtérben áll, és pedig a fogalmak széthasadása, dissociálódása. A fogalomdissociatio ép öntudat mellett typusosan schizophren gondolkozási zavar: lényege a fogalmat alkotó érzékelési, itéleti és érzelmi elemek széthasadása következtében a fogalmak hiányos reproductiója és a Gestaltszerű felfogás zavara.

Jelen közlemény kereteit meghaladná, ha a fogalomdissociationak a schizophren processustünetekhez való viszonyát ehelyütt tárgyalni akarnók, csupán arra akarok rámutatni, hogy ez a tünet a schizophren prozessualis gondolkozási zavar minden megjelenési alakjának magvaként feltalálható, továbbá, hogy a fogalomdissociatio, a testschemazavarok és a látási elemek térbeni elrendezésének a zavarai között messzemenő párhuzamosságot látunk, amennyiben mindhárom tünetet a „Gestalt"-képzés functionális zavarának tarjuk.

Esetünknek casuistikus érdekessége mellett a schizophreniai klinikája és psychologiája szempontjából is nagy jelentőséget tulajdonítunk. A hasonló esetek száma korántsem olyan ritka, mint képzelnők: *Gurewitsch* négy schizophren betegen észlelt interparietalis syndromát, én ugyancsak 4 idevágó esetet közöltem, de az azóta vizsgált anyagon újabb 3 esetben sikerült az interparietalis syndromát kétségtelenül feltalálnom. Valószinű, hogy ha a figyelem fokozottabb mértékben fog a schizophrenia góctünetei felé irányulni, hasonló esetek sokkal nagyobb számban fognak észlelésre kerülni. Ugyanaz áll a helyzeti és tartási reflex-systema zavaraira és az indukált helyzetváltozásokra is: ha a betegeket ebben az irányban rendszeresen fogjuk vizsgálni, bizonyára itt is nagyobb számban fogunk positiv eseteket találni. Igy pl. egyik katatoniás stuporos betegünkön a közelmultban alkalmunk volt megfigyelni, hogy az alsó végtag passiv kifelé rotálása az azonos oldali felső végtag kisfokú kifelé való rotatióját inducálta. Az interparietalis syndroma értékelésénél természetesen komolyan figyelembe veendő, hogy a betegek legnagyobb része az ide tartozó tüneteket psychosisában feldolgozza és gyakran bizarr tartalmú téveszmékké alakítja át, amelyeknek a magvát alkotó eredeti góctünet már alig, vagy egyáltalán nem ismerhető fel.

Mindenesetre figyelemreméltó jelenség, hogy *Sakel* és *Benedek* az utóbbi időben a schizophrenia insulin-shokkezelésével kapcsolatban nagy számban észleltek az interparietalis syndroma körébe vágó zavarokat. *Benedek* szerint „bizonyos, hogy az optikai megismerési folyamatnak komplikált felépítettsége és definitiv egésszé alakítottsága az insulinnak nagy mennyiségei által károsodást szenvedhetnek." Tehát ezekben az esetekben az idő-, tér-, alak-, mozgásszemléleteknek, mint Gestalt-functiónak az insulin mérgező adagjai által okozott decompositiójáról van szó. — Klinikánkon a schizophrenia shok-kezelése 10 hónap óta rendszeres utánvizsgálás tárgyát képezi, és pedig eddigi eseteink nagyobb részében a Meduna-féle cardiazol-shok therapiát, kisebb részében a Sakel-féle insulin-shok-kezelést alkalmaztuk. Mi a cardiazol-shok kezeléssel kapcsolatban észleltük egyes tünetek megjelenését, melyek az interparietalis syndromába sorolandók. Ezeknek a fellépése azzal volt kapcsolatos, hogy a shokot képező epilepsiás roham gyakran a psychosis átmeneti teljes feltisztulását eredményezte és a beteget képessé tette arra, hogy a kórfolyamat által feltételezet szemléleti rendellenességeiről, mint neurologiai tünetekről, psychés feldolgozás nélkül beszámoljon. Valószinűnek tartjuk, hogy a jelenleg elterjedőben levő shok-kezelés a schizophrenia neuropsychiatriai tüneteit tovább fogja gazdagítani és értékes adatokat fog szolgáltatni ahhoz, hogy a schizophrenia különböző klinikai formáit végül is a kéreg és subcortex agyphysiologiailag verifikálható, különböző elosztású bántalmazottságának szilárd alapjára helyezhessük.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. szemészeti klinikájának (igazgató: Grósz Emil ny. r. tanár) és I. nőgyógyászati klinikájának (igazgató: Frigyesi József ny. r. tan.) közleménye.

A kötőhártyacsirok virulentia vizsgálatáról.

Irták:

Grósz István dr. egyetemi tanársegéd és *Patat Pál dr.* egyetemi gyakornok.

A szemműtétek, elsősorban a hályogkivonás előkészítésének egyik legfontosabb pontja a conjunctiva bakteriologiai vizsgálata. A klinikusok egy része *(Axenfeld)* megelégszik a kikent készítmény vizsgálatával, másik — nagyobb — része *(Elschnig, Kraupa, Löwenstein)* tenyésztést követel. *Elschnig* serumbouillont használ erre a célra (két rész neutralis bouillon+1 rész steril emberi savó); e folyadékkal kimossa az alsó áthajlást, ezzel beolt hasonló csöveket és 24 órára termostatba helyezi. Az üledéket tárgylemezen methylenkékkel festve vizsgálja. A legtöbb intézet különben véres agarral dolgozik. A tenyésztési eljárás kétségtelenül nagyobb biztonságot nyujt a prophylaxis szempontjából; a gyakorlatban azonban — gyakran technikai segédeszköz hiányában — elegendőnek bizonyult az egyszerű kikenés. Az I. sz. szemklinikán csak ez az eljárás szokásos, aminek elvégzését azonban szükségesnek tartjuk. A szem bakteriologiai előkészítése — a gondos asepsis mellett tudta csak leszállítani a sebfertőzés magas százalékát. A postoperativ fertőzések száma klinikánkon állandóan süllyedőben van: 10 évvel ezelőtt 1% volt, az utolsó 5 évben 0.6%, 1932-ben 0.4%. A „Moorfields"-ben 1—2%-ot tettek ki a genyedések; a bakteriologiai vizsgálatok óta (48 órás véragar kultura) a legnagyobb ritkaságok

közé tartoznak *(Whiting)*. Az intracapsularis módszer elterjedése is hozzájárult az infectiók csökkenéséhez; ugyanis a maradványok egyrészt irisizgalmat okoztak, másrészt táptalajként szerepeltek a régi eljárásnál. *Axenfeld, Elschnig* stb. vizsgálatai óta tudjuk, hogy szemészetileg a legveszedelmesebb kórokozó a pneumococcus; kb. 20%-ban található a conjunctiván. (A chemotherapia egyik legnagyobb haladása éppen az optochin bevezetése volt). A laboratoriumi vizsgálatok ezért főleg a pneumococcus keresésével foglalkoztak, e mellett a könnyútak állapota is döntő fontosságúnak bizonyult. A vázolt munkásság eredményeként ma már az intézetek „rutin" eljárásai közé tartozik a pneumococcus és egyéb csirok kimutatása. De mindig voltak szerzők *(Mayweg, Schönemann, Vajda)* akik klinikailag ép kötőhártya esetén fölöslegesnek tartották a bakteriologiai vizsgálatot. Ez a felfogása *Linder*-nek is; ő egyébként a csirok topographiájával foglalkozván erősen megingatta az eddigi vizsgálatok és csirtalanítások értékét. Meg kell említeni azt a tényt is, hogy steril kötőhártya nincs. Mindig találunk csirokat néha pneumococcust is és csak véletlenen mulik, hogy a platinkacs vagy vatta pálcika elfogja-e azt a néhány csirt.

Ezek az ellentmondó vélemények vezettek bennünket arra, hogy a bakteriumok kimutatása helyett azok virulentiáját vizsgáljuk. Az állatkisérletnél egyszerűbbnek látszott a nőgyógyászatban jól bevált Ruge—Philipp-féle eljárás felhasználása. Nem azt tettük tehát vizsgálat tárgyává, hogy van-e bakterium vagy nincs, hanem hogy virulens-e vagy sem; emellett qualitativ diagnosis is történt.

A Ruge—Philip-féle virulentiavizsgálat eredménye egy tört, mely megmondja, hogy milyen viszony áll fenn a csirok invasiv ereje és a vizsgált egyén ellenállása között. (Invas./resist.) Ez számokban kifejezhető érték, melyet úgy kapunk meg, hogy a vizsgált egyén vaginalis váladékát suspendáljuk meghatározott mennyiségű saját vérben és annak egy részét azonnal, másik részét 3 óra mulva agarral lemezzé öntjük ki. 24 óra mulva leolvasás. Positiv a reactio, ha a második leolvasásban kinőtt telelepek száma nagyobb, mint az elsőé. Ellenkező esetben negativ. A tapasztalat mutatja, hogy a positiv reactiót adó esetekben a másodlagos, postoperativ fertőzés veszélye sokkal nagyobb. És épen a R.—Ph.-féle reactiónak köszönhető, hogy például a Bumm-klinikán a reactio bevezetése után a Wertheim-műtétek mortalitása 17%-ról 7%-ra csökkent. Az I. nőgyógyászati klinikán e reactio segédeszközzé vált a műtéti prophylaxisban és hüvelyi műtétek előtt rendszerint e reactio segítségével győződünk meg arról, hogy az operálandó beteg hüvelyváladéka tartalmaz-e virrulens csirokat. Positiv reactio esetén, ami leggyakrabban a genitaliák rákos folyamataiban észlelhető, csupán előzetes radiumbesugárzás után végezzük el a műtétet; ilyenkor ugyanis az esetek túlnyomó részében — amint azt alkalmunk volt észlelni — az előzetesen positiv reactio negativvá vált. Az idevágó nagy irodalmat nem kívánjuk részletezni, csupán utalunk *Sövényházy (Schulcz)*-nak az Orvosi Hetilap 1928. 47. számában megjelent közleményére, ahol a szerző bőven ismerteti a R.—Ph.-reactio értékét és irodalmát.

A modern asepsis bevezetése óta fokozottabb figyelem irányul a műtéti terület csirátlanitására. A nagy sebészetben számos eljárás áll a sebész rendelkezésére, a bőr desinfectiója céljából. Azonban nincs meg a közvetlen műtét előtti csirtalanitásnak a lehetősége azon operativ beavatkozásokban, amelyek nyálkahártyán történnek; erősebb antisepticumok használata ugyanis szövetkárosodással jár. A szokásos bakteriologiai eljárások (kikent készítmény, tenyészet) nem adnak felvilágositást arról, hogy mindig jelenlévő ártalmatlan saprophytával van-e dolgunk, vagy virulens csirral? Annak eldöntésére, hogy fennáll-e a secundaer fertőzés veszélye, egyedül a virulentiavizsgálat ad felvilágositást. A fentebb részletezett, a nőgyógyászatban immár bevált sterptococcus virulentiavizsgálat megmutatta ennek a meggondolásnak helyes voltát. A szemészetben ma már ritka, de sajnos még előforduló sebfertőzések indokolttá teszik pontosabb vizsgálóeljárások bevezetését.

Ezért a kötőhártyacsirok virulentiájának meghatározására gondoltunk. Nem találtunk adatot arra vonatkozólag, hogy a kötőhártyán előforduló bakteriumokat virulentia szempontjából vizsgálták volna. Indokoltnak látszott tehát annak vizsgálata, hogy conjunctiva csirok invasiv ereje milyen különbségeket mutat. Ebből a célból két vizsgálati sorozatot inditottunk meg: vizsgáltuk a klinikailag ép conjunctiva csiráinak virulentiáját műtét előtt (főleg hályogosok) és vizsgáltuk az acut hurut esetében fennálló viszonyokat.

A továbbiakban az I. szemklinika beteganyagán történt vizsgálatokról számolunk be. Az eljárás menete a következő:

1. vérvétel cubitalis venából fecskendőbe (kb. 5 ccm.);

2. a nyert vért azonnal befecskendezzük steril rázó lombikba és az alvadás megakadályozása céljából azt addig rázzuk, míg a fibrin a gyöngyökre ki nem csapódik. Erre a célra legalkalmasabbnak látszott a mellékelt fényképen ábrázolt külön erre a célra szerkesztett Erlenmayer-lombik. Lényege csepegtetős üvegdugasz, oldalába beforrasztott Pasteur-cső, mely lehetővé teszi, hogy a manipulatio közben szükségtelenné válik a lombik kinyitása (sterilitás!).



3. Váladékvétel. Kihúzott, gummikupakkal ellátott steril üveg pipetta segitségével a conjunctivazsákot kimossuk steril bouillonnal, miközben a bouillont többször felszívjuk és kifujjuk. A pipettát a mosás közben ide-oda vándoroltatjuk. Fontos, hogy előzőleg (5 órán belül) csirtalanitó szer nem érintkezett légyen a kötőhártyával.

4. A mosófolyadék 8—10 cseppjével beoltjuk a lombikban lévő sajátvért.

5. Összerázás után a beoltott vér kb. 1 ccm-ből agarlemezt öntünk, melyet a lombikban maradt vérrel együtt 37 fokos thermostatba helyezünk.

6. 3 óra mulva második kiöntés, pontosan ugyanolyan menyiségekkel dolgozva.

7. 24 óra mulva leolvasás, esetleg a tenyészetből kikent készítmény festése tárgylemezen.

A vizsgált betegek között (összesen 53) volt 34 hályogos, 2 glaukomás, 1 uveitises, 16 acut hurut. A várakozásnak megfelelőleg azt találtuk, hogy a hurutos kötőhártya többször tartalmaz virulens csirokat, mint a klinikailag ép conjunctiva (cataracta). Kb. 3-szorta gyakrabban volt virulens az acut hurutból nyert váladék, mint ép conjunctiva esetén.

37 nem hurutos conjunctiva (cataracta stb.) közül virulens volt 3 (halvány conj.; 1 esetben pneumococ., 2-szer neg. kikenés),

16 hurutos közül virulens volt 3, a többi avirulens.

Ezen eredmények közül azok, amelyek beigazolják, hogy a hurutos conjunctiva aránylag gyakran tartalmaz virulens csirokat, nem jelentősek, sőt gyakoribb jelenségnek gondoltuk; érdekes, hogy van steril eset is (50, 53. sz.). De annál jelentősebb az a tény, hogy klinikailag ép conjunctiva is tartalmazhat virulens csirokat. Az ilyen positiv esetekben nem következik be szükségszerűen postoperativ fertőzés, annál is inkább, mert a szemet a műtétre megfelelőleg előkészitjük (optochin, HgOCN); de a fertőzés lehetősége megvan. 3 positiv esetünkben (cat.) tokos műtét történt, zavartalan gyógyulással, kérdés, hogy extracapsularis műtét esetén nem fordult volna kedvezőtlenné a lefolyás. Lehetséges, hogy a postoperativ fertőzések egy részében a virulentiavizsgálat positiv volna. Ez csak elméleti meggondolás, mert az ilyen esetek ritkasága miatt nem tudtuk ezt igazolni. Ha számba is vesszük azt, hogy endogen fertőzés is szerepet játszik, mégis utalnunk kell erre a lehetőségre is.

A minden esetben elvégzett kikenések nem mutattak párhuzamot virulentiavizsgálatainkkal (6, 19. sz. másrészt 12, 35 szám) viszont 2. számú esetünkben mindkét eljárás positiv volt. Ez megerősiti *Lindner* tapasztalatait (lásd feljebb), másrészt igazolja azon feltevésünket, hogy sokkalta megbizhatóbb képet kapunk virulentiavizsgálattal. A vizsgálat kiterjeszthető egyébként ulcus serpens és chronikus könnytömlőgenyesedés eseteire.

1. táblázat.

Szám.	Diagnosis.	Gram.	Virulentia.	Megjegyzés.
1.	Cataracta	—	8/	Staphylococcus.
2.	Cataracta	pneumoc.	3/5!	Tokos műtét, zavartalan.
3.	Cat. traum.	—	2/0	Később genyes iridochorioditis.
4.	Cataracta	—	∝/kevesebb	—
5.	Cataracta	leukocyt.	6/0	—
6.	Cataracta	—	18/∞!	Tokos. Sima lefolyás.
7.	Cataracta	—	3/1	—
8.	Cataracta	—	2/0	—
9.	Cataracta	—	0/0	—
10.	Cataracta	—	5/0	—
11.	Cataracta	—	2/0	—
12.	Cataracta	pneumoc.	1/0	—
13.	Cataracta	—	3/0	—
14.	Cataracta	—	1/1	—
15.	Cataracta	—	2/2	—
16.	Cataracta	—	3/0	—
17.	Cataracta	—	1/0	—
18.	Cataracta	—	1/1	—
19.	Cataracta	—	0/2!	Tokos. Sima lefolyás.
20.	Cataracta	—	5/1	—
21.	Cataracta	—	18/10	Sima lefolyás.
22.	Cataracta	—	3/0	—
23.	Cataracta	—	10/	48 óra mulva: 30/7
24.	Cataracta	—	∞/0	48 óra mulva: ∞/1
25.	Cataracta	—	sok/0	—
26.	Cataracta	—	0/0	36 óra mulva: 1/1
27.	Cataracta	—	0/0	—
28.	Cataracta	—	0/0	—
29.	Cataracta	—	sok/0	36 óra mulva: sok/15
30.	Cataracta	—	0/0	26 óra mulva: 3/0
31.	Cataracta	—	0/0	Monoculus.
32.	Glaukoma	—	3/0	—
32.	Glaukoma	—	2/0	—
33.	Glaukoma	—	3/0	—
34.	Glaukoma	—	22/16	—
35.	Glaukoma	Streptoc.	0/0	36 óra mulva: 9/3
36.	Uveitis	—	0/0	—
37.	Mucocele	—	3/1	—
38.	Conj. cat. ac.	Vegyes, jellegzetes flóra.	0/15!	—
39.	Conj. cat. ac.		∞/sok	—
40.	Conj. cat. ac.		∞/0	—
41.	Conj. cat. ac.		∞/0	—
42.	Conj. cat. ac.		zsurolt/sok	—
43.	Conj. cat. ac.		5/0	—
44.	Conj. cat. ac.		5/0	—
45.	Conj. cat. ac.		1/0	—
46.	Conj. cat. ac.		10/0	—
47.	Conj. cat. ac.		1/oo!	—
48.	Conj. cat. ac.		13/0	—
49.	Conj. cat. ac.		4/0	—
50.	Conj. cat. ac.		0/0	—
51.	Conj. cat. ac.		sok, ∞!	—
52.	Conj. cat. ac.		7/2	—
53.	Conj. cat. ac.		0/0	—

Megjegyzés: A virulentia rovatban lévő képlet első tagja az azonnali, a második a 3 óra mulva kiöntött lemez telep számát jelenti; (∞ = megszámlálhatatlan, 0 = steril). Egyes esetekben 36, illetve 48 óra mulva is történt leolvasás lényeges eltérés nélkül.

Vizsgálataink alapján a következőket mondhatjuk: az eljárás gyors, egyszerű, könnyen keresztülvihető; az általa nyert eredmény számokban kifejezett pontos képet nyujt a conjunctiva állapotáról. A vizsgálat elvégzését — hályogműtét előtt — ajánljuk elsősorban egyszeműség esetén (monoculus), a könnylevezetés zavarában szenvedőkön (strictura), belövelt kötőhártyák esetén, ha gyanú van fertőző csirok jelenlétére, továbbá olyan egyéneken, akiknek conjunctivája állandóan megfelelő kezelés ellenére is positiv bakterioskopiai leletet ad (genysejtek, coccusok). Ezen alkalmi indicatiókon kívül ajánljuk e vizsgálatot — obligat eljárásként — olyan intézetek számára, melyek amúgy is végeznek kulturalis vizsgálatokat, minthogy ezen reactio a qualitativ diagnosist is lehetővé teszi; a vércsagar ugyanis a legalkalmasabb táptalaj szemészeti szempontból. Positiv lelet esetén a hályogműtét elodázandó addig, amíg a reactio negativ lesz; e célból a fokozottabb chemiai desinfectio (ezüst, festékek) mellett megkisérelhető más eljárás is: ultraviolett besugárzás, ingertherapia, esetleg autovaccina. Bővebb anyagon szerzett tapasztalatok döntik majd el, van-e gyakorlati jelentősége a virulentiavizsgálatnak a műtét utáni fertőzések kiküszöbölésében, illetve csökkentésében.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Bildizsár:* 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 Székesfővárosi Közkórházak Gyöngyösi-uti Szülőosztályának közleménye (főorvos: Raisz Dezső egyet. m. tanár).

A szülés alatti koponyaüri vérzések elkerülésére irányuló törekvéseinkről.

Irta: *Nánásy László dr.*

Ujszölöttek haláloka között legnagyobb százalékban a koponyaüri vérzés szerepel. Az I. számú női klinika anyagában pl. 1921-ben az érett elhalt újszülöttek 33.3 %-ában fordult elő koponyaüri vérzés, míg 1926—27-ben 23.5%-ban. Ez a szám lényegesen nagyobb azon statistikákban, amelyekben a koraszülöttek is szerepelnek. Igy pl. *Catel* szerint az újszülöttek között 57%-ban van intracranialis vérzés, amely olyan súlyos, hogy közülük, dacára a megfelelő kezelésnek, 25% egy éven belül meghal. Ujabban a bécsi volt *Weibl*-klinika 1925—34-ig terjedő statisztikája szerint az 1500 grammon felüli halvaszülöttek között még az oly gyakori lueses megbetegedés is csak fele olyan gyakorisággal fordul elő, mint az intracranialis vérzés; viszont ugyancsak e statisztika szerint az első 10 napban elhalt újszülöttek között az intracranialis vérzés nagyobb számot tett ki, mint az összes halálokok együttvéve. A csak koraszülöttekre vonatkozó statisztika még megdöbbentőbb adatokat szolgál. *Yllpö* adatai szerint az 1500 és 2000 gramm születési súllyal bíró koraszülöttek között 35.5%-ban van intracranialis vérzés, az 1500 és 1000 gramm között 76.5%-ban, míg 1000 grammon alul 90%-ban fordul elő koponyaüri vérzés, aminek oka a koraszülöttek ereinek fokozottabb szakadékonyságában rejlik. Ha tehát a szülés alatt keletkező koponyaüri vérzések elhárításáról beszélünk, úgy számításon kívül kell hagynunk a fentemlített oknál fogva a koraszülötteket és azon kisszámú érett újszülötteket, akik öröklött sajátságuknál fogva hajlamosak a vérzésekre.

Régebben, mikor az agysérülések okát csak a durvább mechanikus tényezőkben láttuk, mint téraránytalanság, erőltetett magasfogó, a fejnek a medencén való túlgyors áthaladása, helytelen extractio stb., annak elkerülése is csak ezen pathologiás esetekre vonatkozhatott. Legelőször *Schwartz* a frankfurti kórbontani intézet anyaga alapján mutatott rá a normalis szülés alatt is létrejövő azon szívóhatásra, amely a magzat fejének az érintkezési gyűrű alatti részére hat. Ez a szívóhatás, amely egy 3 méter magas vízoszlop nyomásának felel meg, a magzat koponyájára az érintkezési gyűrűn felül ható belső méhüri nyomás és az érintkezési gyűrű alatt levő külső légköri nyomás különbségéből adódik. A szívóhatás a koponyacsontokon belül is hathat, tekintve a kutacsokat és tág varratokat és igy pangást, vizenyőt, érrepedést válthat ki elsősorban a meningealis venákon és a vena magna Galeni területén, szemben a durvább mechanikus tényezők okozta falx és tentorium szakadással, amelyek a császármetszés kibővült indicatiója következtében mind ritkábban fordulnak elő. E tényt különben *Schwartz*-nak kutyákon szívóharanggal végzett kísérletei bizonyítják.

A fentemlítet szívóhatás tehát minden szülés alatt létrejön és hogy káros hatást tudjon kifejteni, ahhoz 1. vagy a magzat csökkent resistentiája szükséges, 2. vagy a szívóhatás nagyobb intensitasa, illetőleg hosszabb tartama. Ha az uterus alaptonusa emelkedett, amelynek megismeréséhez osztályunkon dr. *Löwi* tocographiás vizsgálatai vezettek és az uterus sokáig tartó erős contractiókkal müködik, úgy természetes, hogy emelkedni fog a belső méhüri nyomás és ezzel együtt az említett nyomáskülönbség, amelyet bizonyos fokig az előlfekvő burok csökkent. *Ha tehát a burok már a szülés előtt, vagy a szülés legeljén megreped, úgy a szívóhatás a magzati koponyára teljes intenzitásával nemcsak a kitolás alatt, hanem már a tágulásban is hat. A méh emelkedett tonusa és az időelőtti, illetőleg korai burokrepedés azok a tényezők, amelyek az élettani viszonyokat kórossá fokozhatják s a koponyaüri vérzést előidézhetik.*

Schwartz-nak megállapításait igazolták a klinikai észlelések; ugyanis közismert, hogy korai és időelőtti burokrepedés után a magzati halálozás emelkedik. Hazai irodalmunkban 1927-ben főnököm mutatott rá erre először. Az ilyen szülések vezetésében az ő általa ajánlott nagyobb aktivitást *Burger Károly* 1933-ban megerősítette. Hasonló bizonyítás céljára különösen alkalmasnak látszott a Gyöngyösi-uti szülészeti osztály utóbbi kétéves anyaga, amely szerint intézeten kívül repedt a burok és a szülés 20 óránál tovább tartott 83%-ban azokban az esetkben, ahol spontán koponyavégi fekvéses szülés után az érett újszülött koponyaüri vérzésben meghalt. Ezen asszonyoknak tulnyomó része ugyan először szülő nő volt, azonban sem a medence részéről, sem a szülés lefolyásában olyan tényező nem adódott, ami a koponyaüri vérzést megmagyarázta volna, hanem annak oka kizárólag az elhúzódó szülésük csaknem egész tartama alatt hiányzó burok volt. Éppen ezért nem helyeseljük azon eljárást, amely a szülési idő lerövidítése céljából idő előtt megrepeszti a burkot. Ugyanis ezzel az eljárással nem bizonyos, hogy minden esetben rövidíteni tudjuk a szülés tartamát, viszonyt azokban az esetekben, ahol ez nem sikerül — amit előre nem áll módunkban megjósolni — mi magunk idéztük elő azt a tényezőt, ami a koponyaüri vérzések egyik leggyakoribb oka.

A fentemlített aktivitás, amely a koponyaüri vérzések megelőzésére irányul, elsősorban a korai vagy időelőtti burokerepedés eseteiben indokolt. Ilyen esetben a kitolási időszakot nem engedjük a normalis tartamnál hosszabb időre nyulni, hanem a szülést műtéttel fejezzük be még akkor is, ha a magzati szívhangok részéről erre kényszerítő ok nincs. Ugyanis a koponyaüri vérzés csak abban az esetben jár szívhangrosszabbodással, ha a vérzés már olyan fokú, hogy a nyultagyi központokat is roncsolja. Ilyenkor tehát nem várjuk be a kitolási időszakban, amint az egyes helyeken még mindig szokásban van, 3 (Freiburg), 4, 5, 6 órát (Winter), hanem befejezzük a szülést. Ezekben az esetekben tehát a szülést befejező műtét profilactikus műtétté válik, amit mindenképen *célszerűbbnek kell tartanunk, mint a már rosszabbodó szívhangok által jelzett sérült magzat érdekében végzett műtétet.*

A szülést befejező műtétek közül az expressiót csak egészen a kimenetben álló koponyánál tartjuk alkalmas eljárásnak, mert ha a koponya még magasabban áll, úgy a szükséges, több ízben alkalmazott expressio a belső méhüri nyomás emelésével fokozza a szívóhatást. Ezzel szemben a szabályszerűen alkalmazott üregi és kimeneti fogó kanalainak nyomása a magzati koponya nagy víztartalmánál fogva abban egyenletesen oszlik meg. A magas fogóműtétet az intracranialis vérzések praeventiója céljából nem tartjuk alkalmasnak, mert az ilyen nagy erőkifejtést és a magzat koponyájának erős összenyomását kívánó beavatkozás ma a császármetszés tökéletesedett technikája mellett nem lehet programműtét. Magasfogót legfeljebb olyan szülőnőknél végeztünk, akiknek szülését már kezdettől fogva nem állt módunkban irányítani, illetőleg a császármetszés javallatát felállítani, mivel azok már elkésve jelentkeztek felvételre.

Műtéttel tartjuk befejezendőnek a szülést azokban az esetekben is, ahol a méh alaptonusa emelkedett s ezt az emelkedett tonust nem tudjuk csökkenteni gyógyszerek segítségével, amilyen gyógyszer talán az octin,

Ugyanis emelkedett tonusú uterus elégtelen fájásainak fokozására megkisérelt glanduitrin adagolás a tonust még fokozza és így a fájásokat nem tudja növelni, aminek következménye lesz a koponyára ható belső méhüri nyomás fokozódása.

Fokozott mértékben fontos a kitolási időszak preventiv megrövidítése oly idős előszörszülő nőknél, akiknél a szülés legelején megrepedt a burok. *Lebhardt* adatai szerint is ezeknél gyakoribb a magzat koponyaüri vérzése, amit érthetővé tesz az a körülmény, hogy az ilyen szülőnőknél a rhigid szövetek miatt a tágulás is elhúzódó szokott lenni. Ilyen esetekben a tágulási időszak lerövidítését a méhszájnak digitalis tágításával segítjük elő, amit magnosterinnel bevont sterilkesztyűs kézzel végzünk. Az említett prophilactikus indicatio alapján végzett fogóműtétek nem emelik az anyai morbiditast, amit bizonyít az a tény, hogy osztályunkról ezen szülőnők 80%-a rendes lefolyású gyermekágy után távozott.

Az intracranialis vérzések profilaxisa szempontjából fontosnak tartjuk a császármetszések indicatiójának általánosságban elismert kibővítését is. Téraránytalanság, placenta praevia centralis, praeeklampsián kívül indokoltnak tartjuk a császármetszést az adott helyzet helyes mérlegelésével oly szüléseknél is, — és a jelen dolgozatban ezt kívánjuk hangsúlyozni —, ahol a szülőerők elégtelensége, a fej nem configurabilis volta, a szülőnő somatikus és psichikus kimerültsége jelzik a szülésnek majd oly szakban való elakadását, ahol magasfogó-műtétre volnánk kényszerülve. Ezzel szemben a fej hibás beigazodásánál a manualis correctio igen értékes eszköz a műtéti beavatkozás elkerülésére.

Az intézeti szülészetnek osztályunkon ezen elvek alapján történő fokozottabb módosítása által a koponyaüri vérzések száma egyre csökkenőben van. Ennek bizonyítására osztályunk utóbbi 2 évének érett magzatokat produkáló koponyafekvéses téraranyos szüléseit állítottuk össze. Eszerint 1933 augusztustól az első 5 hónapban 0.47% fogóműtét frequentia mellett az érett magzatok között 1.4%-ban fordult elő koponyaüri vérzés. A következő 12 hónapban a fogó gyakoriságának 2.6%-ra való emelkedésével az intracranialis vérzések gyakorisága 0.82%-ra csökkent, tehát több mint a felével kevesbbedett. Az utóbbi 7 hónapban 4.2%-ban végeztünk fogóműtétet, amely időszakban az érett újszülöttek között már csak 0.6%-ban fordult elő koponyaüri vérzés. Ebből tehát kitűnik, hogy a fogóműtétek frequentiája, szinte mondhatni, fordított arányban áll a koponyaüri vérzések gyakoriságával.

Az elmondottak összefoglalása röviden a következő:

1. A szülés alatt és az első életnapokban elhalt újszülöttek haláloka között legnagyobb gyakorisággal a koponyaüri vérzés szerepel.

2. A téraranyos fejvégi szüléssel világrajött érett újszülöttek intracranialis vérzésének leggyakoribb oka a túlhosszú ideig tartó, vagy a fokozott mértékben érvényesülő szívóhatás. Az előbbi eshetőség időelőtti, illetőleg korai burokrepedése esetén fordul elő, utóbbi eset pedig magas alaptonusú uterus mellett, ahol a belső méhüri nyomás emelkedett volta fokozza a nyomáskülönbséget s ezzel a szívóhatást.

Az ilyen úton létrejövő intracranialis vérzések elkerülhetők a következő eljárásokkal:

A) Időelőtti, illetőleg korai burokrepedés eseteiben a szülést ne engedjük a normalisnál hosszabb időre nyulni, aminek elérésére: a) a tágulási időszakban főleg idős, előszörszülő nőknél digitalisan tágítjuk a méhszájat; b) a kitolási időszakban pedig a szülést üregi vagy kimeneti fogóműtéttel, illetőleg egészen a kimenetben álló fejnél expressióval fejezzük be. A bemeneti fogóműtétet, mint a magzatra nézve káros beavatkozást kerüljük és ezért a császármetszés indicatióját terjesszük ki oly esetekre is, megfelelő feltételek mellett, ahol a fej nem configurabilis volta, a szülő nő somatikus és psichikus kimerültsége a szülőerők elégtelensége valószínűvé teszik, hogy a koponya már a medence üregébe nem fog leszállani, hanem a bemenetben elakad.

B) Magas alaptonusú uterusoknál kerülendők a tonusfokozó gyógyszerek, ezzel szemben tonust csökkentő gyógyszert igyekezzünk alkalmazni.

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

A systoles vérnyomás változása nem és kor szerint.*

Irta: *Csomay Imre dr.* és *Wallner Emil dr.*

Klinikánk tízéves beteganyaga vérnyomásának statistikai feldolgozásakor az a cél lebegett előttünk, hogy ezáltal oly értékeket tudjunk adni, amelyekhez különböző korú egyének vérnyomását hasonlithassuk. Tudatában voltunk annak, hogy célunkat csak megközelitőleg érhetjük el, mert hiszen nem egészséges egyének vérnyomása állott rendelkezésünkre. Ennek ellenére úgy véljük, nem dolgoztunk nagyobb hibával, mint azok, akik valamilyen szempontból válogatott anyagon mért vérnyomásokat gyüjtöttek össze (pl. amerikai és angol katonai statistikák). Anyagunk értékét fokozza annak nagysága (9712 egyén), melyhez csak amerikai biztositó intézetek statistikája áll közel. Ideális anyag gyüjtése véleményünk szerint lehetetlen, mivel ahhoz elsősorban nagy számú, különböző korú, nemű, foglalkozású és életviszonyú egyén teljes vizsgálata lenne szükséges annak eldöntésére, hogy egészségesek-e. De még az igy megvizsgált egyénekről sem tudhatjuk, hogy azok vérnyomása normálisnak tekinthető-e? Igy pl. ha egy 20 éves egyénen minden panasz és kimutatható belső betegség nélkül 130 Hgmm-es vérnyomást találtunk, nem tudhatjuk, hogy ez a vérnyomásérték nem jelzi-e az illető később kifejlődő essentialis hypertoniáját. Ezen az alapon talán mi is azt mondhatnók, hogy nem tekinthető „normális" vérnyomásnak az, amit „egészséges" egyénen találunk. *(Rautmann.)*

Felmerült az a gondolatunk is, hogy azokat a betegeinket, akiknek feltehető volt, hogy vérnyomásuk betegségük következtében változott meg, statistikánkból kihagyjuk. Ez azonban az önkénynek olyan tág teret nyitott volna, melyet az exact statistika nem enged meg, annál is kevésbbé, mivel — amint azt ugyanezen anyagból *Buday* és *Augustin* kimutatták — számos oly betegség van, melyek anélkül, hogy a keringési szervekre kimutatható hatással lennének, az átlagnál alacsonyabb, illetőleg magasabb vérnyomással járnak.

Ezen meggondolások alapján felvettük válogatás nélkül minden betegünk vérnyomását, annak hangsúlyozásával, hogy értékeink a mi klinikánkon 1923—1932. években ápolt betegekre vonatkoznak és csak bizonyos megszoritásokkal tekinthetők általánosabb érvényüeknek.

Statistikánk 5.316 férfi és 4.396 nő vérnyomását foglalja magában. Az adatok Riva-Rocci-Recklinghausen készülékével fekvő helyzetben, auscultatióval meghatározott systolés értékeket jelentenek Hg.mm.-ben kifejezve. Beteganyagunkat — a férfiakat és nőket külön — 10

* A Természettudományi Tanács támogatásával készült dolgozat.

éves korcsoportokba osztottuk, hogy az egyes értékek minél nagyobb esetszámot képviseljenek. Mivel 10 éven aluli és 80 éven felüli betegeink száma elenyészően csekély volt, a 20 éven aluli és a 70 éven felüli betegeinket egy-egy korosztályba soroztuk be.

Minden korosztályon belül megadjuk az esetek számát (n); meghatároztuk a középértéket (M), azután azt a vérnyomást, mely leggyakrabban fordul elő, az u. n. legsűrűbb értéket (Dw), a szóródást, vagy másként standard eltérést $\left(\sigma = \sqrt{\frac{\Sigma pa^2}{n}}\right)$ (ahol „a" jelenti a különböző értékek távolságát a középértéktől, „p" pedig az egyes értékek alá eső esetek számát), mely számot a középértékhez hozzáadva, ill. belőle levonva, oly távolságot kapunk, mely a betegek 68%-ának vérnyomását foglalja magában; tehát a σ a szóródás nagyságát fejezi ki: minél nagyobb, annál laposabb az eloszlási görbe ugyanazon középérték mellett. Mivel a középérték minden korosztályban más, a σ önmagában nem lehet alapja az összehasonlításnak, hanem csak akkor, ha a középértékhez viszonyítjuk. Ezért kiszámítottuk a variatiós coefficienset is, $\left(v = \frac{100\sigma}{M}\right)$ mely azt mondja meg, hogy hány százaléka a σ a középértéknek. Mivel minden statistikai számítás bizonyos hibával jár, melynek nagysága a szóródástól és az esetek számától függ, meg kell adnunk a középérték és a szóródás középhibáját $\left(m_M = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}\right.$ ill. $\left.m_\sigma = \frac{\sigma}{\sqrt{2n}}\right)$ is.

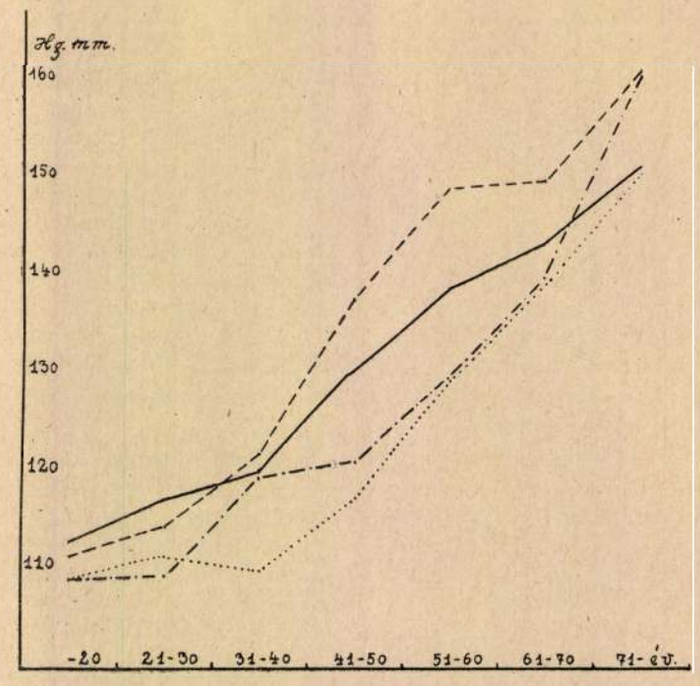
I. táblázat.

Kor:	n.	M.	m.	σ	mσ	v.	Dw.
Férfiak:							
20	355	113.3	0.85	16.0	0.60	14.1	108.8
21—30	896	117.9	0.57	17.4	0.41	14.8	111.4
31—40	994	120.2	0.70	21.9	0.33	18.2	110.1
41—50	1228	130.0	0.83	28.8	0.58	22.2	117.8
51—60	1051	138.9	0.90	29.15	0.60	20.9	129.9
61—70	655	143.5	1.06	27.3	0.76	19.0	139.5
71—	137	151.7	2.58	30.3	1.82	19.9	151.0
Nők:							
20	327	111.5	0.87	15.8	0.62	14.2	109.0
21—30	888	114.5	0.55	16.2	0.39	14.2	109.6
31—40	935	122.0	0.67	20.2	0.46	16.6	119.6
41—50	910	137.6	0.73	22.2	0.51	16.2	121.4
51—60	837	149.0	1.17	33.3	0.80	22.4	129.8
61—70	411	150.0	1.70	34.6	1.21	23.1	140.0
71—	88	162.0	3.30	35.3	2.65	21.8	160.6

A táblázatban foglalt fontosabb adatokat az áttekinthetőség kedvéért grafikonon is ábrázoljuk.

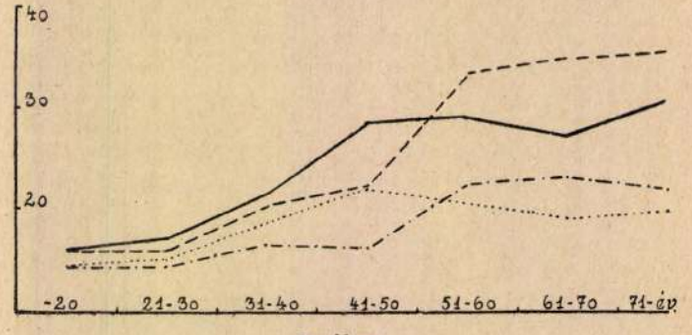
A férfiak vérnyomásának középértéke (M) tehát enyhén emelkedik a 40. életévig 113.3-ról 120.2 Hgmm-re, majd a görbe meredekebb lesz, de egyenletes emelkedéssel éri el a legmagasabb a 151.7 Hgmm-es középértéket. A nők vérnyomása a 30. életévig a férfiaké alatt van, a 31—40 éves korosztályban már 2 Hgmm-el több a férfiakénál s innen kezdve állandóan fölötte is marad és azt lényegesen meghaladja. A görbe legmeredekebb a 41—60 év között, 70 éves korig változatlan, majd 71 év fölött 162 Hgmm-nél éri el a legmagasabb értéket.

A legsűrűbb értékek (Dw.) görbéjének korok szerinti emelkedése a középértékével egyező, feltünő azonban az, hogy — a 31—40 és a legmagasabb korosztály kivételével — a férfiak és nők vérnyomása között nincs kifejezett különbség.



1. ábra.

M fi ——— nő ------- Dw fi ..... nő _·_·_



2. ábra.

σ fi ——— nő ------- v fi ..... nő _·_·_

A szóródás és a variatiós coefficiensek grafikonja kb. párhuzamos egymással. A férfiaké egyenletesen emelkedik az 50. életévig, ezen túl azonban csak kis ingadozás észlelhető; a nők szóródása és variabilitása az 51—60 éves korosztályban hirtelen és nagy emelkedéssel haladja meg a férfiakét és felette is marad.

Annak a jelenségnek az oka, hogy a középértékek magasabbak a legsűrűbb értékeknél, nyilvánvalóan az, hogy a vérnyomás kóros körülmények között inkább felfelé érhet el olyan értékeket, amelyek a középértéket is észrevehetően magasabb irányba terelik. Éppen ezért a „normalis" értékeket nyilván a legsűrűbb értékek közelítik meg inkább és nem a középérték.

A nemek közti különbségből úgy látszik, hogy a nők általában hajlamosabbak a magasabb vérnyomásra *(During)* különösen a climaxban, ami mellett szól az is, hogy a különbség a férfiak és nők középértékei között a 40. életéven túl lesz jelentősebb, legkifejezettebb pedig az 51—60 év között. Ugyanebben a korosztályban lesz a szóródás és variabilitás is a nőknél nagyobb mint a férfiaknál.

A szóródás és a variabilitás anyagunkban feltünően nagy. Ha azonban variatiós coefficienseinket összehason-

lítjuk egyéb anthropometriás értékekkel *(Pearl)*, azt látjuk, hogy a variabilitás minden ilyen természetű anyagnál nagy. A mi anyagunkban ezt különösképpen indokolja oly betegségek szerepe, melyek a vérnyomást nagyban befolyásolják. Lényegesen kisebb lenne a szóródás és variatiós coefficiens, ha anyagunkból a különösen magas, illetőleg alacsony értékeket kihagytuk volna. Ennek bizonyítására szolgáljon például a 20 éves kor alatti nőbeteganyagunk: 327 eset között kettő 150, egy 155, egy 170, egy 180 és kettő 195 Hgmm-es vérnyomású beteg fordult elő. Ha a négy legnagyobb vérnyomású beteget kihagyjuk, a középérték ebben a korosztályban 111.5 helyett 110.8, a σ 15.8 helyett 13.5, a variatiós coefficiens 14.2 helyett 12.2 lesz. A középértéket tehát nem befolyásolja lényegesen négy extrem érték kihagyása, a σ-t és variatiós coefficienst ellenben igen. Ezt az eljárást azonban csak néhány korosztályban lehetne alkalmazni, ahol az egyébként megközelítően binomiális eloszlású anyagtól az ilyen extrem értékek élesen határolhatók el. A legtöbb korosztályban azonban ez a feltétel nincs meg s ezért csak az egyéni felfogástól függne, hogy melyek hagyhatók ki.

Magasabb vérnyomású betegeknek ezen a vérnyomásértékeket befolyásoló szerepe szempontjából érdekesnek látszott összeszámlálni az egyes korosztályokban azokat a betegeket, akik bajuk természetétől fogva magas vérnyomásúak voltak. Ilyeneknek vettük az arteriosklerosis, nephrosklerosis, essentialis hypertonia és nephritis chronicában szenvedőket.

II. táblázat.

Kor:	Összes esetek száma: fi	nő	Magasvérnyomásúak: Esetek sz.: fi	nő	% fi	nő
—20	355	327	14	13	3.9	3.9
21—30	896	888	35	19	3.9	2.1
31—40	994	935	29	31	3.2	3.3
41—50	1228	910	110	109	8.9	11.9
51—60	1051	837	155	140	14.7	16.7
61—70	655	411	130	92	19.8	22.3
71—	137	88	39	26	28.4	29.5

Mint az előző példákból is látható, a magas vérnyomás betegségben szenvedők a standard eltérést és a variatiós coefficienseket bizonyos mértékben befolyásolják, kérdés az, hogy ezen értékeknek korosztályok szerinti változása nem irható-e ezen betegségek rovására. Ha így lenne, akkor a σ és variabilitás görbéjének ezen betegségek százalékos előfordulásával legalább is közelítőleg párhuzamosan kellene emelkednie. Ezzel szemben azonban a 2. táblázatból azt látjuk, hogy míg a kórosan magas vérnyomású betegek száma a 40. életéven túl hirtelen, nagy fokban és állandóan emelkedik, a szóródás és variabilitás férfiaknál a 40, nőknél az 50 éven túl lényegesen nem változik. Ha tehát meg is engedjük azt, hogy a hypertoniás betegek a szóródásra és variabilitásra némi befolyással vannak, azt határozottan állíthatjuk, hogy ezen értékek nem függvényei az ilyen betegek számának.

Összefoglalásul megállapíthatjuk, hogy beteganyagunk vérnyomásának középértéke a korral emelkedik: férfiaknál 113.3-ról 151.7-re, nőknél 111.5-ről 162.0 Hgmmre. A nők vérnyomása a 30 éves koron túl nagyobb, mint a férfiaké. A legsűrűbb értékek a középértékeknél alacsonyabbak. A szóródás és a variatiós coefficiens férfiaknál és nőknél a 60 éves korig emelkedik, azon túl állandó marad. A nők vérnyomásának variabilitása 50 éven túl, tehát a climaxban, meghaladja a férfiakét. A szóródás és variabilitás alakulása a hypertoniás betegek számától bizonyos fokig független.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A gonadotrop hypophysishormon hatása a kryptorchismusban. *Werner, Kelling, Ellersieck, Johns.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 106. sz. 1541. old. 1936.)

A hypophysis elülső lebenyének gonodotrop kivonata elősegíti kryptorchismusos fiuk heréjének leszállását. Ennek alkalmazását mindig megkisérlendőnek tartják, mielőtt műtétet javalnak Naponta, vagy másodnaponta 1—2 ccm-t (10—20 patkányegység) adnak izomba Műtét indokolt, ha ez a kezelés kb. egy hónap alatt nem hoz változást.

Perémy dr.

Diabetes mellitus és infantilismus. *Gibson* és *Fowler.* (Arch. of. Int. Med. 57. 695. 1936.)

4 leány és 4 fiu betegük közül 2-nek insularis diabetese a serdülés után, a többié a korábbi gyermekévekben kezdődött. E 8 betegen a növekedésnek és a nemi érzésnek hypophysis- eredetre jellemző visszamaradását észlelték. A szerzők szerint a törpeség és a hypogenitalismus nem a pankreasdiabetes következménye volt, hanem ehhez társuló hypopituitarismus tünetei, bár ezt a feltevést kisérleti pathologiai adatok nem támogatják.

Perémy dr.

Klinikai vizsgálatok insulin-protamin-vegyülettel. *Wilder.* (Procced. Staff Meet. May Clinic. 11—17. 1936.)

Az insulinnak halspermából nyert protaminnal alkotott vegyülete a szövetnedvekben nehezen oldódik. Az insulin e vegyületekből csak a fehérjealkatrész elbomlása után szabadul fel és válik hatásossá. Ezért e készítmény egyszeri befecskendezésével az insulinszükséglet hosszabb időre fedezhető, mint egyszerű insulinnal. Gyors hatás elérésére (coma) csak ez alkalmas, míg a protamin-vegyület hatása tartós, a vércukrot lassan csökkenti.

Perémy dr.

Miért csökken evés után a serum chlortartalma? *Glatzel* (Klin. Wschr. 1936. 15. szám).

Több szerző egybehangzó véleménye alapján már régen ismeretessé vált az a körülmény, hogy táplálékfelvétel után a serum Cl-concentratiója 20—50 mg %-kal csökken, mialatt azonban maga a serum nem hígul. A Cl-tartalom csökkenése a szerző szerint nem magyarázható kielégítően a gyomornedv elválasztásával; ennél megfelelőbb magyarázatnak gondolja azt, hogy ilyenkor a Cl. a vérpálya felől a szövetek felé áramlik.

Podhradszky dr.

Sebészet.

Praethoracalis oesophagus-plastica heges nyelőcsőszűkület két esetében. *Hilarorowicz* és *Michalowsky*, Lwów. (La Presse Médicale. 1936. 34.)

Szerzők alább ismertetett két esetük kapcsán néhány megjegyzést fűznek a praethoracalis oesophagus-plastica műtéti kivitelére vonatkozólag. Első esetükben sósavnyelése következtében a felső mediastinumban teljes nyelőcsőszűkület támadt. Itt gastrostomiát végeztek, 17 nap mulva kb. 40 cm hosszúságú vékonybélkacsot iktattak ki Roux szerint, alsó végét a gyomorba, felső végét a bőr alatt a bal oldali sternoclavicularis izület magasságáig vezették. Két hét mulva az így kiiktatott bélkacs teljes felszívódását észlelték, így több ülésben egy a nyaki nyelőcső és gyomor közt összeköttetést létesítő, tisztán bőrből álló folytatást kellett készíteni. Négy hónap mulva median laparotomiából a gyomrot előbb kivarták a hasfalhoz, majd két hét mulva a bőrcsövet a gyomorral anastomosisba hozták. Ismét három nap mulva a nyaki nyelőcsövet felszabadították, lateralis részét összevarrták a bőrrel, két hét mulva a nyelőcső lateralis megnyitása és a bőrcső felső részével összeköttetésbe hozatala következett. A létrejött sipolyokat kezelték még ezután. Az új nyelőcső 10 éve jól működik, csak a bőrcső és a gyomor találkozásánál keletkezik étkezéskor tágulás, melyet a beteg kéznyomással szüntet meg.

Másik esetüket a nyelőcső felső harmadában levő rák által okozott szükület képezte Gastrostomia a beteg táplálására. Egy hónap mulva a nyelőcső csonkolása, ismét két hónap mulva kb. 25 cm hosszú vékonybélkacs alsó végének thermino-lateralis implantatiója a gyomorban a fent leírt módón. Három hó mulva a bőrcső elkészítése, ismét egy hó mulva a nyelőcső szájának összekötése a bőrcső felső végé-

vel, kb. két hét mulva a bőrcső és a vékonybélkacs felső végének thermino-lateralis összekötése. Kezdettől számított 4 és fél év mulva a gastrostomiás nyilás zárása, a beteg azóta kizárólag a szájon át táplálkozik.

Felhivják a figyelmet azoknak a sipolyoknak kezelésére, melyek gyakran keletkeznek a bőrcső hosszában és az anastomosis szintjén. A Roux-Lexer-féle egyesített nyelőcső-képzés kivitelének másik fontos részét képezi az új nyelőcső alsó részének megalkotására felhasznált vékonybélkacs kiiktatása, ennek mütéti eljárását pontosan le is irják. Végül megjegyzik, hogy azok a gyomor-nyelőcső-képző mütétek, melyek az új nyelőcső alsó szakaszának előállitására a gyomor egy részét használják fel, alkalmas esetekben sikerrel biztatnak, de nem valósithatók meg minden esetben a gyomor zsugorodása következtében.

Móra Sándor dr.

Westhues: inoperabilis gyomorrák új palliativ mütétéről tartott előadásának méltatása. *Von Oscar Orth.* Homburg. (Zbtt. f. Chir. 6. 1936.)

Ha a beteg a radical operatiót gyomorrák esetén nem birná ki, úgy *Eiselsberg, Narath* után a szerző is a gyomor kiiktató mütétét ajánlja, sőt ő még ulcus esetében is alkalmazza. Az ételnek a gyomorból könyü lefolyása és rákos ételváladékkal nem keveredés által a beteg erőbeli állapotára igen áldásosan hat. E célra különösen a Petz-féle gyomorvarrógépet ajánlja, melynek előnyét *Westhues-sel* együtt a következőkben foglalja össze:

1. inanitiós betegen a jelentékenyen megrövidített beavatkozás igen jelentős. 2. A gyomrot nem kell annyira lecsupaszitani. Ezen készülék a gyomorfalat zúzza és azután átvágjuk azt. Ezután a csonkot még egy pontos serosa-varrattal befedjük. Ha nem vágjuk át a gyomorfalat, akkor még egy átöltővarrattal kell megerősiteni, hogy a folytonosság helyre ne álljon.

Benes Lajos dr.

Könyökizületnek elülről a bicepsinon keresztül végzett punctiójáról és az elülső hosszmetszésből történt arthrotomiáról, könyökizületi genyedésekben. *Prof. Dr. A. Löwen.* Königsberg. (Zblt. f. Chir. 6. 1936.)

Löwen a könyökizület elülső arthrotomiája esetén azt látta, hogy a folyadék vagy geny mindig az elülső izület-tasakban gyülik meg, már akkor is, amikor még az olecranon oldalán semmi duzzanat sem látszik, azért a könyökizületnek az eddigi olecranon külső szélénél történő és a radiusfej s capitulum humeri közti punctiójával szemben, az elülső biceps inán és a m. brachialison keresztül menő punctiót ajánlja.

A punctiót végezhetjük a könyökizület ritkán előforduló gonorrhoeás, továbbá staphylo- és streptococcus által okozott genyes folyadék gyüleme esetén. Az izület punctiója nagyon egyszerü, a biceps jól kitapintható inán keresztül tompaszögben behajlitott könyök mellett, a harántizületi vonalban, vagy e felett 1—2 cm-rel feljebb, a m. brachialis és az izületi tokra függőlegesen vezetett tüvel. Az izületi folyadékgyülem nyomás alatt rendesen kiürül, de fecskendővel ki is szivható, sőt inficiált folyadék esetén át is fecskendezhető. Ugyancsak ajánlja, bár először csak a könyökizület steril gyulladásai esetén alkalmazta, a könyökizület genyedései alkalmával is az elülső hosszmetszésből történt arthrotomiát. Előnye még, a hátsóval szemben, hogy az elülső izületi seb in- és izomelhalás nélkül sokkal gyorsabban gyógyul, válik müködőképessé.

Az art. cubitalis arrosiós vérzésétől nem kell tartani, mert a drain és tampon izommal (biceps és brachialis) érintkezik.

Egy súlvos, magas lázzal, a csipő osteomyelitise utáni a jobb könyökizület metastatikus természetü, erős duzzanattal járó genyedése esetén korán alkalmazott elülső arthrotomiájáról számol be, amellyel elérte a genynek az izületből kiürülését, sőt még egy T-drain bevezetése is lehetővé vált. Az izület gyors lázcsökkenés után derékszögü merevedéssel gyógyult, mint ahogyan ezen esetben nem is volt várható másképpen. — Ha nehéz esetekben nem is érhetünk mozgatható izületet el, mégis feltehető, hogy könnyebb esetekben a *Löwen* által ajánlott eljárással, ahol rövid ideig tartó drainageval elegendő mozgatható könyökizületet tarthatunk meg.

Benes Lajos dr.

Szülészet.

Az amnialis zsák szerepe a szülés alatt. *Loren C. Spademan.* (Amer. J. of. Obstete and Gynec. 1936. 4. sz.)

Az utóbbi két évben számos olyan munka jelent meg, mely a burokrepedés jelentőségét tárgyalja, különös tekintettel a korai burokrepedés hatásosságára szülés bevezetésében. Ezek szerint a korai burokrepedés megrövidíti a szülés idejét és nem befolyásolja az anyai morbiditast és a magzati mortalitást. Összesen ezer szülés eredményét részletezi, pontosan ismertetve a burokrepedés módját, annak idejét és a szülés tartamát. Ezen ezer — a terhesség végén végzett — vizsgálat eredménye a következő: 1. A korai burokrepedés nem befolyásolja említésreméltó mértékben a szülés tartamát. Mesterséges burokrepedés nem rövidíti meg, de nem is hosszabbitja a szülés idejét. 2. A szülés utáni hőemelkedések tekintetében nincs különbség spontán és müvi burokrepesztés között. I. P.-nál valamivel több esetben van láz, ami a nagyobb mütéti frequentiával függ össze. 3. Az operativ beavatkozások száma és minősége független a burokrepedés okától és idejétől. 4. A magzati mortalitás sem mutat különbségeket. Mindezeket összefoglalva az eredmények megerősitik a szerző azon tapasztalatát, hogy az a tétel, mely szerint a müvi burokrepesztés befolyásolná a szülés tartamát és annak lefolyását, revisióra szorul.

Bäder Andor dr.

A rheuneuvegetosisról. *Rodecourt.* (Zblt. f. Gyn. 1936. 7.)

A gyakorlatban gyakran előfordul, hogy alhasi fájdalmak, melyeket vagy appendicitisnek, vagy valamilyen genitalis elváltozásnak diagnostisálnak és aszerint is kezelnek, minden therapiának ellenállnak. Ezek a rheuneuvegetosisok, melyek megfelelő kezelésre jól gyógyulnak, az utóbbi időben ijesztően szaporodnak, aminek oka részint belső secretiós zavar, részint a soványító kúrákkal járó gyenge táplálkozás. Jó hatású sokszor az impletol, vagy 25—50 ccm 1%-os novocain-oldat. A rheuneuvegetosis gyakran amenorrhoeás és hypomenorrhoeás nőkben keletkezik, ami szintén a belső secretiós rendszer zavarára utal. Megnyilvánulása szerint 6 csoportba osztható: 1. általános rheuneuvegetose, (alvászavarok, szédülés, hányás, rosszullét, fejfájás, fáradtság, hát- és keresztcsonti fájdalmak és igen fájdalmas menstruatio), 2. a kis medence rheuneuvegetosisa (keresztcsont- és alhasi fájdalom, hólyag-zavarok, süllyedés-érzés, symphysis-táji fájdalom, égés, viszketés a hüvelyben, végtagfájdalmak), 3. az első és második csoportból egy-két tünet, 4. több vagy minden tünet hirtelen előállása, 5. a kismedence rheuneuvegetosisának hirtelen keletkezése, 6. teljes jólétből hirtelen előálló, az egész testre kiterjedő fájdalmak és rosszullétek. A therapiának fontos segitő eszköze a vegetabilis nyers koszt, idegcsillapitók és igen sok esetben ágynyugalom. Fontos a vegetatív rendszer befolyásolása eugenozym-mal.

Türr Ervinné dr.

Nőgyógyászati és szülészeti megállapitások morphinista nőkön. *Meyer:* (Zbl. f. Gyn. 1936. 1. szám).

A morphinismusnak alapja a neurosis, enélkül nem lesz morphinista senki, akármennyi morphiumot kapott is. Igy a morphinismus és a nőgyógyászati megbetegedések között oki kapcsolat nincs, legfeljebb kiváltója az utóbbi a morphinista szenvedélynek. Esetei áttanulmányozásából kiderült, hogy morphinismus következményeként a libido gyakran megszünt. Később a menses is elmaradt, az ovulatio azonban zavart nem szenved. Ezt bizonyítja az, hogy fogamzás többször történt. Nem egy esetben a morphin-elvonás után — bár már régóta menopausa állott fenn — a menses újból jelentkezett. Terhesség esetén vetélés, koraszülés, a magzat gyenge fejlődése fordult elő. Eseteinek száma azonban kevés, következtetések levonásához.

Aranyi Sándor dr.

Szemészet.

A Zeiss-féle projectiós perimeter. *Hartinger.* (Zeitschrift für Ophthalm. Optik 24. kötet 2. szám.)

A Maggiore elvei szerint készült Zeiss-féle új perimeter a látótér legpontosabb felvételét teszi lehetővé mind világos, mind sötét adaptatio mellett. A jel a 333 mm radiusú ivre optikailag vetíttetik ki; ennek előnyei: a jel világossága változatlan, bármikor megismételhető; ugyanez áll a szinekre is. Szin és világosság feltünés és hang nélkül cserélhető. — Ezért a beteget nem befolyásolják. A készülékkel egyszerű, áttekinthetően és megbizhatóan dolgozó önmüködő jelző rend-

szer van egybeépítve, mely a kapott értéket a megvilágított semára rajzolja. A vizsgált szem helyes állásának ellenőrzésére ikerképekkel dolgozó optikai berendezés szolgál. Utóbbinak, a jelnek, fixpontnak és sémának megvilágítását egy fényforrás szolgáltatja. Az új készülék három előnnyel rendelkezik: pontos, régibb adatokkal összehasonlítható és gyors. Practikus a fejtámasz megoldása és a másik szem kikapcsolása is. Az új készülék feltétlen haladás a perimetria terén.

Grósz István dr.

Gliomák röntgendiagnosisa. *Pfeiffer.* Trans. (Americ. Acad. Ophthalm. and Otolaryng. 1935.)

A gliomákban (retinoblastoma) gyakran előforduló elmeszesedések röntgenképen kimutatását írja le a szerző. 20 enucleált gliomás bulbus 75%-ában mutatott ki meszet a röntgenkép, foltos, szabálytalanszélü árnyék alakjában. A mész mennyisége és tumor kora illetőleg nagysága közötti összefüggés nem volt megállapítható, mivel csak bulbus részletek álltak rendelkezésre. 12 klinikailag gliomagyanus beteg közül 8 valóban gliomásnak bizonyult szövettanilag; ezek közül 6 esetben positiv röntgenkép az enucleátio előtt. 4 kétoldali gliomából 3 positiv mindkétoldalt. Ezek szerint 12 gliomás szem közül 9 adott positiv leletet in situ. Csak 2 gliománál nem volt meszes árnyék kimutatható; az egyik kezdődő volt, a másik majdnem kitöltötte az üvegtestet. 4 pseudoglioma sem az enucleatio előtt, sem után nem mutatott árnyékot.

A jellemző glyomás röntgenképet (szemcsés, szabálytalan szélü árnyék) könnyü differentiálni egyéb mészlerakódásoktól: senilis elváltozások, vagy heteroplastikus csontképződés az érhártyában (phthisikus szemek); itt félholdalakú és éles szélü az árnyék; végül gondolni kell főleg luxált lencsében előforduló elmeszedésre. Ugylátszik az esetek ¾ részében elegendő mész rakódik le, hogy a röntgenképen láthatóvá váljék. A positiv lelet a pseudogliomától elkülönítés szempontjából értékes; a negatív lelet viszont nem zárja ki a gliomát. A rendes, főleg stereofelvételek mellett a Vogt-féle csontmentes felvételek váltak be; a szem csipővel történő elforgatása által a tumor a lencse és a cső közé kerül. Esetleg retroorbitalis novocain vagy Tenon-tokba történő levegő injectio a keletkező exophthalmus révén kedvezőbb viszonyokat teremt.

A hozzászólásban *Reese* dicséri az eljárást, míg *Asbury* szerint a hibája az, hogy éppen korai stadiumban, amikor valóban nehéz a diagnosis, még nincs kimutatható elmeszesedés.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

A facialis pálya, mint a poliomyelitis virusának egyik útja. *Toomey.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 1936. 51. 1,)

Szerző szerint a Heine-Medin spinalis alakjában a virus a gastrointestinalis tractusból a nervus sympathicus útján jut a gerincvelőbe. A bulbaris formákban elképzelhető a virus felfelé haladása a vagus rostjain. A III-ik, VI-ik, IX-ik és XI-ik agyideg azonban csak másodlagosan betegedhetik meg. Vannak klinikai esetek, melyekben csupán isolált facialis bénulás mutatható ki, más esetekben a facialis magjából a virus könnyen átkerülhet a közeli, még keresztezetlen pyramis pályára.

A virus a facialis magjába a következő úton juthat: a nyelv gemma gustatoriában velős hüvelynélküli idegvégződések vannak, melyekbe relative könnyen hatol be a virus, innen jut a virus a chorda tympani útján a facialis idegbe, végül a facialis magjába. A kifejtett hypothesist erősitik kisérleti tapasztalatok a macacus rhesus majmon; a gemma gustatoriák fertőzésével sikerült facialis bénulást létrehozni.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A meningitis epidemica röntgenkezeléséről. *Hippe* és *Grüninger.* (Klinische Wochenschrift 1936. 9.)

Szerzők két, gyermekkori meningitis epidemica-esetről számolnak be, akiken az alkalmazott therapia (lumbalpunctio, levegőbefúvás, serumkezelés) hatástalansága miatt röntgenkezelést alkalmaztak.

A röntgenbesugárzás után gyors láztalanodás és a meningealis izgalmi jelenségek eltünése következett be. A besugárzás technikája a következő volt: öt napon át, mindennap más-más koponyamezőre, 120 r-t adtak. A röntgenkezelés eredményességét a plexus chorioideus secretiójának csökkenésével és a röntgensugarak gyulladásserkentő hatásával magyarázzák.

Bonnauer Péter dr.

Scarlát- és diphtheria-gangraena. *Blumberger.* (Arch. f. Kk. 1936. 107.)

A scarlát- és diphtheria-megbetegedésekkel kapcsolatban ritkán, de rendesen igen súlyos complicatióként szokott együttjárni gangraena. Ennek oka rendesen thrombosis, vagy embolia a toxin által okozott capillaris-laesio folytán, de szóbajöhet a bőr elsődleges megbetegedése is. A gangraena sokszor az arteria iliaca, vagy poplitea emboliája következtében, ennek megfelelő helyen jön létre, de előfordulhat máshol is, többször észlelték két végtagon, symmetrikusan előfordulni.

Szerző két sajátmaga által megfigyelt esetet ir le. Egyik scarlát, a másik diphtheria és streptococcus haemolyticus kevert fertőzése folytán jött létre, mindkettő halállal végződött.

Recht István dr.

Visszatérő pneumonia a csecsemő- és kisgyermekkorban különös tekintettel a prognosisra. *D. Greene.* (Amer. Journ. of Dis. of Childr. 1936. 51. 289.)

10 év alatt 561 csecsemő- és kisgyermekkori pneumoniaeset 18.2%ában észlelt egyszer, vagy többször ismétlődő pneumoniát, úgy hogy a 80 ismétlődő pneumonia-esetben összesen 202 pneumoniás megbetegedést figyelt meg. Említésre méltó, hogy az ismétlődő pneumoniák 50%-ában az első attak 1 éven alóli korban jelentkezett.

Az egyes tüdőgyulladások közt eltelt időszak csak az esetek 30%-ában volt kevesebb, mint 8 hét. Anyagában a lobaris pneumonia jóval gyakoribb, mint a bronchopneumonia. Az ismétlődő esetekben a baj többnyire ugyanoly typusban tér vissza, mint amilyen typusú az első betegség volt, s csak kb. ¼ részben észlelt lobaris pneumonia után bronchopneumoniát és viszont. A prognosist illetően adatai azt látszanak bizonyitani, hogy az ismétlődő esetek prognosisa kedvezőbb, mint az első attaké. Szerző ezt a jelenséget bizonyos fokú szerzett immunitásra vezeti vissza.

Surányi Gyula dr.

Bőrgyógyászat.

Új módszer a gonococcusok és meningococcusok tenyésztésére. *H. Neumann.* (Klin. Wschr. 1936. 2. sz.).

Mindkét coccusfajta ezideig mint szigorúan aerob mikroorganismus volt nevezetes, azonban gyakran előfordul, hogy aerobb feltételek mellett a legmegfelelőbb táptalajon sem tenyészik. Szerző véletlenül rájött arra, hogy a gonococcusok nagyon jól tenyésznek, ha a Petri csészét légmentesen elzárja. Ennek okát kutatva kiderült, hogy az agar agar a légmentesen elzárt helyen már magában is csökkenti a légnyomást, de ha vérrel van keverve, ez még fokozottab mértékben történik. Ilyen esetekben leglényegesebb az oxygennyomás csökkenése. Még igy is maradt olyan törzs, amely nem volt tenyészthető. Szerző a tenyésztési térben a szénsav partialis nyomását akarván fokozni, úgy járt el, hogy egy kis darab szénsav-havat tett a Petri-csészébe, azután azt üveglappal gyorsan elzárta és plastilinnel körültapasztotta. Ezzel sikerült azt elérnie, hogy amilyen mértékben nyelte el a véragar a bezárt levegő oxygenjét, olyan mértékben telitődött az széndioxyddal. Ezzel a módszerrel szerző közel 400 gonococcus törzset tudott kitenyészteni. Az eddig aerob törzseknek ismertek is tenyészthetők voltak, ami arra mutat, hogy a gonococcus nem szigorúan aerob. Szerzőnek nincs tapasztalata a meningococcus tenyésztése terén, de tekintettel, hogy ez a gonococcusnál kevésbé igényes, valószinű, hogy a fenti módszer itt is kielégítő eredményeket fog adni; csak egy esetben próbálta ki a meningococcus tenyésztését s ott jó eredmény mutatkozott.

Nagy Imre dr.

Pseudo-actinomycosisszerű spinocellularis arcepithelioma. *M. Albéric Marin.* (Bulletin de dermat. et de syphilidologie. 1936. 1. sz.).

A szerző 75 éves betegén a kezdeti elváltozás a klinikára való felvétel előtt 6 hónappal keletkezett. A jobb nasolabialis redőben keletkező, kicsiny fekély fokozatosan szétterjedt az arcon, állon és felsőajakon. Ezeken a területeken indurált, alapjával összekapaszkodó, szabálytalan tumor keletkezett, melyből sok sipolyon keresztül sárga geny ürült. Kifejezett állalatti adenopathia. Beteg általános erőbeli állapota gyenge. Wa.-r.: negativ. Gombatenyészet negativ. Direkt vizsgálattal tőkét kimutatni nem sikerült. Szövettani vizsgálat spinocellularis epitheliomát derit ki. Felületes röntgenbesugárzásra a tumor mérsékelten visszafejlődött, a genyedés csökkent ugyan, de a betegség kimenetele halálos volt.

Arokháty Vilmos dr.

Előzetes közlemény az ascorbinsav (C-vitamin) desensibilisáló hatásáról. *Danov*, Geneve. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1935. 9. sz.).

Eddigi vizsgálatai arra mutatnak, hogy az ascorbin-savnak rendkivül kifejezett desensibilisáló tulajdonsága van. Erről 5 eset kapcsán számol be. 4 salvarsan-erythemánál részben intravenásan, részben per os alkalmazták az ascorbinsavat. Intravenásan 10 ccm vízbe 5 centigramm ascorbinsavat adtak. A második injectio után a tünetek teljesen megszüntek. Egy esetben ascorbinsavas oldatban 30 cgr-os salvarsan adagokkal sikerült befejezni a kurát. Hasonló jó eredményt értek el erythrodermiák esetében 5 cgr-os ascorbinsav pirulák adagolásával is, amikor 20 napra teljes gyógyulás következett be. Egy esetben chrysalbin után fellépő arany erythrodermiánál alkalmazták az ascorbinsavat eredményesen intravenás injectio alakjában. A különben súlyos kimenetelü erythrodermiák lefolyásában megnyilvánuló jóindulatúság és az ascorbinsav hatására létrejövő gyógyulások inditották a szerzőt előzetes közleményének megirására. További vizsgálataival az ascorbinsav pontos hatásmechanismusát igyekszik tisztázni.

Arokháty Vilmos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Le Décollement de la rétine et son traitement par *F. Terrien.* (M. A. Dollfus Paris, Masson et Cie.)

A 10 iv terjedelmü s 50 ábrát tartalmazó kötet az idegh ártya leválásával foglalkozik. *Terrien* a párisi egyetem szemesztanara két munkatársával azon tapasztalatokról számol be, melyeket az utolsó 5 évben az idegh ártya leválás gyógyitásában szerzett.

A bántalom klinikai diagnosisa és kórszövettanának aetiologiaja ismertetése után a különböző operatiós módszereket ismertetik.

Gonin nemrég megjelent könyvét: *Vogt* és *Arruga* monographiái követik. *Terrien* könyvét a könnyü francia stylus s a személyes tapasztalatok ismertetése jellemzik. Érdekes, hogy az idegh ártya leválás irodalmában schweizi, holland és spanyol szerzők vezetnek.

Grósz Emil prof.

Leitfaden der Kinderheilkunde für den praktischen Arzt. *Stransky.* 3. Aufl. (Wien 1936. Az Ars Medici kiadása, 283 oldal, ára 5.50 RM.)

Értelmesen megirt, jó kompendium, amely arányait meghazudtolóan gazdag tartalmú és ismertet több olyan megbetegedést is, amelyet a szakkönyvek gyakran mellőznek. A csecsemőbetegségekkel foglalkozó rész azonban túlsürített, nem eléggé részletező s egy-két fejezetével (pl. atrophia) nem értek egyet. Rendkivül ügyesen összeállitott és leghasznosabb része a könyvnek a diagnostikus- és gyógyeljárásokat ismertető fejezet, amit a gyakorló orvosok szivesen fognak olvasni. Itt ismerteti a csecsemő táplálékokat is, de kissé egyoldaluan, amennyiben a Moll-iskoláét ugyszólván teljesen leirja, sok más bevált és hasznos táplálékot azonban meg sem emlit. A könyv kiállitása, nyomása kifogástalan.

Hainiss prof.

Giza Memorial Ophthalmic Laboratory. (Cairo, 1934. 9. évi jelentés).

A laboratorium az I. Fuad-ról elnevezett szemkórházhoz csatolt tanácsadó intézmény, ahová az egész országból küldenek eseteket diagnosis vagy feldolgozás céljából. A jelenlegi igazgató *Rowland Wilson.* Az administartio és felszerelés ismertetése után a továbbképzésről számol be a jelentés, majd böven ismerteti a laboratorium tudományos müködését. Emlitésre méltók a következő megfigyelések: Gyakran látják a kötőhártya hyalin degeneratióját trachoma után; a nagyfokú hegesedés szintén gyakori Egyptomban. A keratitis parenchymatosa ritka, míg látóidegsorvadás és chorioretinitis gyakori okozója a syphilis. Iritisek aetiologiájában 14%-kal szerepel a lues; az esetek felében az ok ismeretlen, talán az endemiás betegségek (dysenteria, bilharzia stb.) tehetők felelőssé. Tanulságos táblázat mutatja az acut ophthalmiák eloszlását hónapok szerint a maximalis hőmérséklet és relativ nedvességhez viszonyitva; a Koch—Weeke-járvány májusban és októberben culminál, míg a gonococcusjárvány juniusban és októberben; hőmérséklet évi maximuma 35 fok, relativ nedvesség 55%, mindkettő juniusban. A vakság okai között egyébként az acut ophthalmiák 70—80%-kal szerepelnek. Feltünő ezzel szemben, hogy az újszülött blenorrhoea a legnagyobb ritkaságok közé tartozik; ennek magyarázata az, hogy gonococcus ophthalmia sem járványtani, sem klinikai szempontból nem áll összefüggésben a go.-s urethritissel. A szeminfectio direct módon vagy közvetve (légy), de nem genitalis közvetitéssel történik. Megjegyzendő, hogy a conjunctiva hámsejtjeiben a klinikai gyógyulás után is találhatók gonococcusok.

A vizsgálatok szerint serologiai szempontból különbség van az ophthalmiás és venereás törzsek között, ami megegyezik az ottani klinikai tapasztalatokkal.

A legfontosabb problema azonban Egyptomban a trachoma; a lakosság 90%-a fertőzött. *Stewart*, a laboratorium pathologusa a záradéktestet nem tartja kórokozónak, hanem a vegyes fertőzés okozta hámreactiós terméknek; ezeket ugyanis csak vegyes fertőzés esetén látta. Nem complicált trachoma esetén tehát nincs záradéktest (e vélemény egyáltalában nem elfogadott.).

Bahtimban már 3 éve folyik a trachoma prophylaxisa, 3-féle cseppel: fehércsepp (1 és 5 ezrelékes ezüsnitrát), sárgacsepp (1:5000 olajos trypaflavin) és kékcsepp (½% cinksulphat + 0.01% higany pyoctannát). Csecsemők naponta kaptak a fenti cseppekből 2 hetes koruktól kezdve. A következtetéseket nagymértékben megnehezitette az óriási csecsemőhalandóság: a nyári hasmenés mortalitása a kezelés alatt állók esetében 50% az első 3 évben. Az eredmények nem nagyon biztatók: a kékcsepp vált be még a legjobban, amennyiben a trachoma később jelenik meg és enyhíti a lefolyást. A vegyes fertőzést sem képes leküzdeni. A jelenlegi állapotokat csak az egyéni hygiéne (felvilágositás) rendezése javithatná meg. Értéktelen és durva eljárásnak ismerték meg a Gardilcic-féle Arolid-kezelést (ezüst halogen vegyület.) *Stewart* végre kiterjedt szürési és oltási kisérleteket végzett trachoma-virussal.

Az igen kiterjedt helminthiasis (lakosság 88%-ában) szemészeti jelentőségével is sokat foglalkoznak. Bilharzia, ankylostomia és főleg ascariasis gyakoribbá teszi a conjunctiva és cornea xerosisát, hogy ha ehhez a trachoma nagymértékben hozzájárul. Az uveitisek kóroktanában talán a kétféle dysenteria játszik szerepet. A bilharzia (Schistosomum haematobium.) egyes ritka esetektől eltekintve nem okozott szemészeti elváltozásokat; ugyanez mondható az ankylostomiasisról is; megdöntik azt a nézetet, hogy a gyakori lágy hályog oka lenne. E két betegség egyébként nem befolyásolja lényegesen a trachomát. Bilharzia 1½, ankylostomia 1, ascaris 7%-ban okozott xerosist; A-vitamin adása per os, vagy parenteralisan (vogan), nem járt sikerrel. Vernalis esetében vigantolt és calciumot adagoltak alacsonyabb mésztükörrel biró egyéneknek objectiv javulás nélkül. Az ezüstnitrát kiterjedt használata ellenére argyrosist csak 0.15%-ban láttak; 12%-os kaliumferrocyanid és natrium thiosulphat sub. conj. befecskendésére a szürke elszineződés eltünt, de a Descement-ben kicsapott ezüstöt nem volt képes eltüntetni. Pellagrás esetek átvizsgálásakor lényeges szemészeti elváltozást csak meningitis kiséretében észleltek. 23 szem-myiasis esetében a Wohlfartia magnifica (Sarkophagidae) lárváját mutatták ki; az esetek a Delta környékéről származtak. Számos érdekesebb eset ismertetése egészíti ki a jelentést.

Grósz István dr.

Klinikai Recipekönyv. Szerkesztette: *Müller Vilmos dr.* (I. kötet X+856, II. kötet 881 oldal. Hatodik kiadás. Franklin Társulat. 1936. Ára kötve 50 P.)

33 év előtt 548 kis oktáv lapon jelent meg a Recipekönyv első kiadása és ma jóval több mint háromszor annyi lexikonszerü oldalon előttünk fekszik a hatodik kiadás. Első érzésünk, hogy tulajdonképen a könyv cimét kellene megváltoztatni. Recipekönyv alatt önkénytelenül afféle zsebbe való kis vademecumot értünk, a két hatalmas és mindjárt hozzátehetjük, tartalmas kötet pedig nemcsak recipéket nyujt, hanem a legavatottabb szerzők tollából a modern therapia és a legújabb vizsgáló módszereknek valóságos tárházát. De hatalmasan bővült a therapiás rész is, amelyben az ars medici soha nem sejtett haladásának megfelelőleg a gyógyszeres kezelés mellett az egyes szakmák szerzői bőséges helyet adnak a ma már nélkülözhetetlen diaetikának, a mechanotherapiának, a balneologiának, a sugaras kezelésnek és számos itt nem részletezhető olyan sikeres gyógyitó módszereknek, amely 33 év előtt még vagy ismeretlenek voltak, vagy távolról sem foglalták el az őket megillető helyet. Mindezeket számbavéve a két kötet kitünő munkatársai valósággal orvosi lexikont nyujtanak a gyakorló orvosnak, aki a mindennapi gyakorlat sok-sok szövevényes kérdésében a kitünő tárgymutató segitségével azonnal megtalálja az orvosi tudomány mai állásának megfelelő teljesen megbizható felvilágositást.

S ha feltétlen elismerésünk mellett rámutatunk a kitünő gyüjtőmunkának egy kis szépséghibájára, tesszük ezt főleg azért mert meg vagyunk győződve, hogy hamarosan szükségessé válik a hetedik kiadás, amelyben azután ez a kis mulasztás is orvoslást találhat. A recipéknek helyenként kissé hibás szerkesztésére akarom felhivni a szerkesztő figyelmét. Igy igen sokszor pillula szerepel pilula helyett, az egyes gyógyszerek neve gyakran genitivus helyett nominativus-szal van megjelölve, a gramm hol gm-nak, hol grm-nak van rövidítve az egyedül helyes g. helyett.

Vajda Károly dr.

Die Zuckerkrankheit. *Von Prof. Dr. Wilhelm Falta.* (Urban és Schwarzenberg, Wien kiadása, 1936. 322 oldal. (Ára: füzve 15, kötve 16.50 márka).

Harminc éves kutató és klinikai munka után *Falta* elérkezettnek látta az időt, hogy a cukorbetegségről könyvet irjon. Amint ilyen előzmények után várható is volt, könyvében egyformán szóhoz jut a betegágy és a laboratorium. A diabetes legtöbb kérdésében önálló véleménye van, egyes fejezeteknek kialakitásában maga is tevékeny részt vett. Ilyenek a renalis glykosuria, az insulinérzékenység, a diabetes endokrinologiai vonatkozásai és a diaetás therapia fejezete. Talán ennek lehet tulajdonitani azt, hogy egyes kérdések tárgyalásában nem mentes elfogulatlanságtól. Stilusa, ha nem is éri el *van den Bergh* könnyü áttekinthetőségét és folyamatosságát, szabatos és világos. Aki a diabetes még sok megoldatlan problemája felől érdeklődik, annak a könyv melegen ajánlható.

Hetényi Géza dr.

Beitrag zur Kenntnis des ileum terminale fixatum und Ileus ilei terminalis fixati. *Lennart Peterson.* (Helsingfors). Mercators Tryckeri Aktiebolag, Helsingfors, 1934. 541. old. több ábra. (Acta chirurgica scandinavica, Vol. LXXV. Supplementum XXXII. Német nyelven).

A leggondosabb tanulmány, amely eddig erről a kérdésről megjelent és valószinü, hogy hosszú időn át szerző észlelései és vizsgálatai irányt mutatók lesznek. Az ileum terminale fixatum az az állapot, melyben az ileum utolsó szakasza részben vagy egészben a rendesnél jobban rögzített a hátsó hasfalhoz. *Lane* foglalkozott régebben ezzel a rendellenességgel s utána „Lane-s kink"-nek hivták, mert az ileum utolsó részének rendellenes rögzítése esetén szalagszerü képződmény észlelhető. A szerző ezt a jelenséget minden részletében a legalaposabb kutatás tárgyává tette. Felhasználta a két finn sebészeti klinika anyagát, muzeumi praeparatumaikat, a kórbonctani és bonctani intézetekben makroskopos és mikroskopos vizsgálatokat végzett újszülött, koraszülött és felnőtt hullákon, és klinikai tanulmányokat eszközölt a maga által operált 50 eseten. Az igy nyert megfigyelés és kutatás eredményének foglalata a kitünő munka. Az ileum terminatum fixatum fejlődési rendellenesség egy változata alapján keletkezik, jellemző reá, hogy a mesenterium alsó része hiányzik, vagy hosszabb rövidebb szakaszon a rendesnél rövidebb és ezáltal az alsó ileum és coecum mozgathatósága korlátozott. Elenyésző kis számban keletkezik az ileumnak ez a rögzítettsége thrombosis, idősült mesenterium lobosodás, vagy az ileocoecalis táj heveny gyulladásos folyamata, a kis medence női ivarszerveinek lobosodásának átterjedése kapcsán. Magzat és újszülött esetében hegszövetet, vagy hegesedést nem talált, a későbbi korban azonban igen. Ileus ilei therminalis fixati esetekben több izben kifejezett hegképződést észlelt, de ilyen okból keletkezett elzáródáskor is előfordult, hogy heget nem talált. A Jacksonféle hártyához hasonló képződmény a mesoileum hegesedéséhez társulhat. Az ileum terminale fixatum különböző megjelenési alakjait csoportositja és kimutatja, hogy mind a „Lane-s kink' mind *Philipowicz* „Mesenteriitis chronica mesoilei terminalis" neve alatt leirt elváltozások a veleszületett rendellenesség változatai, valamint azt is, hogy az úgynevezett periappendicularis összenövések nagy része congenitalis Az appendix fekvése, helyzete, észlelése szerint Wiborgban olyan, mint azt általában az angol, olasz és lengyel népeken találták, de különbözik a német és francia népeken észlelt elhelyezkedéstől. Az ileus ilei terminalis fixati Kelet-Európában gyakoribb. Keletkezésében a rögzített ileumnak túlnyomó szerepe van. Vizsgálatai azt mutatják, hogy a szláv eredésü néptörzseken inkább jelentkezik. Az elzáródás előtt már hosszabb ideje fennálló kiürülési zavarok jellemzőek. A mütéti kezelés eredményei elég nagy halálozást mutatnak. Finnországban sikerült a halálozást 59.5%-ról 45.2%-ra csökkenteni. A rendkivül alapos tanulmány függeléke felsorolja a kérdés teljes irodalmát, a kórtörténeteket és a boncolási jegyzőkönyveket.

Gellért Elemér dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának március 20-i ülése.

Bemutatás:

Thurn-Rumbach I.: *Az állandó catheterek célszerü rögzitési módja.* Ujfajta és igen egyszerü rögzitését ajánlja az állandó katheternek.

Előadások:

Horváth Z.: *Az elektromos emlőszivattyúval szerzett tapasztalatok.* A gyermekágyi emlőgyulladások tárgyalása során rámutat az emlők tökéletes kiürítésének jelentőségére. Erre a célra legalkalmasabbnak bizonyult a Scheer-féle „Atmos" elektromos emlőszivattyú. Ismerteti a II. sz. női klinikán szokásos megelőzési és gyógyitási eljárásokat, melyekben jelentős szerep jut az elektromos emlőszivattyú alkalmazásának. Majd a 18.000 szülés kapcsán szerzett tapasztalataikról számol be. Legtöbb volt az egyoldali emlőgyulladás. Feltünő, hogy aránytalanul több volt a nyári hónapokban; úgy véli, hogy ez a gyakoribb és erősebb izzadással, a bőr könnyebb szennyeződésével állhat összefüggésben. Az emlőgyulladások fellépési idejére, valamint a talyogos emlőgyulladások beolvadási időpontjára az emlőszivattyú alkalmazásának nem volt kimutatható hatása. A szükségessé vált bemetszések száma és a gyógyulási idő azonban lényegesen csökkent. Az emlőbimbó szövődményeket nagyrészt kikuszöbölték, az emlőgyulladások számát pedig felére csökkentették.

Keczán L.: Az elektromos mellszívó-gépnek az emlőgyulladások esetében elért jó eredményein kivül felemliti az emlőszivattyú egyéb előnyeit is. Mikor a tejelválasztást akarjuk fokozni, az első szopástól alkalmazott rendszeres leszivás által majd minden esetben elegendő tejelválasztás indult meg. A III.—IV. napon beálló erős emlőfeszülés és esetleges fájdalom erélyes leszivás által megszüntethető.

Kiss J.: *A halvaszületés, újszülött- és csecsemőhalálozás alakulásáról és annak közelebbi okairól a főváros népmozgalmi adatai kapcsán.* (Egész terjedelmében megjelenik).

Probstner A.: Az államnak törvényhozási úton kellene az anyavédelemről gondoskodnia. A kultuszminisztérium hatáskörébe tartozna az annyira elhanyagolt nőnevelés propagálása.

Győry Gy.: A fővárosban a koraszülöttek nagy halálozási százaléka talán onnan adódik, hogy a szülőintézetek a fennálló jogászi szabályok miatt az élve született éretlen magzatokat is koraszülötteknek kénytelenek bejelenteni.

Temesváry R.: 40 év előtt propagálta nálunk először az anyavédelmet és rámutatott arra a körülményre, hogy a gyermekvédelemnek már az anya terhessége alatt kell kezdődni. Pinard tudvalevőleg kimutatta, hogy sok koraszülés oka azon körülmény, hogy a munkásosztályhoz tartozó anyáknak terhességük végéig kell nehéz munkát végezni és hogy a születendő gyermek szempontjából legüdvösebb, az anyának a terhesség utolsó heteiben, oly otthonban elhelyezése, ahol háztartási munkával foglalkoztatják. Sajnálható, hogy az utolsó években alig lehetséges a szülőintézeteknek háziterheseket felvenni.

Frigyesi J.: Kiss előadása oly fontos szociális problemákkal foglalkozik, hogy szemelvényekben volna jó tárgyalni. Éppen a fontos tárgyra való tekintettel hibáztatja, hogy a Székesfővárosi főorvosi kar nincs jelen. Hogy lehetséges az — kérdezi az előadótól, — hogy egyes intézetekben szociális vonatkozású intézmények nincsenek, de ha volnának is, mit lehetne tőlük várni? Koraszülött alatt nem azt értjük mint a külföld, ami tehát a külföldi statistikákkal való összehasonlításnál feltétlenül különbséget jelent. A leányok felvilágositása az érett korban helyes és szükséges. Tudtával a Stefánia szövetségben van ilyen kurzus, mely elég látogatott. Felkéri Probstner Arthurt, hogy az itt elhangzott és megtárgyalt dolgokról készitsen memorandumot, melyet azután illetékes helyre fognak közvetiteni. Lényeges javulás ugyan ettől a memorandumtól sem igen várható.

Földes L.: A házasságon kívül születtek óriási halálozási arányszámára hivja fel különösen a figyelmet. Illyefalvy a „Gyermek Budapesten" című legújabban megjelent statistikai kimutatásában olvashatjuk, hogy a fővárosban 24.8 % a házasságon kivül születtek száma és, hogy 100 törvényes házasságból született, de 1 éven belül elhalt csecsemővel szemben 42 a törvénytelen elhalt csecsemők száma. Erre az óriási különbségre az északi államokban nincsen példa, mert ott alig van szociális, sőt jogi differentia a házasságon kivül, vagy belül születtek között. Ha Probstner javaslatait

felterjesztenök a kormányhoz, a házasságon kivül szülöttek szomorú sorsára is fel kellene hívni az illetékesek figyelmét, mert sok értékes egyén pusztul el idö előtt, pedig talán nagy hasznára lehetnének úgyis kevés gyermekü hazánknak.

Radványi S.: Kivánatos, hogy a Stefánia Szövetség szociális terhes-gondozási rendszere az összes szülészeti intézetek ambulantiáján ki legyen építve, illetve hatékonyabban ki legyen fejlesztve, hogy ezáltal a segélyre rászoruló terhes anyák minél nagyobb számban részesüljenek segítségben.

A Debreceni Orvosegyesület március 26-i ülése.

Bemutatások:

Piróth E.: *Intracranialis stereometria.* — A Benedek-féle stereoskopos cerebralis arteriographia bevezetésével a stereoskopos röntgen-technika nagy jelentöséget nyert. Ennek kapcsán kézenfekvönek látszik a streoskopos látás segitségével az intracranalisan fekvö contrast képet adó elváltozások pl. tumorok mész incrustatiója, csontosodások a durában, a csontos koponya részek, igy különösen a sella elváltozásai, valamint a pneumokephalias negativ contrast képet adó ventriculus árnyékok, továbbá az arteriographiás viszgálatokkal kapcsolatos alaki érelváltozások és esetleges újképzödések, pl. tumor kosár, angiomás érhálózat, aneurysmák stb. nagysági és helyzeti fekvésének pontos mérési lehetösége. A méréseknél elsösorban fontos a röntgen felvételekkor és azok leolvasásakor a helyes beállitás, amelynél tekintetbe kell venni a proiectiót a lámpa, a tárgy, illetve koponya és proiectiós felület egymástóli távolságát; a pupillaris distantiát és a convergentia és alkalmazkodás összefüggését. A mérések lényege az, hogy a koponyát egy elképzelt, geometriailag pontosan ismert vonal és sik hálózattal vesszük fel. Ezt úgy érjük el, hogy a koponyára előzetesen söréteket ragasztunk fel (általában 9 vagy 11 söréfet), melyek közül 3 a median síkban fekszik, a sörétek egymástól való távolságát diagonálisan pontosan lemérjük (összesen 36 v. 55 távolságot) és a correspondeáló stereoskopos képfeleken azokat vonalakkal összekötjük és igy a vonalak is stereoscoposan láthatók. A vonal hosszúságok ismertek lévén, igy az azok területébe esö és az azokhoz viszonyitott tárgyak három dimensiós kiterjedése könnyen kiszámitható.

Pongor F.: *Typhobacillosis gyógyult esete.* — 41 éves férfi anamnesisében tuberculosis nem szerepel. Az 1933. novemberében lezajlott jobboldali pleuritis utáni állapottal, diffus bronchialis huruttal veszik fel. Rtg. szerint a tüdöben tbc.-s elváltozás nem mutatható ki. Tüneti kezelésre 10 kg-t hizott. Teljesen jó közérzet mellett egy napon hirtelen lázas lett 39°-ig, hányinger, hányás lépett fel. Nyomási érzékenység a vakbéli tájon. Rovsing negativ. A fehérvérsejtek száma 13,600. Appendicitis acutát tételeznek fel, de a mütétet illetöleg várakozó álláspontra helyezkednek. Másnap a láz 40.4°-ra emelkedik, de hasi tünetek csökkennek. Meningismus tünetei mutatkoznak, a beteg eszméletét veszti, székét, vizeletét maga alá bocsátja. A typhus abdominalisra irányuló vizsgálatok negativ eredményüek. Tarkómerevség kifejezett, Kernig positiv. Többszöri lumbalpunctio, a liquor a meningismusra jellemzö adatokat mutatja. Szemészeti lelet negativ. Az ideggyógyász véleménye szerint septicus meningismus áll fenn. A lázas, eszméletlen állapot 9 napig tart, amikor a láz leesik és a beteg eszméletre tér. A beteg állapota ezután további meninx izgalmi tünetek fennmaradásával lényegesen javult. A lázas szak után a beteg vérét Löwenstein-táptalajra oltjuk. A leoltás után 8 hét mulva a táptalajon makroskopos kolonia jelenik meg. A cultura állatoltások útján humantypusúnak bizonyul. E lelet alapján felvesszük, hogy a betegen typhobacillosisos, helyesebben sepsis tuberculosa gravissima zajlott le. Szerző foglalkozik e kórkép aetiologiájával, tünettanával, kórbonctani képével. Felhivja a figyelmet arra, hogy minden olyan esetben, amikor a betegen typhusos, meningealis tünetek állanak fenn s a typhus abdominalis kétségtelenül kizárható, gondolnunk kell a tuberculoticus bakteriaemia kimutatására, mert ezzel az eljárással gyakran a helyes diagnosishoz juthatunk.

Thurzó J.: A beteg ideggyógyászati vizsgálata alapján a fertözö betegség után kifejlödött többgócú enkephalomyelitis disseminataról van jelenleg szó, amelyet a nystagmus, a myokimiás jelenségek és az alsó végtagok spasticus paraparesise és a spasticus reflexei jellemeznek.

Székely F.: *Atresia oris.* — Egy hetes csecsemö, akin születésekor a fog-iny igen ritka, veleszületett rendellenessége észleltetett: az alsó és a felső ajak, szájnyilás, frenulum labii és sulcus gingivolabialis a normal anatomiai viszonyoknak megfelelöek. Az alsó állkapocs inye a felsö állkapocs inyének hátsó áthajlásának vonalában azzal össze van növe, kivéve jobb oldalt a középvonaltól 3 mm-nyire kezdödö ½ cm hosszú szakaszt, hol kb. 1 mm széles rés mutatkozik, melyen át síráskor habos nyál ürül s melyen át sondával a szájüregbe tudunk jutni. A csontokról, izületekről, fogcsirokról készült rtg.-felvétel negativ. Egyébként fejlödési rendellenesség nem volt észlelhető. Sebészi beavatkozásra az összenövés megoldható volt.

Április 5-i ülés.

Bemutatások:

Kosztolányi M.: *Milyen esetekben lehet rekeszbénitással a pneumothorax hatását javitani?* Az irodalmi ismertetések után a debreceni Auguszta Szanatoriumban 8 év alatt végzett 30 pneumothorax és phrenicus combinált kezelés eredményéről számol be és ennek alapján a combinált kezelés indicatióját adja meg 1. Az alsó tüdömezök és a hilus közelében ülö megbetegedésekben, ha basalis rekeszösszenövések vannak, legyen a folyamat exsudativ, vagy productiv, a pneumothorax bevezetése után indokolt a phrenicus exhairesis elvégzése, mert jó eredményt várhatunk. 2. A felsö tüdömezök cavernái esetében, ha tisztán egyoldali a folyamat és a pneumothorax nem jár kielégitö eredménnyel, mert a csúcsban, vagy lateralisan, vagy a rekeszhez köteges összenövések vannak és az interlobaris rés zárt, szintén jó eredménnyel kecsegtet a combinált kezelés. Ezt a kezelési módot a Jakobeus-mütét pótlására is felhasználhatjuk és gyógyulást érhetünk el a combinált kezeléssel, bár hosszabb idö alatt, olyankor is, mikor a szalagosan fixált pneumothorax miatt már thoracoplastica indicálására gondolunk. 3. Végül a felsö tüdömezök olyan megbetegedéseiben, hol már a második oldalra is áttétek vannak, a pneumothorax a csúcs, rekesz lenövése, vagy szalagos fixáltság miatt nem complett, de az interlobaris rés zárt, meg lehet próbálni a combinált kezelést, mert tapasztalataink alapján javulást remélhetünk.

Szauter B.: *Photographikus regisztrálással felvett párhuzamos vérsejtsüllyedési görbék értékelése.* Az eddig ismert vérsejtsüllyedést photographikusan regisztráló készülékek nem alkalmasak párhuzamos próbák beállitására. Előadó oly készüléket szerkesztett, mely két vérpróba süllyedésének (100 mm magas vérsejtoszlop 0—12 süllyedése) egyidejü felvételére alkalmas. A párhuzamos regisztrálás elönye az, hogy a vér egy részét specifikus anyagokkal, igy tuberkulinnal, adrenalinnal, vagy sensibilisált és nem sensibilisált állat vért homolog savóval, — összehozva a befolyásolt süllyedés görbéjének megváltozásából következtetéseket vonhatunk le. Az esetek egy jelentékeny részében a görbék nemcsak a niveaubeli különbségeket, hanem alaki eltérést is mutatnak. Az automatikus regisztrálásnak sajátos tere nyilik a véralvadék összehúzódásának, azaz a placenta képződésnek photographikus lerögzitésével. A vér a levétel első néhány perce után kocsonyaszerü tömeggé (cruor) alakul, a vérsejtek ilyenkor a fibrinhálózatba ágyazva nem süllyedhetnek, 1—3 óra mulva a fibrinhálózat a magába zárt sejtes elemekkel együtt hirtelen összehúzódik és savót présel ki magából. A vér nagy fibrinogen tartalma esetén ez az összehúzódás szakaszosan történik.

Thurzó J.: A photosedimentatoros görbék nem annyira áttekinthetök, mint az 1, 2 és 24 órai leolvasás alapján diagrammokon feltüntetett görbék, az előbbiek leolvasására átlátszó és megfelelő beosztású mm. papirost lehetne használni. Az elmegyógyászatban a vörösvértestsüllyedés diagnostikai szempontból a schizophrenia és paralysis esetében használható fel, illetve mutat eltéréseket. Kórjóslati szempontból találták értékelhetönek a Benedek-klinikán pp.-ések malariakúrája alatt. Amennyiben a fokozott pp.-és vértestsüllyedés a malaria-lázak alatt még fokozottabbá válik és a kúra befejezése után sok esetben nagymérvü javulást mutat, ez utóbbi kedvező kórjóslati jel.

Április 23-i ülés.

Mandel L.: *A vérsejtsüllyedés és fehér vérkép alakulása aranykúra hatására.* — 40 Solganal B. ol. és Bismosalvan combinált kezelésben részesült betegen végzett sorozatos haematologiai vizsgálatokat a vérsejtsüllyedést és Schillingféle fehér vérképet illetöleg. Két esetben minden nap végzett a kora reggeli órákban meghatározást, 7-ben 2 naponként, a többiben pedig az injectio reggelén, majd utána 2 nap mulva és minden következő inj. reggelén. E vizsgálatok folyamán a haematologiai képben az ingerhatás kétségtelen jeleit észlelte olyankor is, amidön más vizsgálati módszer változást még nem jelzett. A hömenet physikalis tünetek és

röntgen által is jelzett visszahatásokat, viszont mindig hüen kisérte a haemoklinikai status változása. E változás jellegzetes összetevői: a vérsejtsüllyedés lényeges meggyorsulása, a vérképben a neutrophilek megszaporodása, esetleg kifejezett neutrophilia, fokozott balratolódás, a lymphocyták csökkenése. Az esetek egy részében már a reactio elején, vagy közben erős monocytosis és eosinophilia volt. Mindezeket napok mulva neutropenia, fiatal alakok számának csökkenése és erős lymphocytosis váltja fel. E kifejezett nagyobb reactio képe, amelyet esetleg hőemelkedés is kisér. A kisebbfokú ingerhatásra a neutrophilek száma alig emelkedik, ellenben kifejezett monocytosis keletkezik a lymphocyta szám rovására. Van végül a reactiónak egy oly typusa is, amelyben az injectiót követőleg a lymphocytaszám nem változik, de jelentős monocytosis áll elő, amelyet a neutrophilok csökkenése követ. Míg az előbbi változások a gócreactio különböző fokát jelzik, ez utóbbi alakulás a reticulo-endothelialis systema izgalmának következménye. Vizsgálatai tehát megerősitik a chemotherapiás hatás mai modern felfogását, amely két tényezőből tevődik össze: catalysáló hatás következtében kiváltott gócreactióból és a reticuloendothelisáló hatás következtében kiváltott gócreactióból és a reticuloendothelialis apparatus activálásából. Megfigyeléseik gyakorlati hasznaképen a tbc.-sek arany-kezelésében, az eddigi controllok mellett, mint sokkal érzékenyebb indicatort ajánlja a haematologiai vizsgálatok rendszeres alkalmazását. Tapasztalása szerint a legjobb megoldás az: vért kell venni az inj. előtt a kora reggeli órákban, majd utána 2 nap mulva és a következő inj. reggelén. Ez kisebb adag esetén a 4—5. napon, nagyobbak mellett a 6—8-on csedékes. Ha a reactio ekkor még nem zajlott le, úgy 2—3 nap mulva újra vért veszünk és csak az előbbi inj. hatásának lezajlása után megyünk tovább az adagolásban. Az adagok emelésének ütemét, a kiváltott reactio foka szabja meg.

Kulin L.: *Meningitis serosa aseptica.* — (Kézirat nem érkezett.)

Thurzó J.: A meningitisek kórismézése és gyógyitása terén is számos megodatlan problemával találkozunk. Therapiás szempontból a legtöbb ily megoldatlan kérdés a meningitis tbc. esetében áll fenn. A gyermekklinika vizsgálatai szerint ezen a téren is bizonyos haladás volt a meningitis tbc. röntgenbesugárzásos kezelése, amelyet *Bókay* professor ajánlott. Az ú. n. meningitis serosa kórismeje terén igen különböző véleményekkel találkozunk. Otogen, eltokolt fertőzések mellett a subarachnoidealis ür ki nem mutatható fertőzése ellenére is meningitis serosát észlelhetünk. Diphtheriával is járhat meningitis serosa. A polyomyelitis egyes esetekben szerepelhet kóroki tényező gyanánt, mint atypikus formája a betegségnek, a mozgási rendszer minden bántalma nélkül. A meningoenkephalitis kórképei sokszor járványszerüleg jelentkezhetnek és egyes esetekben a meningitis tünetei dominálhatnak. Az enkephalitis epidemica az utóbbi években mint atypusos forma szokott jelentkezni, nem mint a nagy járványok idején, 1920-ban. Akkor inkább a parkinsonismusos tüneti kép volt uralkodó. Jelenleg az idegklinikán is gyakran észleltek meningoenkephalitises atypikus kórképet. Érdekkel bir az is, hogy gyermekkorban a meningitisek általában gyakoribbak, mint felnőtt korban. Meningitis epidemicára vonatkozólag ennek oka az, hogy a meningococcus a gyengébb gyermeki orr, torok és száj nyálkahártyáján könnyebben tud a szervezetbe behatolni, míg a felnőttek gyakran csak bacillushordozók. Valószinünek tartja azt, hogy a gyermek agyburkai is inkább hajlamosak a megbetegedésre, illetve kevésbbé ellentállók és ezenkivül a gyermekkorban a vérellátottság az egymással antagonismusban lévő corticalis és subcorticalis vérellátási területek közül az utóbbira vonatkozólag bir túlsúllyal.

Április 30-i ülés.

(Referáló közegészségtani, járványtani és bakteriologiai tárgyú szakülés.)

1. *Czelloth Gyula:* Az ivóvíz biologiai vizsgálata. — 2. *Réthy Aladár:* Ujabb táptalajok a typhus bakteriologiai diagnosisára. — A teleptypusok jelentősége az immunitástanban. — 3. *G. Czimmer Anna:* A thyroxinhatás localisatiója. — 4. *Kovács András:* A Sanarelli-Schwarzman-féle jelenségről. — 5. *Baranyai Pál:* Fertőzött tojások járványtani jelentősége. — 6. *Sokoray Lóránd:* Összefüggés a hypophysis és a vér antithyreotrop hatása között. — 7. *Fekete Béla:* Ujabb eljárások a bac. diphtheriae felismerésének megkönnyitésére. — 8. *Vályi—Nagy Tibor:* Histamin-resistentia és histamin-tachyphylaxia. — 9. *Ari Lajos:* A Heine—Medin-kór virusának terjedése az agyidegrendszerben.

A referálást követő vitában résztvettek: *Went István, Thurzó Jenő, Szauter Béla* és *Ökrös Sándor.*

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 16-i ülése.

Bemutatás:

Beöthy K.: *Az agyonverésről.* 15 perc alatt beálló halállal kapcsolatban a halálokot a következőkben állapitja meg: *a)* elvérzés a bör alá (subcutan haematoma, *b)* zsíremboha, *c)* shokhatás.

Előadások:

Czike A.: *Az extrarenalis vízkiválasztás és meghatározása.* A légzéssel kiválasztott vízmennyiség a legcélszerübben $CaCl_2$-vel megtöltött edényekben fogható fel. A kilégzett levegő víztartalmának és a tüdő ventillatiójának egyidejü és gyakori meghatározása után könnyen megállapitható a kérdéses idő alatt kiválasztott vízmennyiség. A bőr vízkiválasztása csak testsúlyméréssel, azaz indirect módon határozható meg legpontosabban. A légzéssel kiválasztott víz egy része egész bizonyosan a tüdőből származik, ezt bizonyitják, hogy kiterjedt tüdőelváltozásokban, és hogy különböző légzési mód mellett a kilégzett levegő víztartalma megváltozik, a tüdőfelület szerepét bizonyitja továbbá venapunctiós kisérleteink eredménye is, végeredményben a kilégzett levegő víztartalomcsökkenésének okát a tüdővérkeringés megváltozásában kell keresni. A kilégzett levegő egészségesekben mindig közel telített, igy a vízkiválasztás fokozása légzés útján csak a ventillatio, vagy a testhőmérséklet emelkedésével jöhet létre. Ismerteti a börkiválasztással kapcsolatosan azt a sok apró, de fontos körülményt, melyeknek megváltozása oka lehet a börkiválasztás ingadozásának, ezért csak azok az eredmények a megbizhatóak és hasonlithatók össze — különösen kórképekben — melyeket pontosan, mindig ugyanúgy előirt életmód mellett nyer. A vízkiválasztás megoszlása az egyes vízkiválasztó szervek között ugyanazon egyénben állandó. Egészségesekben is megtalálható az extrarenalis rendszer compensatorikus működése és fokozott folyadékbevitellel vagy szomjaztatással befolyásolható azok vízkiválasztása. Azt sem lehet megmondani egészségeseknél sem, hogy az extrarenalis vízkiválasztás meddig és mily fokban áll a meleg- és energiaháztartás szolgálatában: bizonyitékok vannak arra vonatkozólag, hogy az extrarenalis vízkiválasztás egészséges felnőttekben is activ részt vesz a vízforgalom egyensúlyban tartásában.

Csucs L.: *Tapasztalataink a Lüttge v. Mertz-féle serologiai terhességi reactióval.* A Lüttge v. Mertz-féle serologiai reactio az Abderhalden-féle reactióból származik és alapelveiben is egyezik azzal. Alapgondolata, hogy a szervezet idegen, sőt a saját szerveinek lebomlásából származó fehérjék ellen elhárító, vagy — *Sellheim* szerint — alkalmazkodási fermenteket készit. Ezen fermentek, ill. az őket tartalmazó vérsavó in vitro is képes azon szerveket, melyek ellen készült, lebontani. Ha tehát placenta fehérjéket összehozunk a terhességre gyanús vér savójával és azt lebontja ezen fehérjéket, igy placentalebontó fermentjei által elárulja, hogy terhes nőtől, azaz placentát tartalmazó szervezetből való. *Lüttge* és *v. Mertz* ezen reactiót sok módositás által gyorssá és könnyen elvégezhetővé tették, és a módositások során fejlődött ki az általunk is használt Lüttge-v. Mertz-féle alkoholextract reactio. Ezen reactio megbizhatósága körül óriási viták voltak, ezért vizsgálatainkkal elsősorban ezen reactiók megbizhatóságát kutattuk.

Összesen 168 esetben végeztük el a reactiót. Ebből: 53 esetben gyermekágy 1—18 napján 32.5%-ban positiv és 67.5 %-ban negativ reactiót kaptunk. 81 esetben biztosan terhes nőtől származó savóval 75.3%-ban positiv és 24.7%-ban negativ reactiót kaptunk. A többi különböző extractumokkal, férfi serumokkal controllvizsgálat volt.

Biztos terhesség mellett 20 esetben kaptunk negativ, ill. igen gyengén positiv reactiót. Ezen negativ esetekben 50%-ban a szülés, vagy a terhesség kapcsán súlyos szövődményeket észleltünk.

Túlhordásra gyanus esetek közül 85%-ban kaptunk positiv reactiót. Bizonyitva ezen esetekben a feltételezett nagyobb placentavitalitást.

Scipiades E.: Azok a vizsgálatok, amelyekről előadó beszámolt, tulajdonképen már két éve folytak le, s igy külső körülmények folytán aktualitásukat vesztették. A cél, amelyet szolgáltak, az volt, hogy ha lehet, eldöntsük velük a túlhordás kezdetét, melyre eddig semmi szilárd bázisunk nincsen. Sajnos e célra a tárgyalt reactio épügy nem vált be,

mint a magzat nemének eldöntésére, vagy a terhesség fennforgásának megállapitására. Igy mint eredmény, előadó vizsgálataiból csupán azon dicsérendő szorgalom maradt, mellyel ő vizsgálatait elvégezte.

Jendrassik L.: Érdemes volna utána nézni, hogy mi okozta az Abderhalden-féle reactio és tárgyalt módositásának negativ eseteit. Ebben szerepelhetnek oly fermenttevékenységeket gátló anyagok, melyek ilyenkor a vérben ugyancsak jelen vannak. Az sem lehetetlen azonban, hogy a véralvadásnál kiváló fibrin magával ragadja a hatóanyagot. Kérdi ezért, hogy vizsgálták-e a reactiót vérplasmában is.

Március 23-i ülés.

Bemutatás:

Dziobek L.: *Leukaemia cutis lymphatica.* 48 éves férfi betegen 6 éves szünet után másodszor észlel ugyanazon helyen leukaemiát, mely szövettanilag lymphocytásnak bizonyult. Az első alkalommal a röntgensugárzás után erythroderma jelentkezett. Jelenleg ismét röntgensugárzásnak veti alá.

Előadások:

Kukán F.: *Saját eszközzel végzett klinikai vizsgálatok a retinalis vérnyomás és a liquornyomás közötti összefüggésről.* 32 esetben, fekvő beteg mindkét szemében, közvetlenül a lumbalpunctio előtt megmérte a vena cent. retinae vérnyomását. A venás vérnyomásból számszerü következtetést vont le az agynyomás nagyságára. A lumbalpunctiók igazolták, hogy a venás vérnyomás és az agynyomás változataiban igen kifejezett a párhuzamosság. A retina arteriás vérnyomása és az agynyomás közötti összefüggésre vonatkozóan az eseteiből határozott következtetést még nem von le, de valószinünek tartja, hogy az összefüggés nem a Bailliart-féle arányban lesz kifejezhető. Ophthalmometere igen jónak és kényelmesnek bizonyult.

Angyán J.: Az ismertetett módszer a beteget nem terheli. Mint vértelen nyomásmérési módszernek jelentőségét gyakori megismételhetőségében látja. Az eddigi adatgyüjtés meggyőzi öt azirányt, hogy a mérés a liquornyomás kóros fokozódását jól mutatja. A továbbiakban remélhető, hogy az egyes fontos betegségcsoportok (fejtrauma, fertőző bajok, klimakterium, hypertensio) ellenőrzésére, melyben a liquornyomás ingadozása várható, lehet ezt a vértelen módszert kiadósan alkalmazni.

Gagyi J.: *Kisérleti adatok a diphtheria-elleni activ immunisálás kérdéséhez. I. Antibakteriumos diphtheria-immunitas előidézése tengerimalacokon.* A di-bacillust C-vitaminnal mérgező tulajdonságától megfosztotta és tengerimalacoknak subcutan fecskendezte be. 4 hét mulva a 3-ik oltás után olyan immunitás fejlődött ki, mely praeformált di-toxinnal szemben nem, de a conjunctiva diphtheria ellen védelmet nyujtott. Eljárását a bacillusgazdák activ immunisálására ajánlja.

Március 30-i ülés.

Ernst J.: *Térfogatcsökkenés és dissociatiofok.* A modern dissociatiós elmélet szerint az erös elektrolytek teljesen ionisálódnak vizes oldataikban, nem pedig csak egy bizonyos százalékig, mint *Arrhenius* mondta. Viszont a legújabb kutatások arra az eredményre vezettek, hogy mégis csak vannak bomlatlan molekulák az elektrolytek vizes oldataiban. Mi abból a tényből indultunk ki, hogy az ionok vizes oldataikban térfogatcsökkenést okoznak hydratatiójuk révén. E tény alapján azt a hypothesist állitottuk fel, hogy a térfogatcsökkenés egyenes arányban van az ionok számával, azaz a dissociatio fokával. E hypothesis alapján a térfogatcsökkenésből meg tudjuk állapitani a dissociatio fokát, ha v. a térfogatcsökkenés (pro g. aequ.) a kérdéses higitásban $V\infty$ pedig végtelen nagy higitás esetén, akkor a dissociatio foka $\alpha = \frac{V}{V_\infty}$. Az igy meghatározott értékek jól egyeznek a legújabb adatokkal, melyeket egészen különböző methodikákkal nyertek.

Jendrassik L.: Tekintettel arra, hogy semleges molekuláknak is van térfogatcsökkentő hatása, meggondolandónak tartja, hogy az elektrolytek esetében az ionok elektromos hatása mellett egy ily másik componens nem szerepelhet-e. Az izom térfogatcsökkenésének különböző eseteit az új nézet nem magyarázza másként, mint az eddigiek. Az előadás alapgondolatát rendkivül érdekesnek tartja, és igen nagy eredménynek, hogy physiologus jut physikai területen alapvető megállapitásokhoz.

Ernst J.: Igen érdekes lett volna a hydrolysissel kapcsolatos térfogat-viszonyok megbeszélése, pl.: a $NaCO_3$ vagy kaliumlactat esetében, de ez sokáig tartott volna.

Cseh I.: *A szív sérülései tompa erőszakos behatásokra.* Statistikai adatok felsorolása és a szív erőszakos tompa sérüléseinek előidézésében szereplő mechanismusok ismertetése után részletesen foglalkozik a közvetlen zúzóhatás következtében létrejövő szivsérülésekkel, különösen a kifejezett anatomiai elváltozásokkal nem járó commotio cordis-sal. Ezután rátér saját esetére, mely 22 éves katonára vonatkozik, aki a mellkasát ért lórugás után azonnal meghalt. Boncoláskor a mellkas bőrén levő lencsényi petecset leszámitva külsérelmi nyom nem volt látható. A belső szerveken a szív kamrasövényében levő vörös folttól eltekintve, nem volt semmi elváltozás. A szív szövettani vizsgálata alkalmával ennek a vörös foltnak a területében az arteriák görcsös összehúzódását, a capillarisok és kis venák extrem kitágulását és vérteltségét, valamint kis vérzéseket talált. Ezzel morphologiailag emberi szíven is sikerült igazolnia *Dietrich*-nek és *Schlomka*-nak azt a felfogását, mely szerint a commito cordis tüneteit a szív tápláló ereinek krisise okozza.

Egy orvos benyomásai 7 éves iráni (perzsiai) tartózkodás után.

Az O. H. hasábjain már abban a kitüntetésben részesültem, hogy 1929-ben röviddel ideérkezésem és letelepedésem után, az itteni helyzetet ismertető cikkeket közölhettem mindarról, a mi bennünket, frissen ideérkezetteket meglepett és amit mi láttunk, akkor, amidőn mi Európából jövc csak a mesék keletjét tartottuk meg emlékezetünkben, vagy legalább is gyermekkorunk ez emlékeivel érkezve ide egészen más világot találtunk itt, ami nekünk egyelőre megfoghatatlanul új volt és időbe tellett e régi impressiónktól magunkat felszabadítani. Ideérkezve már csak azt láttam, hogy itt valami készül és csak érezhető volt egy erős és tudatos kéz, amely az eddig felhasználatlan energiákból újat akar teremteni. Ezen véleményemnek én már akkori cikkemben is kifejezést adtam, ami oda vezetett, hogy rosszakaróim cikkem tendentiosus lefordításával és az itteni hatóságok elé terjesztésével abból ellenem vádat akartak kovácsolni és csak az itteni hatóságok jóindulata és belátása mentett meg engem a nagyobb kellemetlenségektől.

A 7 éves itt-tartózkodás és munka megtanitottak arra, hogy az itteni embereket megismerjem és megszeressem, hogy a néppel állandó összeköttetésben lévén, lelkivilágukat is megismerjem, ami nélkül semmiképpen sem lehet a lelkük közelébe férkőzni. Erre pedig leginkább az orvos van hivatva, aki a napi munkája mellett, önkénytelenül is psychologussá válik és kezdi csodálni azt a népet, amelyik évszázadokkal visszamaradva, egy erélyes és céltudatos uralkodó és annak jól megválasztott munkatársai vezetése mellett egy productiv és hatalmas országot épit fel, amely az ázsiai politika tengelyének igen fontos tényezőjévé vált az új, nagyratörő ázsiai világpolitikában.

Az ország belső organisatiója oly nagy változáson ment keresztül, hogy azt csak azok tudják elbirálni, akik itt élnek és éppen ezeket az esztendőket töltötték itt, amelyekben ez a nagy változás lefolyt. Hogy az épitkezés itt igen hatalmas léptekkel indult meg, az köztudomású, már csak azokból a tényezőkből is, hogy igen sok magyar honfitársunk talált itt igen jó munkát és kereseti lehetőséget. A transirani vasut már Teherantól csak 120 km-re van és egy éven belül már Teheranba is közlekedni fog. Hogy technikailag milyen nehézségeket kellett itt megoldani, azt megbirálni csak szakemberek képesek, de itt csak az a fontos, hogy a Kaspi tengert összekötve Teherannal és igy a Perzsa öböllel, az országot keresztül szeli és Mesenderát, az ország egyik leggazdagabb részét, kö-

zelebb hozza a fővároshoz. Hogy milyen természeti szépségek válnak a vasut vonallal láthatóvá, azt csak a turisták ezrei fogják bizonyítani, akik rövid időn belül Iránnak gyönyörű természeti kincseiről fognak csodálkozva mesélni. Ugyanakkor az ipar is és az ország iparosítása is megindult. Reza Sah Pahlevi külföldi szakemberek vezetése alatt posztó- és cukorgyárakat építtetett, amelyek javarésze ma már perzsa vezetés alatt áll és produkál, amiáltal az ország lassan függetleníti magát a behozataltól és ad munkalehetőséget a munkások ezreinek. De nemcsak a közmunkák azok, amelyeket az uralkodó szorgalmaz, hanem a városok rendezése is az ő intentiói alapján történik. Teheran, ahol élek, már nem is ismerhető fel, annyira megváltozott; széles, egyenes, parkozott utcáin álló ízléses házai európai értelemben is teljesen modernek és aszfaltján a legjobb márkájú autók százai szaladnak, nagyszerű világvárosi képet adva a csodálkozó idegennek.

Bennünket orvosi szempontból az ország hygienikus berendezése érdekel, minek tekintetében igen kiválót teremtett azoknak az ifjaknak tudása, akik Őfelsége rendelete értelmében európai egyetemeken tanultak, de ma már itthon vannak és az ország egészségügyi szükségét tökéletesen fedezik. Felelősségteljes positiójukban teljesen európai rendet és rendszert vezetnek be és ma már nemcsak a malária leküzdésében van vezető szerepük, hanem a typhus is már csak sporadicusan lép fel, de a már majdnem mindenütt megkezdett csatornázás ennek is rövidesen gátat vet. A vidéken kötelező a typhus elleni oltás, éppen úgy mint a himlőelleni oltás és így remélhető, hogy a csatornázás kérdésének végleges megoldásával a járványok csupán éppen annyira fognak sporadicusan jelentkezni, mint Európában.

A venereas megbetegedések ellen, éppen úgy, mint otthon, dispensairekkel védekeznek, és bár azoknak működése még nem teljesen kielégítő, de a szervezet már meg van a „Vörös Oroszlán"-ban, ami megfelel a mi „Vöröskereszt" intézményünknek — kielégítőleg dolgozik és végzi munkáját. A tuberculosis ellen ugyancsak ebben a formában szervezik meg az általános védelmet és így meg van rá a lehetőség, hogy mihamarabb e téren is a mortalitást a minimumra lehet majd lenyomni, különösképpen most, amidőn a régi levegőtlen és egészségtelen házakat, lakásokat, Reza Sah Pahlevi rendeletére le kell rombolni és azok új, levegős és egészséges házaknak kell, hogy helyet adjanak. Szülészeti szempontból bábaiskolák felállítása és a gyermekágyasok ellátása, a terhesek előzetes vizsgálata és tanáccsal ellátása parallel megy avval a ténnyel, hogy a nők Őfelsége rendeletére a *„csador"-t* levetették és szabadon, letakaratlan arccal járnak, ami hygienies szempontból az itteni meleg mellett igen fonos lépés volt, nemcsak a muzulmán asszony emancipátiója szempontjából, amit a muzulmán nő igen lelkesen fogadott, hanem a bőrhygieniéje szempontjából is. A nő belépése a socialis életbe magával hozza, hogy el fogják foglalni a társadalomban az őket megillető helyet és ebben az Uralkodó család jár jópéldával elől, midőn tagjai a különböző charitativ és socialis egyesülések élére állanak.

A szegény betegellátást alkalmazott orvosok látják el, míg a gyógyszer ellátás itt Őfelsége jóvoltából a kitünően organizált és gazdagon felszerelt nagy katonai gyógyszertáron át történik egyelőre, ahol illetve fiókjai útján, az arra rászorulók recept ellenében a gyógyszert ingyen is megkapják.

Hogy az ország intelligentialis szükségletének is eleget tegyen Reza Sah Pahlevi itt egy egyetemet szervezett, minden fakultással, külföldi, főleg német és francia professorokkal. Az egyetem és az intézetek épületei és azoknak tárgyi és tudományos berendezése annyira modernek és kitünően felszereltek, hogy csak őszinte csodálattal gondolhatunk reá.

Mindezek a tények és institutiók eléggé mutatják azt a céltudatos munkát, amelyet Reza Sah Pahlevi itt végez, amelynek én csak egy kis képét adhatom, nem térhetve ki azokra a nagy változásokra, amelyek itt rövid 7 év alatt a szemem előtt végbe mentek. De bizonyos az, hogy a fentemlítettekből és pl. a most épülő 1200 ágyas kórházból itt Teheranban, és a többi modern kórházi intézményekből, amelyeknek az ágyszáma a 10—12.000-et is meghaladja az ország területén, látható, hogy egy erélyes és tudatosan dolgozó uralkodó akarata és jól megválasztott munkatársai mit tudnak cselekedni, országuk és népük java és haladása érdekében.

Az egészségügy fejlődésével együtt tart lépést az ifjuság physikai nevelése is ami kötelező és így egy testben, lélekben egészséges ifjuság kerül ki lassan az iskolák falai közül, hogy annak a munkának a folytatója legyen, amelyet Reza Sah Pahlevi elkezdett és remélhetőleg sikeresen fog is befejezni.

Bizonyos, hogy ebben a népben olyan energiák szunnyadnak, amelyek minden jóra és a legszebb eredmények elvárására jogosítanak minden tárgyilagos szemlélőt és az események csak igazolják azon véleményemet, amelyet 7 év előtti cikkemben állítottam, hogy t. i. ebben az országban vannak lehetőségek, vannak energiák, csak szükség volt egy olyan katalisator jelenlétére, amely a szunnyadó erőket felébressze és a felhasználatlan energiákat napvilágra hozza és az ország építő munkájában felhasználja. Ilyen hatása volt és van az uralkodó, Reza Sah Pahlevi genialitásának, bölcsességének és akaraterejének, mivel felrázta ezt az országot és népet hosszú álmából és megmutatta azt az utat, ami ezt az országot és népet arra a helyre vezeti, ahová helyzeti energiája, geographiai helyzete, világpolitikai hivatása az újra éledő Ázsiában rendeli.

Teheran, 1935. december 20.

Deák Lajos dr.

A belügyminiszter és a közegészségügy.

A képviselőház mult szerdán letárgyalta a belügyi tárca költségvetését. Az ülés elején *Kozma Miklós* válaszolt a vita szónokainak és több mint két órás beszédben ismertette tárcája fontos kérdéseit és ennek során végigszántott a magyar élet egész területén.

Az emelkedett szellemű beszéd, amely messze túl a napipolitika keretein világította meg az ország vitális kérdéseit, rendkivül mély benyomást gyakorolt a képviselőházra, amelynek tagjai zsúfolt padsorok között nagy figyelemmel hallgatták fejtegetéseit, miket minduntalan megszakított az éljenzés, a helyeslés és a taps a Ház minden oldaláról.

A nagysikerű beszédből kivonatosan ismertetjük a minket érdeklő közegészségügyre vonatkozó részt, melynek fejlesztésére — mint mondotta — *eszköz a pénz, pillére pedig az orvosi kar.* Nyugodt lélekkel állíthatja, hogy az orvosi kar erkölcsi presztizsének és anyagi körülményeinek javítása tekintetében *régen nem történt annyi, mint ebben a legutóbbi esztendőben.* Viszont az igazsághoz híven meg kell állapítani azt is, hogy *az orvosi karon belül olyan egyenetlenségek indultak újabban meg, amelyek nem látszanak honorálni ezt a törekvését.*

— Semmiféle frakció szempontjából — mondotta — nem fogom nézni az orvosi és közegészségügyi kérdése-

ket s *nem fogom megengedni, hogy közegészségügyünk irányítása,* ami állami feladat, ami nekem szívügyem, és az általam kiválasztott szakembernek, államtitkáromnak szakügye (több oldalról: éljen Johan Béla!), *kivétessék a kezünkből és alulról bárkinek irányítása alá kerüljön.*

A *kamarai választások* idejét nem fogja kitolni, erre különben is nincs szükség. A harcokba beavatkozni természetesen nem kíván, de segítségre csak az számíthat, aki az egységes magyar közegészségügy dolgában fractiós törekvések nélkül végzi feladatát azon a helyen, ahová rendeltetett. Az orvoskérdéssel kapcsolatban a felsőházban is hangot adott aggodalmának, amellyel az *orvosi túlprodukciót nézi.* Ma ugyan még nem lehet erről beszélni, de könnyen kiszámítható, hogy erről hamarosan szó lesz, hiszen évenkint 450 orvos kerül ki az életbe s mindössze 100-ra van szükség. Az orvosi kar proletarisálódását akarja meggátolni, mert az orvos és a pap nem tud magasztos feladatának megfelelni egyébként. Felveti a gondolatot, hogy nem volna-e helyes bizonyos egyetemeken szüneteltetni az új felvételt, s ehelyett, hogy a városok kárt ne szenvedjenek, orvosi továbbképzést rendezni néhány esztendeig. Neki nincs joga az orvosi túltermelést megakadályozni, de módjában van az új törvény által az orvosi elhelyezkedés legnagyobb részére befolyást gyakorolni. Karitatív diploma alapján nem hajlandó senkit a világon elhelyezni, s már is kiadta a rendeletet, hogy az orvosi diploma mellé *pályázás esetén mellékelni kell a kórházi könyvet és a leckekönyvet.* Protekciós leveleket csak a pályázatok eldöntése után bont fel. (Derültség).

A törvényhatósági orvosi szolgálatról szóló törvényjavaslatot a legjelentősebb kérdésnek tartja a közegészségügy terén. A bacillusok és járványok nem respektálják az autonomiák határait. Itt tehát egységes irányításra van szükség. Az államosítás pedig lehetővé teszi, hogy annak az irányító fejnek, amely idáig felhasználható csapatok nélkül állt, most egy egységesen mozgásba hozható periferiális szerv áll rendelkezésére, amitől nagy eredményeket és hasznot vár.

A kórház-ügyről beszél ezután. Magyarországon jelenleg 400 ezer kórházi ágylétszámmal kell számolni, a közkórházi ágyak száma pedig *21 ezer.* Kihasználatlan ágy vidéken 15—16 ezer. Irányelve az, hogy nem épít új kórházakat, mert drágák, a fejlett közlekedési viszonyok között erre szükség nincs, ellenben a meglévő kórházakat kell teljesebbé tenni és modernisálni. Ezen a téren, hála Isten, jelentős munkát végeztek.

Ezután a minister felsorolja a kibővített és modernisált kórházak listáját.

Kétségtelenül igaz, hogy a kórházi elhelyezés tekintetében nem áll elég pénz rendelkezésére. Generalisan a költségvetés emelésével ezt a kérdést most nem tudja rendezni, de a jövő esztendőben lényeges változtatást fog keresztülvinni. Megállapitja, hogy a kórházi elhelyezés terén bizonyos rendet kell behozni a népbetegségek szempontjából is. Most sokan foglalnak el kórházi ágyat olyanok, akiknek nem orvosi kezelésre, hanem ápolásra van szükségük. Az otthoni ápolást az úgynevezett Zöldkereszt es egészségügyi raktárak felállításával lehet megoldani. A raktárból a védőnő kölcsön adja az ápoláshoz szükséges anyagot és megtanítja a beteg hozzátartozóit az ápolásra.

A *fertőző betegségekkel* kapcsolatban megállapítja, hogy diphtheria terén a kötelező oltás bevezetésével első helyen állunk a világon s 1,250.000 beoltott gyermekünk van. A hastyphus súlyos problémája a falunak. Ennek csökkentése elsősorban a vízellátás megjavításától függ, de attól is sokat vár, hogy a typhusbetegek ezentúl nagyobb számban fognak kórházba kerülni. A védőoltás terén Hajdú megye jár legelől sok tízezerre menő oltásával.

Különösen kell foglalkozni a trachoma kérdésével, mert az culturalis szempontból is szégyenletes jelenség. Nálunk nagy tömegekről nem lehet beszélni. A baj az, hogy a trachoma-kezelés télen ugyan kielégítő, nyáron azonban a sommások, akik között legjobban van elterjedve ez a betegség, elmennek munkára, ahol nem részesülhetnek orvosi kezelésben. Meg fogja próbálni a segítést oly módon, hogy fertőzött vidékekről állami birtokokra csak trachomásokat fog felvenni, akiket egy csoportban nyáron át is kezelnek.

A tuberculosis javuló tendentiát mutat. A nyilt és fertőző betegek elkülönítése a legjobb segítség. A mezőkövesdi mintajárásban 50 pengőből felállított fektető házacska gyönyörű eredményeket mutat. Erre a célra nagyobb összegeket fogunk költeni. Tavaly 30 egészségügyi kört láttak el védőnővel, ebben a költségvetésben 50 ilyen körnek a költségeire van fedezet, amivel újabb 300 ezer embert tudunk bekapcsolni a falusi egészségvédelembe.

A cultusministerium hatásköréből az ovodák a belügyi tárca keretébe kerülnek át, ami tulajdonképpen munkamegtakarítást jelent. Az óvoda nem paedagogiai intézmény, hanem egészségügyi. Ha most átkerül a belügyministeriumba, ha az óvónők megfelelő egészségügyi kiképzésen mennek keresztül, akkor mindenütt, ahol óvoda van, egyszersmind napközi otthon is van, ami igen nagy jelentőségű, mert itt be lehet rendezni tejkonyhát, minden néven nevezendő karitatív actiót.

Vizellátásra (kutak, vízvezetékek) 171 ezer pengővel több jut az idén a költségvetésbe, mint tavaly. A drága és problematikus jövőjű ártézi kutak fúrása helyett kutak épitését tartja fontosnak. Ha a községek adják a munkát, ő szivesen ad rá pénzt. A kutak épitése elvégre nem állami feladat, a belügyi kormány csak segítségére megy olyan községnek, amely nagyon szegény. Tapasztalata szerint sokkal helyesebb bizonyos vidéken a problemát végleg megoldani, mert akkor az ilyen területen kipusztul a typhus.

Örömmel jelenti be, hogy *a Rockefeller-alapitvány Budapesten fogja influenza kutató intézményét* felállitani a közegészségügyi intézet keretében. Newyork, London után tehát *Magyarországon lesz a harmadik ilyen intézmény.* Bővíteni fogja az országos közegészségügyi intézetet.

A *lúgkőkérdést* minisztertanács elé vitte, most, miután megvan már a lehetősége, hogy a lúgkövet pótolják, az illetékes szakministerrel együtt ki fogják végezni a lúgkövet.

A gyermekágyi láz tekintetében Európa országai között a harmadik helyen állunk.

Ezután a társadalombiztosításra tért át és kivédi az OTI és MABI ellen sokszor a helyzet nem ismeréséből eredő támadásokat és kilátásba helyez újabb socialis jellegű reformokat, valamint egy új orvosi működési szabályzatot.

A nagysikerű, közel kétórás beszéd után számosan üdvözölték a belügyminisztert az ellenzék soraiból is és mi a sok küzdelem és csalódás után meghatottsággal állapitjuk meg ügyünknek, a közegészségügynek általános sikerét, ami bevonult immár elnyomhatatlanul, visszaverhetetlenül a közérdeklődés és országos politika érdeksphaerájába. Hatalmas lökést a mi igazunknak kétségtelenül a világháború adott, nemcsak a háborús egészségügyi szolgálat, s a gyógyítás bravuros eredményei révén, hanem a mögöttes országrészek lakosságának bámu-

latosan tökéletes megvédésével. Ekkor irányult a figyelem a népbetegségekre is, amelyek ellen való küzdelmet örökül hagyta ránk a világháború. Ezután következett három megértő minister: *Vass József*, *Keresztes-Fischer Ferenc* és *Kozma Miklós*, kiknek védelme s a *Rockefeller-alap* hatásos anyagi segítsége mellett, két kiváló orvos-államtitkár, *Scholtz Kornél* és *Johan Béla* hozzáértő vezetése alatt jutottunk el közegészségügyünk mai helyzetéig, melynek eredményei és kérdései a legmegértőbb belügyminister ajkán egy heves ellentétektől fűtött parlamentben az érdeklődés csendjét és az általános elismerés sikerét tudják megteremteni.

A mi vezérünket, *Johan Bélát* megéljenezték, mit teljes mértékben megérdemelt. De mi ezt az „éljent", a benne megnyilvánuló hálával és elismeréssel tovább adjuk annak a belügyministernek, kinek a mi közegészségügyünk „szívügye", s aki semmi körülmények között sem engedi kiragadni kezéből annak vezetését. *Kozma Miklós* nem szakember, s ezért legbölcsebb cselekedete, hogy tiszteli minden téren a szakembert és azokra támaszkodik. A politika és kormányzat terén pedig ezen a biztos alapon állva forró hazaszeretetével, nagy műveltségével, világos éleslátásával elvégzi azt, amit szónoki készséggel, meggyőző erővel és activitással politikai küzdőtéren tőle várunk, s amiért őt az egész orvosi rend és mindazok hálája övezi, akikre közegészségügyünk fejlesztése áldást és megmentett életet jelent. — Isten segítse őt továbbra is munkájában!

V.

A MON hatodik ülésszaka.

Próba volt. Nem sikerült. Ezt nyiltan meg kell írni, bármily keserű ez az igazság. Pedig annyi gonddal és szeretettel készítettük elő, mint az első ötnek egyikét sem. Ez a csalódás azonban csak a külső formára vonatkozik. Szerettük volna elérni azt, hogy az összes nagygyűlések egy épületben legyenek, oly helyen, ahol a nagyobbszabású tudományos, kórházfölszerelési és az első lustrumot lezáró, Budapest fürdőinek történelmét bemutató kiállítás helyet kaphasson. *Czettler* önagyméltósága, a József nádor műegyetem rectora, a legnagyobb előzékenységgel rendelkezésünkre bocsátotta a központi aulát, a dísz- és tanácskozótermet és annyi helyiséget, ahány előadó teremre szükségünk volt. Hogy az aulával kezdjem, azt hiszem nyugodtan mondhatom: eddig egyetlen kiállításunk sem volt ily szép, mint ez a mostani. Hála a klinikák és kórházak szövetsége agilis vezetőségének, élén *Rausch Zoltán*nak, aki évről-évre nagyobb gyakorlattal intézi e kiállítások rengeteg munkáját és ügyességet megkivánó rendezését, szép és áttekintő volt a kép. A fürdőtörténelmi kiállítást csak az méltányolja, aki gonddal és képről képre járva nézte végig sok évszázadnak összegyűjtött emlékeit. Ha szabad merész kijelentést kockáztatnom, ezek a fürdők, amelyek bizonyára már a rómaiak ideje előtt is sok beteget gyógyíthattak, voltak az állandó középpont, amely a népvándorlás, a tatárjárás és török dúlás után mindig visszacsábította a lakosságot. Kő kövön nem maradt, minden jóformán új köntöst öltött, de a fürdők nyomát a megmaradt emlékeken ott leljük, mint az egyetlen állandót, amely körül újból megépült Pest-Buda. Bárki tagadja is és kicsinyli ezt a természetes kincset — Pest-Buda igenis fürdőváros, amióta írott emlék őrzi az emberi kultura történetét.

A tudományos kiállítás, amely a rák és a lues képeit és készítményeit mutatta be, gazdag volt és tanulságos. Mi volt hát a hiba, amivel kezdtem elmefuttatásomat? Kis technikai hibák sora, főleg a vetítők hiánya és tökéletlensége. Mindent megpróbáltunk, hogy ezen a hibán segítsünk: nem lehetett azt kiküszöbölni. Ezért kellett több egyesületnek rég megszokott helyére visszavonulnia és ezért veszett kárba az az igyekezet, hogy egy házban tárgyalva, ki ki a párhuzamos ülések idejében abba a szakegyesületi ülésbe juthasson el, amelynek tárgyalásai leginkább érdekelték. Újból végigkérdeztem a lehetőség határáig az egyes szakegyesületek hallgatóságát. A *belső* tartalom súlyával, gazdagságával a legtöbben nagyon megelégedettek voltak. Nemcsak sok volt az előadás, de legtöbbjének meg volt a súlya is. Gyönyörű volt az a családi jellegű ünnepség, amely *Korányi Sándor* bárót, első elnökünket az első lustrum alkalmából a nevéről szóló emlékéremmel ajándékozta meg. *Scholtz Kornél* ny. államtitkár, ezévi elnökünk mélyen szántó megnyitója után *Korányi Sándor* báró tartotta meg ünnepi előadását, melynek minden mondata azt az ideális elgondolást hirdette, amely a tudományos egyesületek szövetségének megalkotását szükségessé tette. A napi tülekedéstől, a szűklátókörű elzárkózástól mentes, az egységes orvostudomány szentségétől, az örök emberi szenvedés enyhítésétől izzó lelkülete oly bensőséges erővel fakadt ki orvostudományunk vezéréből, hogy csak a meghatottság hangján emlékezhetem meg előadásáról. Munkában és tudományos kutatásban oly gazdag életének quintessentiáját nyujtotta, buzdításul mindazoknak, akik őt követni fogják. Köszönet érte!

Magas színten mozgott az együttes ülés hosszú előadássorozata. Kár, hogy a pünkösdi ünnep miatt nem volt oly látogatott ez a minden orvost érdeklő, a „Késői lues"-t tárgyaló vitaülés.

Jövő évi elnökünk *Grósz Emil*. Hisszük, hogy közismert szervezőtudása újabb sikerekre vezeti a Magyar Orvosi Nagyhét jövő évi ülésszakát. — *Horay Gusztáv* főtitkár és *Kelemen György* titkár, akik a MON. vezérkarának régi, kipróbált tagjai, segítik ebben a munkájában.

Manninger Vilmos prof.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Győry Tibor* egyetemi rendkívüli tanár, nyugalmazott belügyministeri helyettes államtitkárnak a tudományos szakirodalom és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi rendes tanári címet, *Tomcsik József*, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatójának, a Ferenc József Tudományegyetem volt nyilvános rendkívüli tanárának, egyetemi tanári működése alatt az orvosképzés és a tudományos szakirodalom művelése terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi nyilvános, rendes tanári címet adományozta. A Kormányzó a legutóbbi vitézi avatáson vitézzé avatta *Csukás Béla* dr. I. osz. főtörzsorvost, *Burghardt Péter* dr. I. oszt. főtörzsorvost, *Röder István* dr. II. oszt. főtörzsorvost, *Jandl Jenő* dr. törzsorvost, *Lippay Artur* dr. törzsorvost pedig a Vörös kereszt érdemkereszttel tüntette ki.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete június hó 13-án, szombaton, délután 6 órakor Baranya vármegye székházának közgyülési termében a rheumás betegség elleni küzdelem érdekében diszgyülést, június 14-én, d. e. fél 11 órakor pedig a pécsi belklinikán nagygyülést tart, melynek tárgysorozata: 1. Tapasztalatok a rheumás megbetegedések rövidhullámú kezeléséről P. *Fábry Gabriella*, — 2. Neuritis tünetek és therapiás beavatkozások *Darányi Mihály* főorvos, — 3. A nemspecifikus desensibilisálás szerepe a rheumás betegségek physico-therapiájában, *Schulhof Ödön*, főorvos, — 4. A histaminiontophoresis technikája *Teschler László* e. m. tanár, — 5. A fájdalomról, *Meduna László* főorvos, — 6. A rheumás betegségek diaetetikája, *Rausch Zoltán* e. m. tanár, — 7. Érdekesebb esetek röntgen felvételei, *Frigyér László* e. m. tanár.

Dalmady Zoltán emlékérmet veretett az Orsz. Balneologiai Egyesület, mit a korán elhunyt kitünö orvosnak és balneologusnak, a természet hüséges rajongójának, s a turisztika lelkes szervezöjének számos barátja bizonyára szivesen szerez meg és soroz majd kegyeletes emlékei közé. Az itt eredeti méretében reproducált nemes bronz-érem *Berán Lajos* finom és elökelö müvészetét, kivitele a m. kir. pénz-



verde tökéletes munkáját dicséri. A korlátozott számban vert érmek az orvosegyesület szolgájánál és kiadóhivatalunkban 6 pengőért kaphatók, szétküldését portómentes ajánlott levélben kiadóhivatalunk vállalta magára Budapesten 6 pengö 50 fill., vidékre vagy külföldre 7 pengö előzetes beküldése ellenében. Őrizzük kegyelettel egy igaz ember emlékét!

Tóth professor emléktáblájának leleplezése. A Magyar Orvosi Nagyhét bensőséges és családiasan meleg eseménye volt folyó hó 5-én *Tóth István* tanár emléktáblájának leleplezése a II. sz. nöi klinikán. Az elhunyt kiváló professor és nagy nöorvos tanártársainak, tanítványainak, betegeinek és tisztelöinek közös adakozása hozta létre azt a klasszikus egyszerüségében is megragadó fehér márványtáblát, melyen babérágak felett bronzplakettje van elhelyezve. Felirata: Tóth István 1865. XII. 12—1936. XI. 29. Az emléktábla *Beck Ö. Fülöp* szobrászmüvész kiváló alkotása, a klinika előcsarnokában, közel a nagy mester, *Tauffer* tanár, mellszobrához nyert elhelyezést.

A klinika ez alkalomra feldiszített előcsarnokát zsúfolásig megtöltö ünneplö közönség soraiban ott voltak a Vallás- és közoktatásügyi minister ium és a Belügyminister ium képviselöin kívül az egyetemi tanács képviseletében *Kenyeres Balázs* prorector, *Darányi Gyula* dékán és *Balogh Ernő* prodékán, majdnem teljes számban az elhunyt tanártársai, számos vidéki professor, a Magyar Nöorvosok Társaságának tagjai és a gyászoló családon kívül az elhunytnak igen sok tisztelője, barátja és betege.

Batizfalvy János magántanár, a klinika adjunctusa az orvosi kar nevében üdvözölte a megjelenteket és köszönetét fejezte ki mindazoknak, akik a szeretett Főnök emléktáblájának felállitását adományaikkal ilyen rövid idön belül lehetövé tették. Az avató beszédet *Berecz János* szegedi egyetemi tanár, a Magyar Nöorvosok Társaságának elnöke és *Tóth* tanár tanítványainak nestora tartotta; *Berecz* professor ünnepi beszédében kegyelettel emlékezett az elköltözött nagy mesterről, a virtuoz operatörről, az atyai szivü főnökről, a jó családapáról és arról a csodálatosan finom müvészi lélekről, amely *Tóth* professort, az embert melegitette, s amelynek sugárzását mindenki érezte, aki vele összeköttetésbe került. Beszédét azzal fejezte be, hogy *Tóth* professor emléke élni fog, „amíg csak lesz magyar anya, aki újszülöttjére rámosolyog — örökké".

Az emléktáblát takaró lepel *Berecz* professor utolsó szavainál lehullott és megkezdödött a koszorúk elhelyezése.

Majd *Darányi Gyula* dékán a Pázmány-Egyetem nevében kegyeletes szavak kiséretében átvette az emléktáblát.

Az ünneplö közönség ezután lassan oszladozni kezdett, de még sokan ottmaradtak a virágokkal elborított emléktábla előtt, hogy szivük mélyén meghatottan áldozzanak a nagy halott emlékének.

A Budapesti Orvosi Kamara megalakítása és szerveinek megválasztása céljából az *alakuló közgyülést* f. évi. június hó 25-én, reggel 8 órakor az Országos Orvos Szövetség olvasótermében (Budapest, IV., Városház-u. 14.) tartják.

Tárgysorozat: 1. Elnöki megnyitó, 2. A szavazatszedő bizottságok elnöke, tagjai és jegyzöi választásának bejelentése. 3. Az Orvos-kamarai szervek megválasztása.

A) *arányos képviseleti rendszer szerint:* a) a Kerületi Kamara választmányába 43 rendes, 43 póttag, b) az Országos Orvosi Kamara közgyülésébe kiküldött 43 rendes és 43 póttag, c) az Országos Orvosi Kamara Választmányába kiküldött 5 rendes és 5 póttag.

B) Viszonylagos szótöbbséggel; a Kerület Kamara tisztikarának tagjai: elnök, két alelnök, főtitkár, titkár, pénztáros, ellenör, kamarai ügyész.

Az arányos választási rendszerhez szükséges ajánlások az alakuló közgyülés napját megelözö nyolcadik napon nyujtandók be a Budapesti Orvosi Kamara Elökészitö Bizottságának elnökéhez (Városház-u. 10. I. em.) reggel 9 órától 1 óráig terjedö idöben.

A szombathelyi kerületi orvosi kamara alakuló-választó közgyülését június hó 30-án délelött 8 órakor tartják. A közgyülés helye: Szombathely, közkórház VI. épület elöadóterme. Szavazni személyesen kell (Igazolvány: a kamarai felvételi jegy). Vidékieknek posta útján az elözetesen megküldendö hivatalos szavazólapok és boriték felhasználásával. A kerületi orvosi kamara közgyülése arányos képviseleti rendszer szerint választja: a) a kerületi választmány 8 választott tagját és 8 póttagját; b) az országos orvosi kamara közgyülésébe 5 rendes tagot és 5 helyettes kiküldöttet; c) az országos választmányba 2 rendes és 2 póttagot.

Viszonylagos szótöbbséggel választja a kamara székhelyén lakó tagjai közül az elnököt, alelnököt, titkárt, pénztárost és ellenört, és az ügyészt a kamara székhelyén lakó gyakorlatot folytató ügyvédek sorából. A tisztikar választását jelölés nem elözi meg.

Az arányos képviseleti rendszer szerinti választás lajstromokra szavazással történik. A választást ajánlás elözi meg. Ajánlási iveket kivánatra az elnök bocsát rendelkezésre, de magánúton is elöállitható. Érvényes ajánláshoz legalább a tagok 10%-a — 51 — szükséges. Az ajánlási ivek benyujtásának határideje legkésöbb 1936. június 16-án 13 óráig a választási elnök kezéhez (Vármegyei közkórház, felvételi épület), aki aznap 9—13. óráig fenti helyiségben található. A választásra és ajánlásokra vonatkozó részletes utasítások és tudnivalók a 600/1936. B. M. I. sz. rendeletben (megjelent a Budapesti Közlöny 130. számában 1936. június 7-én) találhatók.

A Szegedi Orvosi Kamara Elökészitö Bizottságának elnöke közhirré teszi, hogy a Kerületi Kamara tiszti-kara, a kerületi választmányi tagok és póttagok és az országos közgyülésbe kiküldendök és helyetteseinek megválasztása *június 30-án* történik. Az Elökészitö Bizottság tagjaival egyetértésben választási elnökül *Szlávik Péter dr.* O. T. I. föorvos-aligazgatót (Szeged, Szentháromság-utca 2. sz.) és elnökhelyettesül *Kovács Ödön dr.* egyet. magántanárt küldik ki. A választással kapcsolatosan szükséges tudnivalókat a f. évi június hó 7-iki, 130. sz. Budapesti Közlönyben, az Orvosi Kamarai választás szabályozása tárgyában közzétett 600/1936. B. M. sz. belügyministeri rendelet tartalmazza.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem jövö évi rectorává dr. *Pataky Arnoldot*, az újszövetségi szentirástudomány ny.

PANTAL A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja! CHINOIN

r. tanárát választották meg az electorok. Az orvostudományi kar dékénjává újból dr. *Darányi Gyulát*, jegyzőjévé dr. *Belák Sándort* választotta meg.

A II. sz. szülészeti és nőgyógyászati tanszék betöltésével június 9-én rendkívüli ülésben foglalkozott a budapesti fakultás és első helyen dr. *Burger Károly* c. rk. tanárt, a budapesti bábaképző intézet igazgatóját, második helyen dr. *Berecz János*, szegedi ny. r. tanárt, harmadik helyen pedig dr. *Kovács Ferenc*, debreceni ny. r. tanárt jelölte.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek és üdülőhelyeinek ismertetése. Az Orsz. Balneologiai Egyesület hivatást teljesít, mikor évről évre kiadja ezt a csinosan kiállított és helyesen szerkesztett kis könyvet az orvosok és a közönség objectiv informálására. Sajnálatos, hogy még mindig akad fürdő, vagy üdülőhely, amelyik nem érezve kötelességet ez altruistikus vállalkozással, sőt saját érdekével szemben sem, ismételt felszólításra sem küldi be adatait, hézagokat hagyván így a közönség tájékoztatásának teljességében. Ez mutatja azt, hogy még mindig messze vagyunk a külföldi államok kitünő szervezettségétől. — Szerencse, hogy ilyen hézagok a multévi kiadványhoz képest az ideiben már alig vannak. — Az *128* oldalas könyvecske *108* fürdőről, üdülőhelyről és forrásról számol be és szövegét számos jó felvétel sikerült reprodukciója és egy térkép is disziti. Kapható minden könyvkereskedésben és Ibusz árusító-helyen 50 fillérért.

Baden bei Wien-ben az első osztrák rheumakutató intézet felállítását tervezik. Később egy balneológiai kutatóintézetet fognak hozzácsatolni.

Chinában életbe léptetik a társadalombiztosítást, mely a megbetegedésekre, anyaságra és üzemi balesetekre fog kiterjedni. Az országnak hozzávetőleg 447 millió lakósa van.

Milanoban új kórházat nyitottak meg, mely állítólag a világ legnagyobb és legmodernebb kórháza. A 17, köralakban elhelyezett épületekben 1500 ágynak megfelelő helyiség van. A kórház 328.000 négyzetméter területen fekszik.

Orvosi és chemiai tudományos munkák, dissertatiók leírását, másolását, jutányosan vállalja perfect gépirónő. Cim a kiadóban.

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

1032/1936. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórház börgyógyászati osztályán újonnan szervezett osztályos főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő főorvos kötelessége a kórház börgyógyászati osztálya főorvosi teendőinek ellátása.

Az állás javadalmazása a 300/1935. B. M. számú rendelet alapján a IX. f. o. 3. csoportjának megfelelő fizetés és lakbér, — a kormányrendeletekben megállapított csökkentésekkel.

Az állásra pályázók kérvényeiket Méltóságos dr. *Soldos* Béla főispán úrhoz intézve 1936. július 6-án déli 12 óráig hivatalomhoz nyujtsák be. Elkésve érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket felettes hatóságuk útján terjesszék be. A pályázati kérvényhez mellékelendők:

1. Orvos-doctori oklevél, 2. magyar állampolgárság igazolása, 3. születési bizonyítvány, 4. Életrajzi adatok (curriculum vitae.), 5. a forradalmak alatt tanúsított magatartás igazolása, 6. különleges börgyógyászati szakképzettség, illetve esetleges tudományos müködés, börgyógyászati, klinikai, vagy kórházi osztályi müködés igazolása.

Balassagyarmat, 1936. május 15-én.

Dr. Baross József s. k.
alispán.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

SEDYL es SEDYLETTA

tabletták

10×0·10=1·10
10×0·30=2·00
Sedativum
Hypnotikum
Antiepileptikum

30×0·015=1·10
Általános hatásu
psychikus megnyugtató,
kitünő spasmolitikum

Podmaniczky gyógyszertár, Budapest
VI., Podmaniczky-utca 69.

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 visszketés, gyulladás megszüntetése és a gyors gyógyulás elősegitése.

Kurhaus Semmering

Főorvos: **Dr. Franz Hansy** e. ü főtanácsos

Ideális magaslati gyógyhely üdülők, lábbadozók részére

Árak: 21 Schillingtől

Diabetes, Basedow, Asthenia, Anaemia eseteiben — Diétás kezelések

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

Naponta 1-2 szem

PANTAL-CHINOIN

tisztán növényi alkatrészekből álló bélmozgatószer

az idült székrekedés célszerű és olcsó kezelési módja!

20 és 40 tablettás eredeti dobozok.

CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN

Kimutatás 1936 máj. 31-től jun. 6-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	3	—	2	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	4	6	—	—
4. Békés	335.874	1	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	12	—	4	—	—
5. Bihar	180.415	—	—	1	1	—	—	3	—	—	—	—	—	5	—	4	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	3	1	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	75	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	1	—	1	—	3	—	—	—	1	—	35	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	—	41	—	1	—	—
11. Hajdu	182.047	4	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
12. Heves	322.207	4	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	17	—	1	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	—	—	2	1	7	—	4	—	—	—	—	—	55	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	1	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	27	—	1	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	34	1	1	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	8	—	4	—	15	—	33	—	—	—	1	1	151	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	4	—	3	1	—	—	11	—	—	—	—	—	79	—	26	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	1	2	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	2	—	1	—	3	1	6	2	—	—	—	—	16	1	14	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	11	—	11	—	—
21. Tolna	267.133	3	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
22. Vas	273.776	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	3	—	11	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	3	1	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	47	—	—	—	—
24. Zala	368.371	4	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	67	—	10	—	—
25. Zemplén	149.043	2	1	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	121	—	2	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
II. Budapest	1.035766	2	—	4	1	18	1	63	—	—	—	—	—	159	1	—	—	—
III. Debrecen	122.825	1	—	2	1	2	—	2	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	6	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	9	—	1	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	58	4	37	5	91	5	182	2	—	—	9	2	1054	11	87	—	—
Előző évben:		57	4	22	2	156	8	160	1	1	—	4	—	1238	—	94	1	1

Most jelent meg!

Dr. KUNSZT JÁNOS:

Gyakorlati balneologia

című könyve.

Átnézte és előszóval ellátta: Dr. VÁMOSSY ZOLTÁN egyet. nyilv. r. tanár.

A gyakorló-orvos nélkülözhetetlen kézikönyve.

Beszerezhető a kiadóhivatalban.

Ára: 3·— pengő

PANTAL

A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!

CHINOIN

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1936. június 20.

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 •

Szénaláznál, nyári náthánál

ANARA-Chinoin

beszívása

a legegyszerűbb és biztosan ható therapia!

Korlátlanul eltartható! Olcsó!

• CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN • CHINOIN •



Solubismuth Dr. Bayer fia.

Magas jódtartalmu bismuth komplex só vizes oldata a lúes minden stadiumának eredményes kezelésére. Teljesen fájdalmatlan! Tiszta kezelés.

Gyors felszívódása és kumulationmentes kiürülése folytán a primär affectiók souverén szere!

Lényeges könnyítést jelent a kutató számára az új



Ideális módon sikerült *egy műszerben* egyesíteni a mikroszkopáló lámpát, a kondenzort és a mikroszkópállványt. Minden 0·16-tól 1·40-ig terjedő aperturájú mikroszkopobjektívhez egyetlen kézmozdulattal beállitható. (Belés külföldön szabadalmazva.)

Árajánlatot és ismertetőt díjtalanul küld a magyarországi vezérképviselet

ifj. Jurány Henrik
Budapest. Váci-utca 40.
Telefon: 83-0-92.

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

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

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

Most jelent meg!

Dr. KUNSZT JÁNOS:

Gyakorlati balneologia

című könyve.

Átnézte és előszóval ellátta: Dr. VÁMOSSY ZOLTÁN egyet. nyilv. r. tanár.

A gyakorló-orvos nélkülözhetetlen kézikönyve.

Beszerezhető a kiadóhivatalban.

Ára: 3·— pengő

PANTAL **A hashajtók ideálja az orvosok PANTAL-ja!** CHINOIN

80. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1936. június 20.

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 REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László: Cerebralis tünetek endarteriitis obliteransban. A thorotrastangiographia és az enkephalographia combinatiójának diagnostikai jelentősége. (575—576. o.)
Fazakas Sándor: Congenitalis symmetrikus rendellenességek a szemen. (576—579. oldal.)
Korányi András: A fehérjevizelés mechanismusáról. (579—581. oldal.)
Horn Zoltán: Barbitursavas készítmények hatása a vércukorszintre. (582—584. oldal.)
Joós Ilona: Typhus-terjesztők-e a legyek? (584—585. oldal.)
Markos György: Egy súlyos lefolyású typhus-járvány. (585—586. oldal.)
Tóth Zoltán: A katarakta dilaceratáról. (586—587. oldal.)
Görög Dénes: Tréfából okozott halálos végű villanyáram baleset. (587—588. oldal.)
Hidassy Dezső: Rekeszizom-sérv által okozott hirtelen halál. (588. oldal.)
Hidassy Dezső: Hólyagképződés akasztás esetén. (588—589. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (107—110. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. Urologia. (589—592. oldal.)
Könyvismertetés: (592—593. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (593—596. oldal.)
Zemplényi Imre: Megjegyzések Matusovszky András dr. cikkére. (596—598. oldal.)
Milkó Vilmos: Megyjegyzés Bárdossy István dr. cikkére. (598. oldal.)
Vegyes hirek: (598. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

A Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László ny. r. tanár).

Cerebralis tünetek endarteriitis obliteransban. A thorotrastangiographia és az enkephalographia combinatiójának diagnostikai jelentősége.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Benedek László dr.*, egyet. ny. r. tanár.

(Műmelléklettel.)

Az angiographia nemcsak térszűkítő intracranialis folyamatok esetében jelenthet komoly diagnostikai segítséget, hanem olyan esetekben is, amelyekben az art. carotis int. áramlási területén autochton vagy emboliás edényelzáródás a működő ideges parenchymának bizonyos territoriumát a keringésből kiiktatja. *O. Dyes*-nek egyik újabb esetészlelésében egyedül az arteriographia tette lehetővé a hadi-sérülés után másfél évtized mulva fejlődő agyi tüneteknek: az aphasiának, a végtagizomcsoportokra localisált paresiseknek helyes magyarázatát, az art. carot int. traumás aneurysmájának képződött rögösödés és az utóbbiból leszakadt embolus által, amely az art. cerebri ant.-nak elzáródásával a bal agyféltekében degenerativ atrophiákat okozott. Az aetiologia felismerése biztosította a betegnek rokkant-ellátását.

Foerster és *Guttmann* két idevágó esetet közölt le nemrég, (A. f. P. 1933), melyek közül az egyiknél a tüneti kép javulása következett be periarterialis sympathektomia után. A másik esetben a jobb szemre localisált amaurosisattaque után végzett periarterialis sympathektomia és a felső nyaki sympathicus-ganglion eltávolítása után beálló javulást a vese-arteriák elzáródásának tünetei váltották fel, amelyeknek következtében a paciens exitalt. Az enkephalogramm a bántalmazott hemisphaerium sorvadását mutatta.

A mi észleletünknek klinikai érdekességén kivül a közlést kórismei szempont indokolja. Ugyanis a cerebralis arteriographia a klinikai kórjelzésemet biztosította. Az agyvelői obliteráló endarteriitis irodalmában eddig még az angiographia, mint diagnostikai eszköz nem szerepelt.

Dr. G. K. 39 éves, erdélyi orvos. Klinikánkra felvétetett 1935. II. 2. — 1929-ben „tüdőcsúcshurut." Therapia: mesterséges pneumothorax. 1934 decemberében sitúra Tirolban. Egy megerőltető síkirándulás után a mellkasban szorító, görcsös fájdalmat érzett; ezután hányinger és kisfokú hányás. Következő napon jobb alkarban zsibbadás, görcsös fájdalom, ischaemia; másnap: ugyanez a roham a jobb alsó végtagban. Felvétel előtt két nappal lehajlás után összes végtagokban paresis, majd a balkéz tonusos görcse. Bal oldalt: Babinski és Oppenheim, jobbfelé deviatio conjugée és nystagmus j.-felé; elmosódott articulálatlan beszéd. Félóra mulva a deviatio és nystagmus, 4 óra mulva a b. o. paresis megszünt, beszéd javult; gyakori ásitás. A felvételi állapotból csak a következőket emeljük ki: bal csúcs felett kopogtatási hang rövidültebb, u. o. megnyúlt, érdes légzés. Aorta II. helyenkint ékelt. Vérnyomás 90/135 Hgmm. Feltünően kifejezett dermographia spastica (alba) testszerte. — Vizelet: fajsúly: 1030, urobilinogen positiv. Fehlingre enyhe reductio, Nylander negativ; üledékben sok calcium-oxalat kristály és urathomok. Vér- és liquor reactiók negativok. Liquor cukor-tartalma: 0.046%. Bal alsó facialis paresis; b. o. spontan Babinski tendentia; Babinski és Oppenheim, Gordon, Schäfer positiv. J. o. „néma" talp. B. o. hasreflexek renyhébbek. Alsó Brudzinski jelezve. Pupillák, agyidegpárok (a facialison kivül), sensibilitas, coordinatio, gnosia, praxia, otologiai lelet: kórosat nem nyujtott. — J. o. hypermetropia. Szemfenék normalis. A peripher edénycrisiseken kivül, a cerebralis regionarius ischaemianak jelei gyanánt: transitoros mono- és hemiplegiák, hemianaesthesiákkal, tudatzavarral és kifejezett Korsakow-syndroma-val társulva vagy váltakozva, ezenkivül időnkint thalamus-laesióra valló féloldali hyperpathiának jelenségei mutatkoztak. A görcsös fájdalmakkal járó végtagrohamok elviselhetetleneknek vannak jellemezve. A környéki edénycrisisek alatt a végtagértörzsek pulsatiója tapintással nem volt észlelhető. Egyik rohamot bő verejtékezés kisérte, főleg a fájdalmas (j.) testfél bőrén. Végtagok mély nyomásérzése is ilyenkor nagyon fokozott. A hemiplegiás rohamok alatt a spasticus reflexek kiválthatók. Ellenére az analgeticumok alkalmazásának II. 21-én suicidialis kisérlet, önakasztással — a fájdalmak miatt. Ezen klinikai tünetekből a thrombangitis, illetve „endaretiitis obliterans, Winiwarter" diagnosist kétségtelenül megállapithattuk. Az

általunk bevezetett kezelés: osmotherapia (dextrose 30—40 százalék) intravenásan, padutin, tonocholin, nitrotonin injectiók, végtag-diathermiák, — dienkephalonra — radiotherapia. 4 hét alatt sikerült a vascularis crisiseket teljesen megszüntetni; ezzel szemben az összes végtagizmokban súlyos általános, részben degenerativ, részben inactiv sorvadás, nagyfokú hypotonia és a 2 alsó végtagban flexiós contractura fejlődött ki. Csak két és fél hónap mulva a felvétel után, kezdünk intensivebb mechano- és elektrotherapiát, amely mellett fokozódó javulás következik be.

Vérsejtsüllyedés tetemesen gyorsult: 1 óra: 44; 2 óra: 85; 3 óra: 103; fehérvérsejtszám (II. 13.): 7.700. Erythrocyta-szám: 4,950.000. Hgl (Sahli): 102. Vérkép: Segm. 46%, „Stabk.": 20%; lymph.: 25%; nagy mononucl.: 8%; eosinoph.: 1%. — Szemészeti lelet II. 18. (Prof. Kreiker): Szemfenéki erek épek. Funduson egyik könyökben megtörő vena pulsál; ugyanitt az arteria és a vena centr. sup. kétszer egymáskörül csavarodott (variatio!). Szemészeti lelet II. 19.: Jobb papilla a balnál halványabb. J. szemfenék: venák tágsága a balhoz viszonyítva 1 : 2; — a j. o. arteriák aránya a balhoz viszonyítva 1 : 2; j. o. art. centr. retinae temp. sup. ágában kifejezett stasis; a véroszlop szakadozott vonalban haladó, szinte pontszerű vérzéseket utánoz (1. ábra). — Ugyanakkor: conjugált deviatio jobbra. Balra tekintéskor szemek középvonalat nem lépik át. Jobbra tekintéskor nystagmusos rángások, szabálytalan átmenetben. (Látótérfelvétel: 2. ábra.) Jobb szemhéj gyakorta spontan lezáródik. Nyitási kisérletnél homlokizomzatban kóros synergiák. A j. szem kötőhártyája belövelt; erek tágultak, élénk pirosak. Bal conjunctiva rendes. Arc, mellkas bőrén igen kifejezett hyperhydrosis.

Végtagok capillarmikroskopiai lelete szerint spastikus hajszálerek; emellett egyes kacsokban kisebb tágulatok stasissal; halvány alapszin. Ismételt vérnyomás max. min. meghatározások: 130/80, középnyomás 90 Hgmm. Mindkét karon, a bal alszáron a jobb combon egyformán; — a jobb alszáron semmi oscillatio (!). — Mellkas-röntgen-lelet: Elmeszesedett heges gócárnyékok. Minkét hilus kissé megnagyobbodott. Bal rekesz felett 4 ujjnyi régi callusárnyék van. — Aorta normalis.

EKG: 79-es frequentiáju sinus-rhythmus ép inger-vezetéssel; bal szívtúlsúly (Belklinika: Prof. Fornet.) — III. 14. éjjel „foglalkozási" delirium. II. 12. Liquorral állatoltás: negativ eredménnyel. — III. 17. Exogen reactiós formák megismétlődnek; residuaer paranoid (üldöztetési) tartalmak. — Szövetresistentia nagyfokú csökkenése miatt furunculosis; majd sacralis tájon mély decubitus. Mindkettő gyógyul. — Osteographos röntgen-kép (II. 4.): diploe-venák rajzolata kifejezett; egyenetlen proc. clinoid., sella nem mélyült. Enkephalogrammban részarányos viszonyok.

IV. 16.-án a szemfenéki lelet a következő: J. o. temporalis decoloratio; a venák és arteriák tágassága a normalis felének felel meg. Bal oldalt a papilla széle enyhén elmosódott, a temporalis decoloratio kevésbé kifejezett, mint jobb oldalt; az erek bár szükek, de a jobboldalinál tágasabbak. Sem vérzés, sem degeneratio nem látható. Dg.: Decoloratio papillae o. d. Papillitis ad atrophiam vergens l. s. Ez a lelet elárulja, hogy az edényfolyamat az art. ophthalmica területén is jelen van, továbbá enyhe papillitist is jelez egyik oldalon, amely egyrészt a hydrokephalus ex vacuo reactorius, másrészt a pneumoenkephaliás befúvás által lehet feltételezve. Az atrophiának jobb oldalt erősebben kifejezett volta a j. o. ventriculus lateralis fokozottabb distensiójával hozható összefüggésbe.

Enkephalographia (1935. IV. 17.): Antero-posterior felvételen a jobb oldali kamra kissé tágabb, egyébként symmetriás lepkealakot mutat. Általában az egész kamrarendszer a rendesnél minden szakaszon tágabb, amely kép az agyállomány jelentékeny sorvadására utal. A jobb gyomrocs distensiója nagyobb terjedelmü. Ennél fogva a jobb hátsó szarv mélyebben nyulik hátrafelé az occipitalis lebeny fehérállományába, — szemben a bal cornu posterius rövidebb és legömbölyített voltával. Sajátszerü az oldalfelvételekben a cella media p. descendensének helyenként excavált hullámos lefutása, amely a sorvadás egyenlőtlenségére vall. A III. kamra vetülete kissé ferdén elhuzódott. Subarachnoidealisan a convexitas felett kevés levegő, mely főleg a homloki sulcinek megfelelően helyezkedik el (6., 7., 8. ábra.). Ezen combinált enkephalo-arteriogramm-ban feltünik a tágult elülső szarvnak projectióját körülvevő art. pericallosa concav görbületének szétnyilása, a „carotis-zeta" legfelsőbb görbületének lefelé nyomott volta, főleg az art. cerebri ant. területéhez tartozó edényágak vaskossága, illetve fokozott tágassága és merevsége; ugyanott a „csomóképződés" alig fordult elő, szemben a Sylvius-csoporthoz tartozó verőerekkel. (A carotis injectiót Prof. Hüttl végezte; a felvételek a sebészeti klinika röntgen-osztályán történtek, — vezető tanársegéd: Rencz dr.). A sulcusoknak és diploevenáknak rajzolata eléggé kifejezett.

A bal art. radialisról készült (II. 20. 1935.) sphygmogramm (Egyetemi kórtani intézet, Prof. Went, dr. Lissák) közel normalis képet nyujt a descensiós vonalnak elhuzódásával, az elongatiók kisebb különbségeivel (3. ábra). Ezzel szemben a kezdődő edénycrisis ideje alatt felvett jobboldali radialis-sphygmogramm a systolikus főhullámnak alacsony és lelapitott voltát, a systoles mellékhullám növekedését, illetve több mellékhullámnak jelentkezését mutatja be; ezenkivül a dicrotikus hullám magassága többnyire eléri, gyakran túlhaladja a systoles főhullámnak amplitudóját a lehágó szárnak hosszas alakja, esési szöge a görbe basishoz való viszonya is kissé szabálytalanul változik.

A jobb alkarról felvett plethysmogramm a bal alkarról készülttel (4. ábra) és az egészséges kisérleti egyéntől (jobb alkar) származóval szemben (5. ábra) ugyancsak a volumenpulsus-görbe szabálytalanságát, az amplitudók egyenlőtlenségét, a főhullám lekerekitettségét, a dicrot-hullámnak a systoles hullámtól változó távolságát és magasságát engedi felismerni.

A fenti észlelésünk meggyőz bennünket a combinált enkephalo-arteriographia jelentőségéről agyi endarteriitis esetében, amelyben az agyparenchyma laesiója következtében előállott hydrokephalus ex vacuo reactorius és a hiányzó arteriatelődés pathognomusos jel gyanánt értékesíthető.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni m. kir. 6. sz. Honvéd és közrendészeti helyőrségi kórház szemészeti osztályának közleménye.

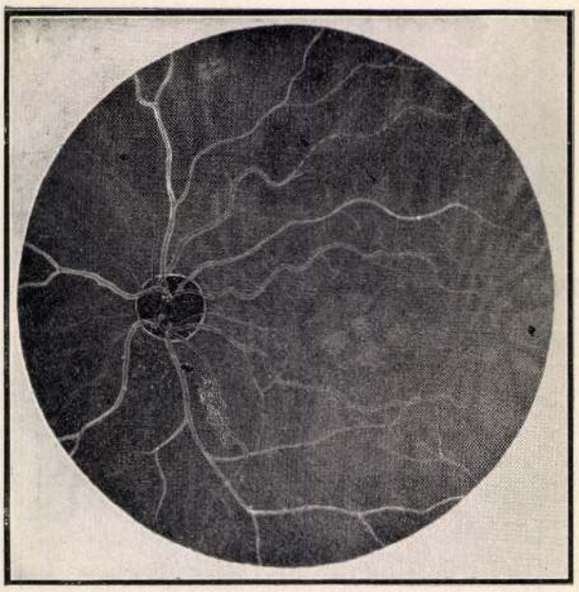
Congenitalis symmetrikus rendellenességek a szemen.

Irta: *Fazakas Sándor dr.*, egyet. magántanár, a szemészeti osztály vezetője.

A könnyutak rendellenességei után kutatva a könnylevezető készülék kezdeti részén s az egész szemrés körül a fejlődési rendellenességeknek olyan gazdag complexumát észleltem, amelyek már önmagukban véve is érdemesek a közlésre. A rendellenességek jelentőségét fokozza az, hogy belőlük következtetések vonhatók a rendellenességet mutató részek fejlődésére, a könnyútkörüliekből pedig még a könnylevezetés kezdeti részének a mechanismusára is. Ezen utóbbiról mindjárt megjegyezhetjük, hogy a könnylevezetésről vallott felfogásomat, — mely szerint a functio tökéletessége legfőképpen attól a 3-as relatiótól függ, melyben a könnypontok, a plica, illetve az azt határoló könnybarázdák s annak a tompaszögnek a csúcsa vannak, melyet a szemhéj hátsó széle (Meibonmirigyek vonala) s a carunculát határoló bőrredő legkiemelkedőbb része alkot — hathatósan támogatja. Bebizonyosodott ugyanis ebben az esetben is, hogy a működés tökéletességének elengedhetetlen feltétele, hogy a könnypont környezetének legkiemelkedőbb részén, tehát az említett tompaszögnek a csúcsán legyen elhelyezve s az ilyen módon elhelyezkedő könnypont közül az alsó a szélső, a felső pedig a belső könnybarázdával álljon szemben. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért a rendellenességek közül az együvétartozókat együtt, egymás mellett fogom tárgyalni, ezért bizonyos csoportokat állítok fel.

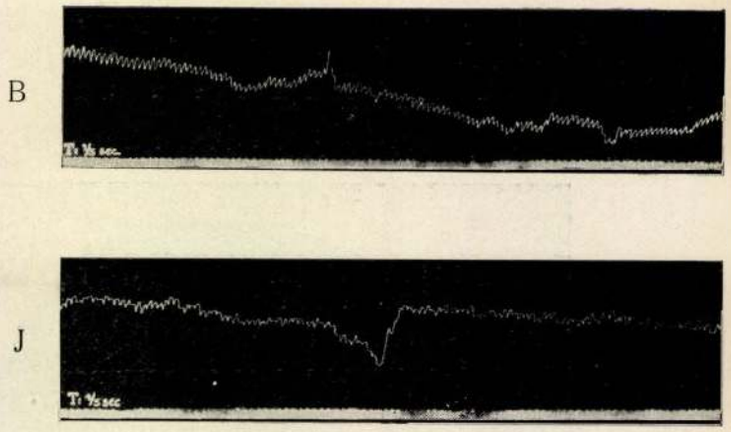
Lássuk ezek közül először is azokat, amelyek a könnypontok és könnycsövecskék közvetlen környezetével vannak összeköttetésben.

A könnylevezető készülék kezdeti része körüli elváltozásokra már a szemrés formája is figyelmeztet.



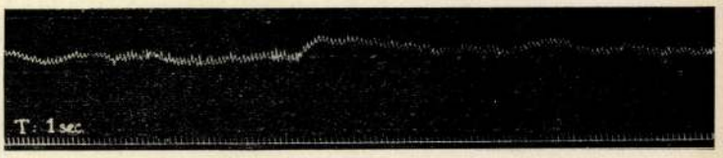
1. ábra.

1. Szemfenéki lelet 1935. II. 18. — A jobboldali art. centr. retinae-nak temporalis sup. ágában kifejezett stasis; a véroszlop szakadozott vonalú.



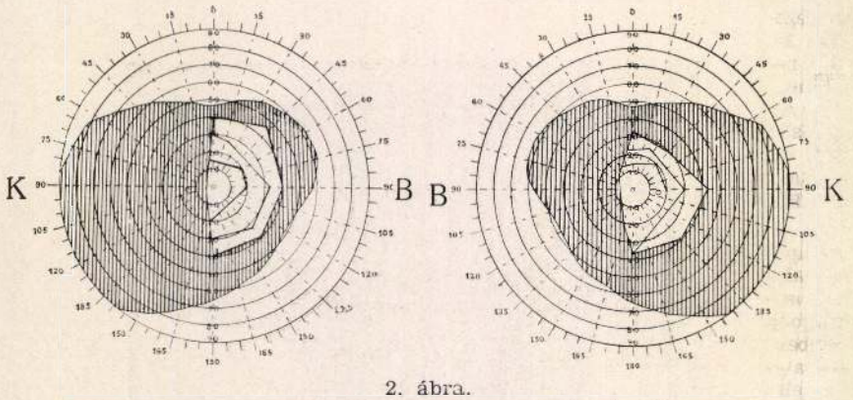
4. ábra.

4. A bal és jobb alkarról készült plethysmogramm. — (lásd szöveg).



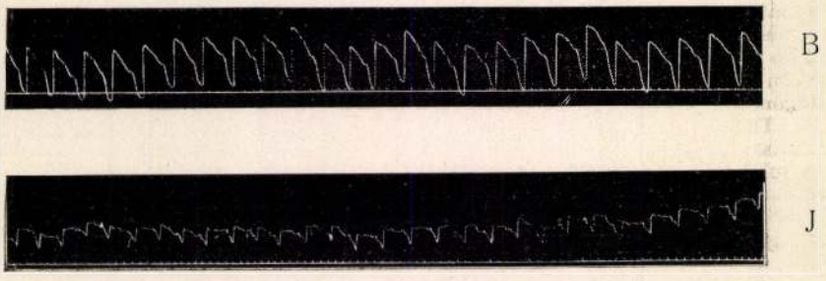
5. ábra.

5. Plethysmogramm normalis egyéntől.



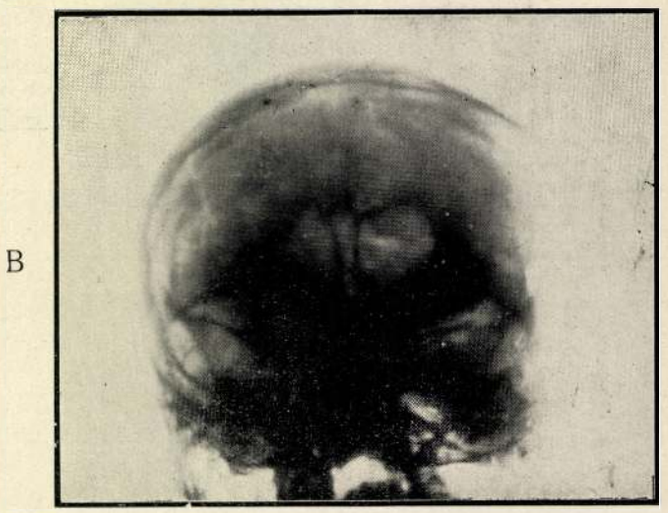
2. ábra.

2. Látótér-beszűkülés és hemianopsia sinistr. Ugyanazon időpontban felvéve.



3. ábra.

3. Sphygmogramm a bal és jobb art. radialisról. J. o. kezdődő edénycrisis (l. szöveg).



6. ábra.

6. Frontooccipitalis enkephalogramm. A jobb oldal-kamara nagyobbfokú dilatatiójával.



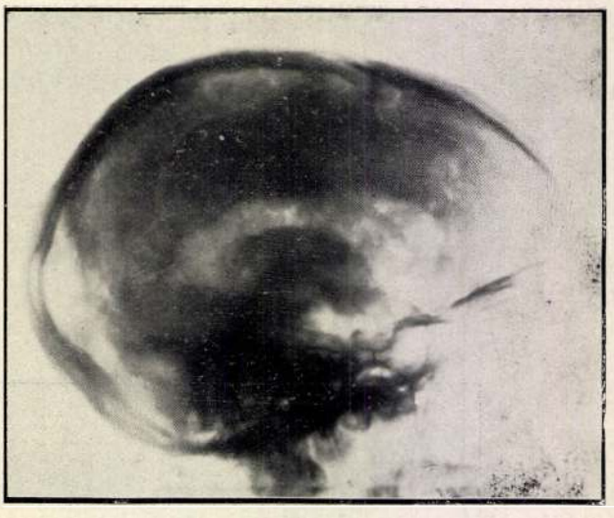
7. ábra.

7. A baloldali distendált oldalgyomrocs. Enkephalogramm.



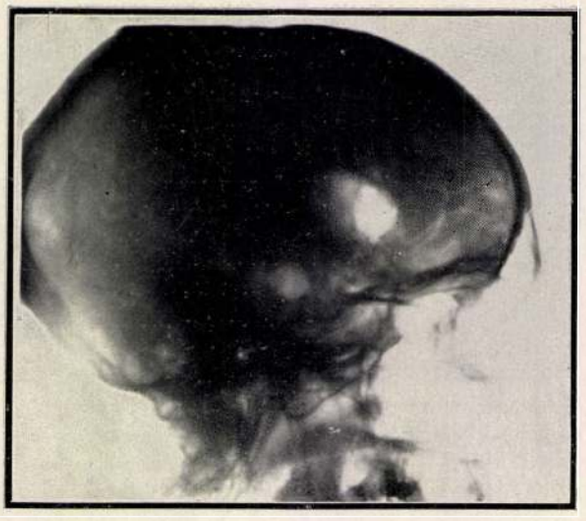
9. ábra.

9. A baloldali combinált enkephalo-arteriogramm. (1935. IV. 17.). Feltünő a pericallosa-hoz tartozó edényágak merevsége és fokozott lumen-tágassága.



8. ábra.

8. A j. o. distendált ventriculus lat Enkephalogramm.



10. ábra.

10. Combinált jobboldali enkephalo-arteriogramm (ugyanakkor). A carotis interna rendszere nem telődött. A maxillaris interna és meningea med. árnyéka jól látható.

Mig ugyanis annak külső részén a szemhéjszélek a megszokott helyen (6 mm-re a szemgödör csontos szélétől) és szögben (hegyesszög) találkoznak, tehát a külső zúg normalis viszonyokat mutat, a belső feltünően megváltozott. Más a formája és megszokott helyét is elhagyta. Feltünően kifelé van dislocálva. A változás magyarázatát azonnal megtalálhatjuk. Hiányzik a szemrésnek azon ellipsis alakú része, mely a pillaszélek, tehát a szemhéjak megszünése után kezdődik, s amelyet alacsony sima bőrredő határol, kb. 5 mm széles és 3 mm magas. Ezért nem láthatjuk a könnytavacskát s az ennek fenekéről kiemelkedő könnyhúsocskát se, amely a bőrredő határolta részben szokott elhelyezkedni. Hogy azonban van, arról könnyen meggyőződhetünk, ha a belső zugot kissé elemeljük a bulbusról. A zug és a bulbus között egy kis tasakot látunk, mely könnyel telt s amelynek az elülső (a zug belső felszinét beboritó) falát és áthajlási részét tisztán a caruncula, a bulbus felőli, tehát hátsó falát pedig kisebb részben a könnyhúsocska, nagyobb részben pedig a plica alkotja. A caruncula nagyon alacsony és csökevényes. A könnyhúsocska kifejlődésének tehát nem sine qua nonja az azt határoló bőrredőnek a kifejlődése. Tökéletes kifejlődéséhez és elhelyezkedéséhez azonban hozzátartozik. A plicák — mivel a belső zug által a könnyhúsocskához hasonlóan fedve vannak —, szintén nem láthatók. A rendesnél jóval szélesebbek, laposabbak, lefutásuk szabálytalan s széleiken nincsenek könnybarázdák kifejlődve.

A fejlődési rendellenességek másik csoportját a könnypontok és könnycsövecskék mutatják. Ismertetésüket a könnypontok rendellenességeivel kezdjük.

Abból, hogy a szemrés belső része nem fejlődött ki, következik az is, hogy hiányzik az a bizonyos tompaszög, melynek csúcsán szokott lenni a könnypont, hogy bele tudjon merülni a könnyet tartalmazó határbarázdába.

A tompaszög hiányát súlyosbbítja az a körülmény, hogy az összes könnypontok körül hiányzik a könnyszemölcs. Erről pedig tudjuk, hogy némileg pótolni tudja a hiányzó tompaszöget.

A további rendellenességek az egyes könnypontokra vonatkoznak. A jobboldali alsó jóval nagyobb a rendesnél, u. i. 2 mm átmérőjü. A felső rendes nagyságú ugyan, de kifelé van dislocálva annyira, hogy az alsónak az oldalsó részével áll szemben. Az alsó könnypont pedig — köztudomás szerint kb. ¾—1 mm-rel áll kinnebb, mint a felső. Csakis igy tud belemerülni a plicát határoló szélső könnybarázdába az alsó, a belsőbe pedig a felső könnypont. Baloldalt a felső könnycsvecske nyilása 2 mm hosszú vályú. E vályú oldalsó része csukott szemrés mellett pontosan az alsó könnypont fölé esik. Tehát a bal felső könnycsövecske nyilása szintén kifelé van dislocálva.

Az eddigiekből megállapithatjuk, hogy a könnylevezetés kezdeti részének a mechanismusa, az ú. n. 3-as relatio teljesen felbomlott. Abnormisak a könnypontok, nem fejlődött ki a tompaszög, nincsenek könnyszemölcsök, csökevényes és befelé a zug mögé dislocálódott a plica s nem áll szemben a könnypontokkal és nincsenek határbarázdái. Igy érthető, hogy a caruncula és a plica által alkotott tasakban tócsaszerüen felgyülemlik a könny s az ennek nyomán járó könnyezés nagymértékben akadályozza minden munkájában, mely olyan helyen zajlik le, ahol fokozottabb a könnytermelés.

A könnycsövecskék fejlődési rendellenességei két csoportba oszthatók. Egyikbe az összes csövecskék rendellenes hosszúsága (megnyulása), másikba pedig a jobboldali alsó csövecske megduplázódása tartozik. A canaliculusok hosszúsága megduplázódott. A jobboldali felső 22 mm, az alsó duplex közül a szemhéjszélhez közelebb álló 20 mm, az ezalatt lévő 22 mm. A kettő között lévő 2 mm különbség érthető. Az előbbinek ugyanis nincs pars papillarisa, a könnypont után azonnal a csövecske haránt része következik. Baloldalt mind az alsó, mind a felső csövecske (a hasadékot is hozzászámitva) 20 mm. A jobboldali alsó duplex csövecskének nincs külön-külön könnypontja, hanem csak egy, ez azonban a rendesnél jóval nagyobb.

A fejlődési rendellenességek most következő része nem függ össze a könnylevezetéssel. A szemrés alakja és nagysága eltér a rendestől. Mindkét rés haránt irányban feltünően szük: A jobboldali 2.1 cm, a baloldali 2.3 cm; a függélyesben pedig a legtágabb hely jobboldalt 6 mm, baloldalt 7 mm. Amint látjuk, a jobboldali szemrés haránt irányban 2 mm-rel, a verticalisban pedig 1 mm-rel kisebb, mint a bal.

Mivel a csontos szemgödör külső szélétől mind a szemrés, mind a crista sacci lacrimalis mindkét oldalt ugyanakkora távolságra van; a szemrések különböző szélessége miatt a könnycsövecskék hosszúsága is különböző.

A jobboldali szemrés 2 mm-rel keskenyebb, a könnycsövecske ennek megfelelően 2 mm-rel hosszabb (22 mm), a baloldali 2 mm-rel szélesebb, a canaliculus pedgi ugyancsak 2 mm-rel rövidebb (20 mm). A kétoldali szemrés eltérést mutat abban is, hogy a jobboldali 2 mm-rel alacsonyabban áll, mint a bal. Hogy a szemrések oldalra vannak dislocálva, következik már abból is, hogy a szemrés könnyhúsocskát körülfogó belső része nem fejlődött ki. Ez a szemrésnek átlag 5 mm-rel oldalrahelyeződését vonja maga után. Hogy azonban a szemrés dislocatiójának nemcsak ezen fejlődési rendellenesség az oka, következik már a canaliculusok hosszával kapcsolatban mondottakból is. Amint láttuk, jobboldalon 1 cm-rel, baloldalt 0.8 cm-rel hosszabbak a könnycsövecskék a megszokottnál. Mivel a csövecskék nagyjában most is ott nyilnak, ahol általában szoktak — az előbbi 5 mm-nyi dislocatióhoz jobboldalt még 1 cm-t, baloldalt pedig 0.8 cm-t kell hozzáadnunk, hogy megkapjuk az oldalon helyeződés teljes mértékét. Abból, hogy a jobboldali könnycsövecske hosszabb (22 mm), mint a bal (20 mm), következik az is, hogy a két szemrés oldalra helyeződése különböző. A jobboldali 2 mm-rel nagyobb, mint a bal. A rendesnek kétszeresére megnyult könnycsövecske bizonyitéka annak, hogy a tömlőtől a szemrésig vezető út mindkét oldalt meghosszabbodott. Ennek kétféle oka lehet. Egyik esetben maga a szemgödör van megnagyobbodva. A másikban pedig, ahová a mienk is tartozik, a szemgödör és az orr közötti terület.

A felső állcsont homloknyulványának — amint tudjuk — 2 felszine van. Egy külső, mely a szemgödör felé és egy belső, mely az orrüreg felé néz. A csont sajátságos megnövekedése miatt a külső felszín esetünkben 2 részre oszlik. Ezek közül egyiket facies anteriornak, másikat facies orbitalisnak nevezhetjük. A kettő egymással hegyesszögben találkozva kiszögelésével valóságos védőpárkányt alkot, amilyet a szemgödör többi részén is látunk, úgy, hogy margo supraorbitalis medialis-ról is beszélhetünk. E védőpárkány mögött a csont orbitalis felszinén kisujjnyi árok, emögött újra egy szintén jól kiálló crista, s ezután egy újabb fossa érezhető. A könnytömlő a második crista mögött lévő árokban volt.

A felső állcsont homloknyulványának a hypertrophiája tehát megváltoztatta a fossa sacci lacrimalis topographiáját is. Első sorban is mélyen a csont mögé került a saccus s igy nehezen közelithető meg. Másodsorban 2 crista és 2 fossa fejlődött ki. Ez az eset is bizonyitja azt,

hogy a cristának és a fossának a könnytömlő localisatiójában távolról sincs olyan döntő szerepe, mint azt általában hiszik. Már az 1928-ban átvizsgált 200 koponya közül 20%-ban találtam az igazi fossa sacci lacrimalis és az előtte levő crista sacci lacrimalis anterior előtt igen jól kifejezett másod fossát és ha nem is mindig, de igen gyakran (12 esetben) ezt elülről határoló, az előbbihez hasonlóan vagy még jobban kiálló, ú. n. pótélt. A pótárkokról, azok nagy száma mellett kiemelem, hogy csalódásig hűen utánozzák az igazi fossa megszokott formáját. Sok esetben a forma mellett lefutásuk iránya, sőt dimensiójuk is megegyezett. A pótéles és pótárkos esetek nagyobb része 2 oldali. A legszebb pótárkok — mint jelen esetben is — olyankor észlelhetők, amikor a rendes és jól kifejezett cristán kivül, mely a pótárok hátsó határát alkotja, elülső határként jól kiképződött pótél is található. Nem csoda, hogy a szinte csodálatosnak mondható hasonlóság miatt, mely az igazi és az előtte lévő pótárok és pótél között van, a csak felületesen szemlélődő még a csontos koponyán is sok esetben az elülső árkot tartja az igazinak. Még kevésbbé lehet csodálkozni azon, ha műtét közben — tehát az előbbinél jóval nehezebb körülmények között — az árok és az azt határoló csontél megduplázódására nem is gondolva s a szépen kipraeparált árokban könnytömlőt nem találva, tanácstalanul állunk. Műtét közbeni meglepetésnek még inkább ki vagyunk téve azokban az esetekben, ahol az árkok hasonlósága mellett a pótél — mint jelen esetben is — sokkal inkább megfelel a megszokottnak, mint az igazi.

Ezen esetünk is megerősíti 1928-ban hangoztatott azon felfogásomat, hogy könnytömlő műtétek alkalmával az eddig nem minden esetekben bevált topographiai vezérfonalakat olyannal kell kiegészítsük, ami állandó és biztosabb azoknál s esetleg könnyebben meg is található. Ez pedig — ma még nagyobb meggyőződéssel vallom, — csakis a csontos könnyorrvezeték bemeneti nyilása lehet. E tájék aránylag könnyen meglelhető, itt zavaró, tévedésbe ejtő momentum nincs. Tehát bármely eljárás szerint is operálunk könnytömlőt, ha kétségeink támadnak a pontos helyzet felől, vagy zavarba hoz egy esetleges dupla csontél, vagy kettős árok, keressük fel rögtön a ductus bemenetelét. Ez a továbbiakban tökéletes útjelző lesz.

Hogy a fossák mennyire hátra és befelé a csont mögé vannak helyezve, mutatja az, hogy a processus frontálisok nagyfokú megnagyobbodásának ellenére a közöttük lévő távolság semmivel sem nagyobb, mint amennyi rendes körülmények között szokott lenni.

Az elmondottakból következik, hogy a két szem a megszokottnál jóval nagyobb távolságban van egymástól. Ezt mutatja a két rés közötti távolságot kifejező 65 mm is. Az orr semmivel sem nagyobb (szélesebb) a megszokottnál s így a rések közötti mező megnagyobbodása tisztán az orr és szem közötti tájék hypertrophiája által jött létre.

Talán nem lesz érdektelen annak a megjegyzése sem, hogy a szemréshez hasonlóan oldalra van dislocálva maga a szemgödör is, s hogy a szemgödörbemenet haránt és függőleges átmérője szintén rövidebb a megszokottnál, u. i. az előbbi jobboldalt 3.4 cm, baloldalt pedig 3.5 cm, a függőleges átmérő pedig 3.5 cm helyett jobboldalt 3 cm, baloldalt 3.2 cm. Tehát a szemréssel együtt a szemgödör bemeneti nyilása is kisebb a rendesnél. Az adatok összevetéséből kiviláglik az is, hogy a szűkebb szemgödör oldalán a szemrés nyilása is szűkebb, a tágabbnál pedig a megfelelő szemrés is tágabb. A szemréssel kapcsolatban meg kell említenem még azt is, hogy a záródási vonal egyenes, melynek a belső vége valamivel alacsonyabban áll, mint a külső. Köztudomású, hogy a két szemhéj találkozási vonala csukott szemen az esetek többségében fekvő „S" szokott lenni. Ezzel kapcsolatban megjegyezhetjük, hogy a külső görbület, melyet a tulajdonképeni szemhéjak záródási vonala képez, már rendes körülmények között sem szabályos és jóval hosszabb, mint a belső, melyet a carunculát körülvevő bőrredő záródása hoz létre. A külső hosszabb görbület gyengén lefelé irányuló domború vonal, a belső rövidebb pedig az előbbivel ellentétben fölfelé irányuló görbületet alkot. Mivel a bőrredő nem fejlődött ki, hiányzik természetesen a fekvő „S" belső hajlása is. Ilyenformán még ha a szemrés megmaradt része teljesen rendes is lenne, a csukási vonal még akkor is egy gyengén lefelé irányuló domború vonalat alkotna, tehát csak fél „S"-t tenne ki. Mivel azonban a szemrés ezen része is megváltozott, érthető a záródási vonal változása is.

A fejlődési rendellenességek hátralévő része már a szemmel nincs összefüggésben. Feltünik a toronykoponya, a részaránytalan és a jobboldalra ívben áthajló orr.

Hátra volna még az a kérdés, hogy a fejlődési rendellenességek létrejövetelét meg lehet-e magyarázni. A tünetcsoport egy részét — mint amilyen a szemrés és a szemgödrök oldalra való helyeződése, a szemek egymástól való nagy távolsága, magam is — épp úgy, mint *Waardenburg* — a foetalis viszonyok bizonyos helyzetben való állandósulásának (fixatiójának) tartom. Köztudomású ugyanis, hogy embryóban a két szem közötti távolság a szemek oldalt eső fekvése miatt aránylag nagy. Ez azonban az optikus nyél (a szemhólyag) forgása miatt kisebbedik. Az eleinte oldalra s kissé hátra néző szemek ugyanis a 7—8-adik héten kb. derékszöget alkotnak, a 14—15-ik héten pedig már végleges elhelyezkedésüknek megfelelően előre tekintenek, tehát majdnem párhuzamosan állanak. A rendellenességek előbb említett részében tehát nem az a kérdés, hogy hogyan fejlődtek ki, hanem az, hogy vajjon miért nem folytatódott tovább és fejeződött be az a fejlődési folyamat, amelynek végeredménye a két szemnek a megszokott távolságba, illetve helyzetbe kerülése lett volna. Mi volt, ami ezt megakadályozta? Hogy a processus frontalisok orr és szem közötti részletének a hyperplasiája ok-e, vagy csak következmény, nehéz volna eldönteni. Bizonyos azonban az, hogy ha a csont hyperplasiáján kivül a rajta levő másodárkot és másodélt is tekintetbe vesszük, a csontképződés bizonyos helyi zavaraira is gondolhatunk. A duplex árkokkal és a duplex cristákkal kapcsolatban megfigyeltem, hogy az igazán szép és szabályos pótárok és pótél szinte kivétel nélkül angolkóros koponyán fordul elő. Ez természetes is, hiszen rachitises elváltozások a fejen, a koponya boltozaton kivül, leggyakrabban az állkapocs csontokon észlelhetők és ezzel kapcsolatban a felső állcsont oldalról összenyomódhatik. A pótárok és pótél következménye lehet egy olyan összenyomatásnak, amelynek a hatása főképpen a felső állcsont processus frontalisán jelentkezik. Ezen felfogás támogatására némi támpontot nyujt egy esetem, ahol az angolkóros koponyán az oldalösszenyomódás az orr tájékán igen jól kivehető s ahol pótárok és pótélszerű kialakulás és a processus frontalis kiszélesbbedése is látható.

Az elülső árok s az azt határoló pótél gondolkozóba ejthet, hogy vajjon mi lehet az oka ennek a bizonyos célszerűséget mutató elváltozásnak. Bár fel lehetne hozni azt, hogy az emberi testen sok helyen észlelhetők szabályos rachitises dudor és gödörképződések, mégis talán e helyen az oldalösszenyomódáson kivül fel lehetne tenni azt is, hogy a könnytömlőt megelőző tömör köteg a fejlődés folyamán először itt helyezkedett el, ahonnan az-

után a felső állcsont processus frontalisának megnagyobbodása, kiszélesbbedése következtében az orbita felé, végleges helyére csúszott hátra.

E magyarázat némi támpontot találhatna azokban az esetekben, ahol csak féloldali a rendellenesség s ahol a felső állcsont processus frontalisa az ellenkező oldalinál mindig szélesebb. Ilyen esetekben feltehető, hogy az erősebben növekedő s orrcsont felé kitérő processus frontalis a könytömlőköteg alól kicsúszva, annak végleges helyére kerülését a rachitis oldalösszenyomódáson kivül szintén elősegiti. Hogy a könnytömlőköteg a maga eredeti helyén megmaradjon, annak előfeltétele a csontfejlődésnek bizonyos foka. Ha ezt még nem érte el a kivánatos időben, a csonton fekvő könnytömlőnek új átrendeződése könnyen elképzelhető. E pontnál talán még megemlíthetjük azt is, hogy ezen esetekben legtöbbször igen erősen kifejlődött az orrcsont is, amelyen angolkóros elváltozások igen ritkán fordulnak elő, így elképzelhető, hogy növekedése alatt fokozott nyomást gyakorol a még puha processus frontalisra, s ilyen módon annak ráncolódását és új gödör képződését elősegithati.

Hogy a könnycsövecskék meghosszabbodása tisztán csak következménye a tömlő és a szemrés egymástól való eltávolodásának, az egészen természetes. A canaliculusok fejlődése ugyanis csakis a 4-ik hó végén indul meg, amikor már a csövecskék hosszát megszabó szemrés helyzete meg van szabva.

Amennyire érthető a könnycsövecskék hosszának megduplázódása, épp annyira nehéz annak az eldöntése, hogy milyen tényezők játszhatnak szerepet azoknak a rendellenességeknek a létrejövetelében, amelyeket a könnycsövecskék kezdeti része körül látunk. Miért nem fejlődtek ki a könnyszemölcsök? Mi az oka annak, hogy a felső canaliculusok kezdeti nyilása oldalra dislocálódott s a baloldali felső könnycsövecske nyilása nem pont, hanem hosszanti rés és hogy jobboldalt alul nem egy, hanem két könnycsövecske van. Ezekkel kapcsolatban önkéntelenül felvetődik az a kérdés is, vajjon a belső zug rendes kialakulása nem előfeltétele-e annak, hogy a könnylevezetés könnypont körüli része tökéletes legyen. Ennek valószinűsége mellett szól az a körülmény is, hogy éppen a bőrredő hiánya miatt nincs kifejlődve az a bizonyos tompaszög is, amelynek egyik szára a bőrredő s amelynek rendes körülmények között a csúcsán nyilik a canaliculus, hogy belemerülhessen a könnyet tartalmazó barázdába. Ha a könnypontok pontos localisatióját mintegy megszabó, s azok működését lehetővé tevő tompaszög nem fejlődött ki, nem lehet csodálkozni azon sem, hogy a könnypontok között lévő kapcsolat egyébként is megváltozott. Igy a felsők kifelé dislocálódtak és szembekerültek az alsókkal. Azt lehetne mondani tehát, hogy a szemrés belső részének ki nem fejlődése miatt minden rendszer felbomlott e tájon. *Leonardi* ennél még sokkal tovább megy, amikor részben hasonló esetének a leírásakor azt állítja, hogy valamennyi fejlődési rendellenesség bizonyos vonatkozásba hozható a caruncula és a belső zug elsőleges fejlődési zavaraival.

A könnypontrendellenességek és a belső zúg körüli egyéb eltérések (mint amilyen a plica és a caruncula csökevényes, szabálytalan volta, a plica körüli könnybarázdák hiánya stb.) létrejövetelének a szemrés belső részének a ki nem fejlődésével magyarázata ellen felhozható, hogy a könnypont és könnycsövecske rendellenességeit hosszú időn át megfigyelve, egyetlen-egy esetben sem láttam a belső zugon anomaliát. Tehát a belső zug körüli rendellenességek kifejlődésének nem sine qua nonja a bőrredő hiánya. Hogy némi része azonban mégis lehet ezek létrejövetelében, az következik abból, hogy szabad szemrés mellett az általam észlelt eddigi könnypontrendellenességek kivétel nélkül az alsó canaliculusokon fordultak elő s most a felsőn is jelentkeznek.

A belső zug ki nem fejlődésének a magyarázatára fel lehetne talán tételezni azt, hogy az azt összetapasztó szövet e tájék csontos részéhez hasonlóan erősebben hypertrophisált s emiatt nem következhetett be a fejlődés folyamán annak a szétvállása.

Még csak azt a kérdést szeretném felvetni, hogy mi az oka a könnycsövecske megduplázódásának. *Törő* szerint az előre növő hámcsap valamely képletbe (pillaszőr hagymája, Meibom-mirigy helyén lévő hámcsap) ütközik, s így hasad ketté. Ez a felfogás azonban csakis azoknak az eseteknek a magyarázatára volna alkalmas, ahol a könnypontokból, vagy a közös könnypontból kiinduló 2 csövecske bizonyos távolság után egyesül s azután közös csőben folytatódik tovább a saccus felé. Az esetek túlnyomó többségében azonban már a saccusból két canaliculus indul ki. Ezek magyarázatára *Törő* felfogása nem alkalmas.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár.)

A fehérjevizelés mechanizmusáról.*

Irta: *Korányi András dr.*, egyet magántanár, tanársegéd.

Már *Brigth* rámutatott arra a kapcsolatra, amely a fehérjevizelés és a vesebetegségek között van s így az csakhamar a vesebajok tünetcsoportjának középpontjába került, sőt sokáig csalhatatlan jelként szerepelt. Ez a felfogás annyira gyökeret vert az orvosi köztudatban, hogy hosszú évtizedek teltek el, míg a különféle fehérjevizelések megismerésével ez a felfogás megdőlt. Ismeretessé vált az álalbuminuria, az alimentaris fehérjevizelés, a nagy testi megerőltetések utáni fehérjevizelés, a lázas betegségekhez társuló, az orthostatikus fehérjevizelés és még hosszú sora az olyan betegségeknek és állapotoknak, melyekben bár a vesék részéről semmiféle kóros sem volt kimutatható, mégis hosszantartó és súlyos fehérjevizelés volt észlelhető. De nehezítette a fehérjevizelések megismerését az is, hogy a közismert fehérjekémlések valamelyikével negativ vizeletekben is, bizonyos eljárásokkal fehérje nyomokat lehetett találni, mint azt *Posner* és *Mörner* vizsgálatai mutatták.

Egyesek szerint a fehérjevizelés a vesesejtek indirect úton történő vérellátási zavaraira vezethető vissza, de más felfogás szerint a mérgezések, elfajulás, illetve gyulladás sértette vesesejtek is jelentős szerepet játszanak a fehérjevizelés létrejöttében. Mióta azonban a különféle physikális-chemiai eljárás útján ismeretessé vált, hogy súlyos fehérjevizelésekben a vérplasma fehérjefractióinak összetétele rendszerint jelentős eltolódást szenved, a haematogen elmélet igen előtérbe nyomult. Egyes szerzők, így *Munk* is oly nagy jelentőséget tulajdonít a vérplasma fehérjefractiói megváltozásának, hogy szerinte lipoid nephrosisban a vese sejtjeinek kóros állapota is csak a következménye a vérben létrejövő elváltozásoknak. *Epstein* és *Löwenthal* szintén a fehérjefractiók kóros eltolódására vezeti vissza a nephrosisos fehérjevizelést s azt egy elsőleges anyagcsere betegség fontos tünetének tartja. Ugyancsak ezen felfogáshoz csatlakozik *Fahr* is. *Aschoff* a szervezet fertőzéses eredetű

---

* Előadatott a budapesti Kir. Magy. Orvosegyesület 1935. december hó 14-i ülésén. — A dolgozat a Széchenyi Tudományos Társaság támogatásával készült.

toxicus bántalmára gondol s ennek tulajdonítja a vérfehérjék megváltozását, s amelynek csak következményeképpen betegszik meg oly módon a glomerulus, hogy fehérjéket és lipoidokat átereszt. *Schlayer* az általános toxikus érsérüléseket tekinti a jelenség lényegének. *Stolte* és *Knauer* és tulajdonképpen a fentemlített szerzők véleménye szerint is a nephrosisos fehérjevizelés csak egyik tünete a szervezet általános betegségének és a vesében lejátszódó kóros jelenségek csak ennek az elsőleges betegségnek a következményei — amelyek azonban a fehérjevizelés létrejöttéhez magyarázatul nem elégségesek. *Volhard* véleménye szerint pedig, elméletben kétféle mechanismust lehet a fehérjék kiválasztásában megkülönböztetni, még pedig egy passiv transsudatiót vagy filtratiót és egy activ secretiót. Összefoglalólag azonban azt hangoztatja, hogy minden fehérjevizelés tulajdonképpen epithel sérülésre vezethető vissza. *Rusznyák* és *Németh* ezen felfogásokkal szemben egészen új útakon át keresték a fehérjevizelések létrejöttének magyarázatát, amikor már évekkel ezelőtt végzett kisérleteik alapján rámutattak arra, hogy a fehérjevizelés okát a vesefilter megváltozott áteresztőképességében kell keresni.

Kisérleteinkben szintén ezen elméleti elgondolás alapján indultunk el, mikoris előzetesen mérgezett kutyavesék ultrafiltratiós működését vizsgáltuk, feltételezve azt, hogy ha *Rusznyák* és *Németh* elmélete helytálló, akkor a sérült vesefilternek a plasmafehérjéket át kell eresztenie. Kisérleteimet, amelyeket *Hámori* kartárssal közösen csináltam, a Sollmann-féle izolált kutyavese készítményen végeztük, mégpedig olyan isolált kutyavesék en, amelyeket még az élő állatban előzőleg kaliumbichromattal megmérgeztünk. Kisérleteink menete a következő volt: olyan 10—16 kg-os kutyákat, amelyekben a mérgezés hatására jelentős vesebántalom volt kimutatható (amit vizelet vizsgálattal mutattunk ki) aetheres altatásban a carotison át elvéreztettünk, majd megnyitottuk a hasat, megkerestük az egyik vesét, kipraeperáltuk az art. renalist, melybe az átáramoltató készülékkel összeköttetésben álló canült kötöttünk be. Az élettani konyhasóoldattal telt átáramoltató készüléket enyhe nyomással megindítva, a vena renalisba egy másik, az uretherbe egy harmadik canült kötöttünk be. Ezután a vesét a bekötött canülökkel együtt kiemeltük az állatból s egy előre elkészített nedves vatta csomagba helyeztük bele, hogy azt a kihüléstől és száradástól megóvjuk. Nem térhetek ki azoknak a kisérleti nehézségeknek ismertetésére, amelyek a beteg vesén dolgozásból származnak, azt hiszem, elég, ha csak rámutatok arra, hogy a megbetegített vesék nagyfokú oliguriára, anuriára hajlama mennyire akadályozza a kisérletek sikeres lefolytatását. De ki kell emelnem, hogy igen fontos a kisérletek sikere érdekében az, hogy a canülöket minél gyorsabban kössük be és az átáramoltatás megindítása is minél hamarabb történjék meg. Ha ez t. i. bármi okból késedelmes, úgy valószinűleg a vese érrendszerében történő alvadás következtében elakad a keringés. De igen fontos a canülök és különösen a venás canül gyors bekötése azért is, mert ha az hosszú ideig tart, a vese igen megduzzad, ami a tubulusokat összenyomva ismét csak oliguriát, anuriát válthat ki.

Az állatokból kiemelt vesét először ½—1 óráig 37°-os fiziol. konyhasós oldattal áramoltatunk át, amely idő alatt a vese átmosása minden nehézség nélkül sikerült (ezen azt értettük, hogy az uretherből és a vena renalisból kicsepegő folyadékban fehérjének már nyomát sem sikerült kimutatni). Ezután a vesét először nephrotikus, majd egészséges egyén 37°-os fiziol. konyhasó oldattal higitott savójával áramoltattuk át. Már néhány perccel az átáramoltatás megindítása után az uretherből kicsepegő folyadékban sulfosalicylsavval túrós csapadéknyi fehérjét sikerült kimutatnunk, akár a nephrotikus, akár az egészséges egyén higitott savójával történt is az átáramoltatás. Ezen kisérleti eredmények kétségtelen bizonyítékot szolgáltatnak a fenti elmélet mellett, miszerint a nephrotikus fehérjevizelés létrejöttében a vese glomerulus membrán megbetegedésének, sérülésének döntő fontossága van.

Ezen kisérleti eredmények a továbbiakban arra indítottak, hogy kisérleteinket kiterjesszük más, nem mérgek okozta fehérjevizelések mechanismusának tisztázására. Jogosultnak láttuk azt a feltételezést, hogy a glomerulus membrán ultrafiltratiós működése más hatások alapján is olyan elváltozásokat, sérüléseket szenvedhet, hogy a vérplasma fehérjéi számára átjárhatóvá válhat.

A különféle fehérjevizelések között elsősorban is a lázas fehérjevizelésre gondoltunk, mint olyanra, ahol hasonló hatású tényező, a hő — feltételezhetően hasonló ártalmakat hozhat létre a vese glomerulus membránon. De kórbonctani alapon is ez az állapot látszik legközelebb azokhoz az elváltozásokhoz, amelyek nephrosisban észlelhetők. A lázas fehérjevizelés, mely bár az összes fehérjevizelések között kétségtelenül a leggyakrabban fordul elő, pathologiája igen kevéssé tisztázott. Előfordul a különféle eredetű lázas bajokban s a halvány opalescáló fehérjevizeléstől a súlyos ‰-ben kifejezhető fehérjevizelésben nyilvánulhat. A leírt legsúlyosabb lázas fehérjevizelés a *Lichtwitz* észlelte 10 ‰-es fehérjevizelés volt. A vizelet üledékében rendszerint 1—1 fehérvérsejt található, de lehetnek szemcsés hengerek, sőt tömeges vörösvérsejtek, vörösvérsejt hengerek is. Ezek a fehérjevizelések amilyen gyorsan keletkeznek a megbetegedés, illetve a láz jelentkezésekor, épp oly gyorsan és nyomtalanul el is tünnek annak megszüntekor. Ezen álapotokban a vesékben lejátszódó folyamatot a kórboncolók mint zavaros duzzadást jelölik meg. *Munk* egy „albuminöse Nephrose"-ként irja le a vesékben levő elváltozásokat, *Fahr*, e kérdés egyik legalaposabb ismerője, a nephrosisok első szakának tartja ezt az állapotot.

Ezen fehérjevizelés mechanismusának tisztázására indított kísérleteink az előbb említett kísérleti berendezésünknek teljesen megfelelőleg szintén a Sollmann-féle elkülönített kutyavese készítményen történtek, természetesen azzal a különbséggel, hogy ezeket a kisérleteket egészséges kutyavesékeen végeztük. A canülök bekötése után a veséket először 37°-os fiziol. konyhasó oldattal áramoltattuk át egy fél óráig, ez idő alatt az egészséges isolált kutyavese *„átmeneti palpatorikus fehérjevizelése"* minden egyes alkalommal megszünik. Ennek a vesekészítménynél jelentkező és már más szerzőktől is észlelt, fehérjevizelésnek, mely legnagyobb valószinűség szerint traumás eredetű, bővebb ismertetésére nem térhetek ki. Az ily módon átmosott, illetve fehérjementessé tett vesét oly magas hőfokú fiziol. konyhasó oldattal áramoltattuk át ugyancsak 30'-ig, hogy az uretherből kicsepegő folyadéknak a hőmérséklete 39—40°-os legyen. Az uretherből ezen idő alatt kicsepegő folyadékban sulfosalicylsavval fehérjepróbát végeztünk, de az minden egyes esetben negatív volt. Majd ugyancsak ilyen magas hőfokra felmelegített konyhasós oldattal hígított egészséges egyén savóját áramoltattuk át a vesén. Az ily módon melegártalomnak kitett vesék átengedték a serumfehérjéket, amit az uretherből kicsepegő folyadék túrós csapadékú fehérjereactiója bizonyított. Ezen most ismertetett kisérleteknek teljesen megfelelően ellenőrző kisérleteket is végeztünk, annak a lehetőségnek a kizárására, hogy a fehérjének a vesefilteren áthaladását nem a vese hosszantartó átáramoltatása következtében beálló vesesérülés okozza-e? Ezeket a kisérleteket tehát úgy végeztük, hogy

a veséket nem fél, hanem egy teljes óráig áramoltattuk át 37°-os fiziol. konyhasós oldattal, majd csak ezután kezdtük el az ugyanúgy hígított, de most csak 37°-os hőmérsékletű embersavóval történő átáramoltatást. Az ilyenkor az uretherből kicsepegő folyadékban elvégzett sulfosalicylsavas fehérje próba tényleg mutatta is fehérje minimális nyomait, de ez a fehérjevizelés sokkal kevesebb volt, mint amikor előzetesen 39—40°-os hőmérsékletű konyhasó oldattal történt a vese károsítása. Hogy a kétféle kisérlet között a különbséget szembetünőbbé tegyük, illetve pontos chemiai quantitativ eljárással bizonyítsuk be a vesefilternek meleg hatására történő áteresztővé válását, nitrogen, illetve fehérjemeghatározásokat végeztünk *Kjeldahl* szerint az uretherből kicsepegő folyadékokban. Ezek a meghatározások szembetünően mutatták, hogy míg a meleggel károsított vesék 1.0—4.1%-nyi mennyiségben eresztették át a serumfehérjét, addig az ellenőrző kísérletekben csak 0.0—0.88‰-nyi mennyiségben volt fehérje kimutatható.

Ezek a kisérletek azt látszanak bizonyítani, hogy a lázas fehérjevizelés mechanismusa ugyanaz, mint a mérgezések útján létrejövő tubularis ártalomkor észlelhető fehérjevizeléseké. De kizárják az ellenőrző kisérletek annak a lehetőségét is, hogy a lázas fehérjevizelés létrejöttében a vese saját fehérjéinek a lebontása és kiválasztása jelentősebb szerepet játszana, mint azt az eddigi feltevések állították.

Fejtegetéseinket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy mint *Rusznyák* és *Németh* régebbi kisérletei mutatták, az egészséges vesemembrán ultrafilterként működik mind a nephrosisos, mind az egészséges egyén plasmájának fehérjéivel szemben, vagyis az olyan összetételű vérplasmával szemben is, ahol a fehérjefractiókban kóros eltolódás észlelhető a globulin illetve fibrinogen fractiók javára. Most ismertetett kisérleteink szerint viszont az akár kaliumbichromat, akár hő útján bántalmazott vesemembrán áteresztővé válik mind a nephrosisos, mind az egészséges egyén plasmafehérjéivel szemben.

Ezeknek a kérdéseknek a tárgyalásakor ki kell térnünk annak a magyarázatára, miképpen hozható összefüggésbe a fent ismertetett kisérletek alapján épült elmélet azzal a ténnyel, hogy a nephrosisos fehérjevizelések alkalmával a vérplasmában jelentős eltolódást szenvednek a fehérjefractiók. Elképzelésünk szerint a globulin, illetve fibrinogen felszaporodása a plasmában főleg azáltal jön létre, hogy a megbetegített vesemembránon a kismolekulájú albumin könnyebben megy át, mint a globulin, illetve fibrinogen, amelyek molekulanagysága közismerten jóval nagyobb, s éppen ezért kisebb mértékben veszti el azokat a szervezet. Igy tulajdonképpen a globulin, illetve a fibrinogen felszaporodása a plasmában csak viszonylagos felszaporodásnak fogható fel. Ezen felfogásunk helyességét bizonyítják már régebben közölt azon kisérleteink, ahol a parenterálisan bevitt idegen fehérjéknek a vizelettel történő kiválasztását kisértük figyelemmel s amelyeknek ismertetésére később még ki fogok térni. De, ha a globulin, illetve fibrinogen fractio felszaporodását illetőleg *Erben* és *Elwyn* elméleti elgondolásait fogadnánk is el, akik azt absolut felszaporodásnak hiszik s amely szerintük a szervezet szabályozó, kiegyenlítő, célszerű berendezése, amivel a nagyfokú fehérjevesztesség ellen védekezik, ez az elgondolás sem elegendő a fehérjevizelés létrejöttének magyarázatára. De akár absolutnak, akár relativnak fogjuk is fel a globulin, illetve a fibrinogen felszaporodását, mint az elmondottakból kitünik, az csupán fehérjevizelésre nem vezethet.

Az idegen fehérjéknek a vizelettel kiválasztása szintén egyik formája a fehérjevizelésnek s leginkább az alimentaris fehérjevizelés esetén fordul elő, így pl. nagymennyiségű nyers tojásfehérje egyszerre elfogyasztása után. Sőt egyes szerzők az intravitalis haemolysiskor a plasmába kerülő haemoglobinnak a vese által történő kiválasztását is azzal magyarázzák, hogy a plasmában oldott haemoglobin a vesének idegen fehérje s mint ilyen kerül kiválasztásra. A régebbi felfogás szerint tehát a vesének activ válogató képessége van, amelynek segítségével a szervezetet a bekerült idegen fehérjéktől meg tudja szabadítani. *Bayliss* és munkatársai ezzel szemben kimutatták, hogy a vesének ilyen rejtélyes válogató képessége nincsen és az egészséges vese a tojásfehérjét és a haemoglobint csak azért választja ki, mert azok molekula nagysága kisebb, mint a serumfehérjéké s amelyek éppen nagyságuk miatt a glomerulus membrán likacsain nem tudnak keresztülhatolni. Saját vizsgálatainkkal *Bayliss* és munkatársainak ezen felfogását teljes mértékben megerősítettük. Szükségesnek tartottuk azonban, úgy mint a nephrosisos fehérjevizelés esetében, vizsgálat tárgyává tenni, hogy a beteg vese hogyan viselkedik idegen fehérje bevitele esetében. E célból nyulakat kaliumbichromat oldattal megmérgeztünk és a mérgezés kifejlődése után az állatoknak tojásfehérjét, vagy embersavót adtunk i. v.-an, majd fajlagos praecipitatiós eljárással vizsgáltuk vizeletükben ezen idegen fehérjék kiválasztását. Az egészséges vese, mint az már *Bayliss* és munkatársainak vizsgálataiból tudtuk, a tojásfehérjét áteresztí, de az embersavó fehérjéit legfeljebb csak nyomokban eresztí át. Ezzel szemben a kaliumbichromattal megmérgezett állatok veséje a tojásfehérjét épp úgy kiválasztotta, mint az egészséges vese, de az embersavó fehérjéi számára, ha nem is teljes egészében, de nagy mértékben átjárhatóvá vált, bár azt a fokot, amit a tojásfehérje kiválasztás elért, még mindég nem érte el. A beteg vese áteresztő képessége az idegen fehérjéket illetőleg tehát oly módon változik meg, hogy az bár ultrafiltratiós működését el is veszti, mégsem bocsátja át egyformán a különböző nagyságú fehérje molekulákat.

Vizsgálataink eredményeit tehát abban foglalhatjuk össze, hogy mind a nephrosisos, mind a lázas fehérjevizelésnek legfőbb okát a vesefilter fokozott áteresztőképességében kell keresni és nem a vérplasma fehérjéinek kóros megváltozásában. Idegen fehérjék bevitelére csak akkor keletkezik fehérjevizelés, ha a bevitt fehérje molekulái kisebbek, mint a serumalbuminé. Tehát az alimentáris fehérjevizelés, éppen úgy, mint nephrosisos és a lázas fehérjevizelés, egyszerű filtratiós jelenség és nem a vese activ secretiós működésének a következménye.

Emlékeztető!...

Felhivjuk Kartársaink figyelmét, hogy a gyakorló orvosok részére gyógyszertárakban rendelkezésre álló tartályok, — melyek elsősorban a fertőző betegek váladékainak a beküldésére szolgálnak, — az Országos Közegészségügyi Intézet tulajdonát képezik. A tartályok igénybevételét miniszteri rendelet szabályozza. A rendelet szerint az *Országos Közegészségügyi Intézet tartályaiban vizsgálati anyagok csakis az Országos Közegészségügyi Intézetbe vagy vidéki Állomásaihoz küldhetők be.* A tartályok csakis a megfelelő célra használhatók fel, vagyis pl. kórszövettani anyag beküldésére sem a széklet, sem a torokváladék vételére szolgáló tartályok nem alkalmasak.

Orsz. Közegészségügyi Intézet.

Az újpesti gróf Károlyi Sándor alapitványi közkórház közleménye (igazgató: Sándor István főorvos).

Barbitursavas készitmények hatása a vércukorszintre.

Irta: *Horn Zoltán dr.*

A kérdés, melyet vizsgálat tárgyává tettünk, az volt, hogy miképen befolyásolják a barbitursavas készitmények, therapiás adagokban alkalmazva az ember vércukorszintjét, illetőleg a cukormegterhelés kapcsán észlelhető vércukorszabályozást. Az általunk felvetett kérdéssel állatkisérletekben már sokan foglalkoztak, azonban ezek a vizsgálatok nagyon eltérő eredményekre vezettek. Találunk az irodalomban olyan állatkisérleti adatokat is, melyek szerint egyes barbitursavas készitmények eléggé súlyos változásokat idéznek elő a szervezet cukoranyagcsere szabályozásában. Tekintettel arra, hogy idősebb korú, diabetesben szenvedő betegek álmatlansága ellen a klinikusok szivesen alkalmazzák a barbitursavas készitményeket, elsősorban is gyakorlati szempontból vált szükségessé ezt a kérdést az emberi szervezeten, therapiás adagolás mellett revisio tárgyává tenni; mert ha a később elmondandó állatkisérleti adatok az emberi szervezetre is érvényesek, akkor ezeket a betegágynál feltétlenül figyelembe kell vennünk. Ez a kérdés azonban az elmondott gyakorlati fontossága mellett elméleti szempontból is érdekességgel bir. Főleg *Pick* és munkatársainak vizsgálatai szerint a barbitursavas készitmények támadáspontja az agytörzsben van és ezen szerek némelyike az alvást szabályozó központra gyakorolt hatásán kivül kisugárzó hatást gyakorol a környi vegetativ központokra is, pl. a veronal a hőközpontra, a luminal a diuresis központjára hat és igy feltételezhető volt az, hogy ezen szerek adagolásuk kapcsán kihatnak a cukorszabályozó központra is.

Vizsgálatainkat nemcsak normalis cukorszabályozással biró embereken, hanem olyan egyéneken is elvégeztük, akik diabetesben szenvednek. Tudomásunk szerint ezt a kérdést diabeteses szervezeten még nem vizsgálták.

A vizsgálatokat mindig reggel kezdtük el és a beteg a vizsgálat kezdetéig kb. 14 órán át éhezett. A vizsgálatokhoz szükséges vért a szokásos módon az ujjbegyből vettük és a vércukor értékét *Hagedorn—Jensen* szerint határoztuk meg. A beteg az egész vizsgálat ideje alatt ágyban feküdt. Minden vérvétel kapcsán megmértük a beteg testhőmérsékletét. Természetesen csakis olyan betegeken dolgoztunk, akiknek testhőmérséklete normalis volt. Minden betegnél megvizsgáltuk a barbitursavas készitmény hatását az éhgyomri vércukorszintre és a cukormegterhelés kapcsán észlelhető alimentaris hyperglykaemiára. A cukormegterhelés per os beadott 50 gr szőlőcukorral történt. A barbitursavas készitményeket intramuscularisan, illetőleg intravenásan adtuk be. Minthogy az általunk használt barbitursavas készitmények ilyen adagolási mód mellett már ½—1 órán belül kezdtek hatni, cukormegterhelésnél úgy jártunk el, hogy egy fél órával a barbitursavas készitmény beadása után adtuk be az 50 gr. szőlőcukrot.

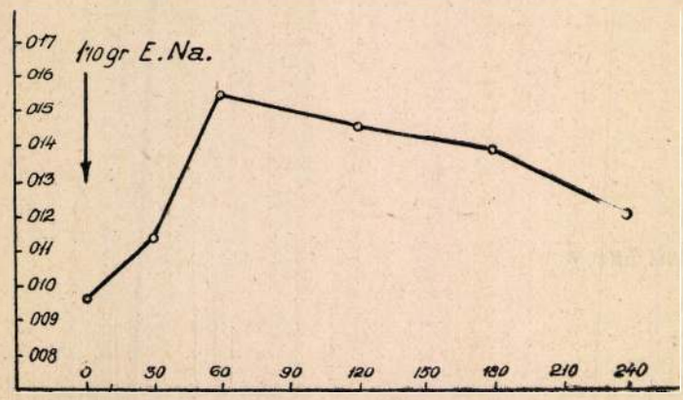
Az első készitmény, melyet vizsgálat tárgyává tettünk a *phenylaethylbarbitursav volt.* Ezekhez a kisérletekhez az ampullákban forgalomba kerülő, intramuscularisan adható sevenal és luminal nevű készitményeket használtuk. Egyszere adott 0.165—0.20 és 0.33 gr hatóanyag hatását vizsgáltuk. E készitményekkel végzett állatkisérletek nagyon eltérő eredményekhez vezettek. Pl. *Tanaka* a vércukorszint növekedését, *Hönighaus* ellenben annak csökkenését észlelte. *Högler* viszont azt tapasztalta, hogy a luminal altató adagokban nem befolyásolja a vércukorszintet. *Eisler* és *Hemprich* luminaladagolás után hypoglykaemiát és cukormegterhelés kapcsán elnyujtott vércukorgörbét észleltek. Az elmondott kisérleteket mind nyulakon végezték. Mi a phenylaethylbarbitursavval végzett kisérleteinkben ezen szer hatására sem a négy órán át vizsgált vércukorszint értékében, sem pedig a cukormegterhelés kapcsán észlelhető vércukorgörbében semmiféle lényeges változást nem észleltünk. Hasonló eredménnyel zárultak a diabeteses betegeken végzett vizsgálataink.

Ugyancsak hatástalannak bizonyult ebből a szempontból az *allylphenyl-barbitursav* is.

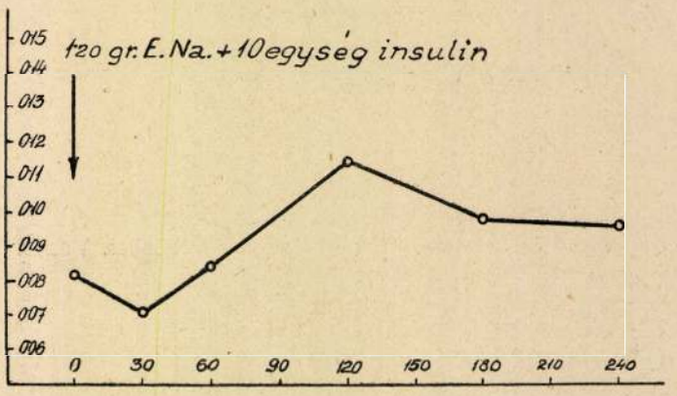
A következő készitmény, melyet vizsgálat tárgyává tettünk az a diaethylbarbitursav és az allylisopropylbarbitursav combinatiójából álló *somnifen* volt. Ezt a készitményt 1—2 ccm-es adagokban intramuscularisan, de javarészt intravenásan adagoltuk. Ezzel a készitménnyel végzett állatkisérletek sem mutatnak egységes képet. *Horsters* és *Brugsch* azt tapasztalták, hogy a somnifen az állatok egy részében emeli, más részében csökkenti a vércukor szintjét. *Eisler* és *Hemprich* nyulakon végzett kisérleteikben azt tapasztalták, hogy somnifen hatására a cukormegterhelésre beálló hyperglykaemia a rendesnél kisebbfokú, azonban a vércukorgörbe elnyujtott jellegű. Mi a kisérleteinkben azt tapasztaltuk, hogy a somnifen 4 órai megfigyelés alatt az éhgyomri vércukorszintet lényegesen nem befolyásolja. Ugyancsak hatástalan a cukormegterhelés kapcsán észlelhető vércukorgörbére. Ez vonatkozik a diabetikus szervezetre is. Egyes esetekben azt észleltük, hogy a cukormegterhelés hatására beálló hyperglykaemia a normalisnál alacsonyabb szintet ér el. Ezt különösen normalis cukorszabályozással biró egyéneken tapasztaltuk.

Természetesen nem minden egyén aludt el az imént felsorolt készitmények hatására, hiszen vizsgálatainkat reggel kezdtük el. Továbbá nem mindegyik betegünknek volt azonos az alvás ideje és mélysége. De az itt felsorolt eredmények lényegükben megegyezőek voltak, akár aludt a beteg a kisérleti idő alatt, akár nem.

E kisérletsorozat kapcsán megvizsgáltuk a kórházunkban is gyakran használt és jól bevált intravenásan adható narkotikumnak, az *evipannatriumnak* hatását a vércukorszintre. *Weese* kisérletei révén bebizonyitotta, hogy ez a barbitursavas készitmény aránylag rövid idő alatt a májban bomlik le. Az esetleges kellemetlen toxikus hatások kikerülése céljából csaknem minden betegünkön, főleg azonban ott, ahol májlaesio gyanuja forgott fenn, galactose megterheléses májfunctiós próbát végeztünk és csak olyan betegen alkalmaztunk evipannarkosist, akinek a májfunctiója rendesnek bizonyult. Hogy műtét kapcsán az evipannatrium befecskendezésének egyenletes voltát biztosithassuk és biztosan kikerülhessük azt, hogy az a vena, amelybe a befecskendezést eszközöljük, az adagolási szünetekben be ne alvadjon, a *Sándor*-féle készüléket használtunk, mely a fenti követelményeknek tökéletesen megfelel. Ennek a készüléknek megvan az az előnye is, hogy az oldalt elhelyezett fecskendőn át, ha szükség merülne fel, egyazon venába excitánsokat, illetőleg kardiacumokat fecskendezhetünk. Az evipannatriummal végzett kisérletek, melyeket kórházunk igazgató-főorvosával *Sándor István dr.*-ral közösen végeztem, a következő eredményeket mutatták: az evipannarkosisban végzett műtétek kapcsán, mint az az 1. számú ábrából is látható, hyperglykaemia jelentkezik. Ez a hyperglykaemia az evipannal egyidejüleg adott insulin hatására időbelileg kitolódik és lényegesen kisebb fokú (2. sz. ábra.).



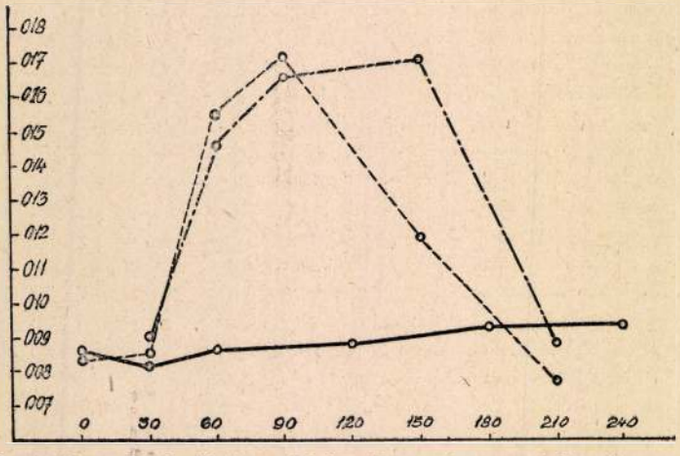
1. sz. ábra. Sz. R. 22 éves, 52 kg. D.: appendicitis chronica. Mütét: appendektomia. Abscissa: idő percekben. Ordinata: vércukorszint %-ban.



2. sz. ábra. G. I. 37 éves, 63 kg. D.: hernia inguinalis l. d. Mütét: Bassini f. mütét. Abscissa: idő percekben. Ordinata: vércukorszint %-ban.

Ismervén azt a régi kisérleti tényt, hogy az érzőidegek izgatása a vércukorszint emelkedését váltja ki, amely hyperglykaemia *Morita* vizsgálatai szerint nagyagyirtott állatokon is létrejön, kérdéses volt most már az, hogy az evipannarkosisban végzett műtétekben észlelhető vércukorszintemelkedés nem vezethető-e vissza a régen ismert operativ hyperglykaemiára. Valószinűvé tették ezt *Weese* kisérletei is, aki állatkisérleteiben azt tapasztalta, hogy evipan hatására a vércukorszint nem változik. És tényleg ha mi egy olyan emberen végzünk evipannarkosist, akit nem operálnak, az éhgyomri vércukorszint öt órai megfigyelés alatt normalis marad.

Végül egy érdekes észlelésünkről szeretnénk beszámolni. Kisérleteink kapcsán három olyan embert találtunk, akinél normalis éhgyomri vércukorérték mellett cukormegterhelés hatására a vércukorgörbe elhúzódó jellegű volt. Ezeken is megvizsgáltuk az elmondott készitmények hatását, s azt tapasztaltuk, hogy az általunk használt gyógyszerek közül az intramuscularisan adott luminálóldat 1 ccm-e, mely 0.20 gr hatóanyaggal bir, a cukormegterhelés kapcsán észlelhető pathoglykaemiás görbét normalissá tudja tenni, illetőleg ennek hatására az a normalishoz közeleső képet mutat (3. sz. ábra).



3. sz. ábra. H. L. 26 éves, 76 kg. D.: post appendektomiam. —— = 1 ccm (0.20 g) luminal intramuscularisan; — , — = 50 g dextrose; - - - - - 0.20 g luminal, 30 perc mulva 50 g dextrose. Abscissa: idő percekben. Ordinata: vércukorszint %-ban.

Allylphenylbarbitursav ebből a szempontból hatástalan volt, egy kevésbbé kifejezett esetben a somnifentől sem láttunk lényeges hatást. Tudom, hogy az általunk észlelt, ezen esetek száma még kevés ahhoz, hogy szabályszerűnek minősitsük ezt a hatást, azonban ez olyan ritka kórkép, hogy egy év alatt nem észleltünk több ilyen reactiójú beteget. Mindenesetre be akartunk számolni erről is, annál is inkább, mert bizony sokszor nagy nehézségekbe ütközik az ilyen, a normalistól eltérő regulatióval biró betegek kezelése. Ezekben azt tapasztaljuk, hogy pl. hosszú ideig panaszmentesek, s egy az idegrendszert jobban igénybevevő munkaperiodus vagy lelki trauma után fáradékonyak, ingerlékenyek és az általuk megszokott táplálkozás mellett, melyet azelőtt jól toleráltak, egyszerre glykosuria jelentkezik. Lehet, hogy ilyen esetekben a domináló ok a központi idegrendszer túlingerlékenysége, mely ráterjed a cukorszabályozó központra is. A luminált jó eredménnyel szokták használni megnyugtatóként is és lehetséges, hogy az előbb vázolt hatása abból áll, hogy az ilyen esetekben fokozott ingerlékenységgel biró vércukorközpontra megnyugtatólag hat. Hangsúlyozni akarjuk, hogy ez csak feltevés a mi részünkről és a luminal ilyen irányú hatását még nem akarjuk szabályszerüenk minősiteni.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy

1. a phenylaethylbarbitursav, az allylphenylbarbitursav és a somnifen therapiás adagokban a normalis cukorszabályozással biró, továbbá a diabeteses ember vércukorszintjét és vércukorszabályozó-képességét ártalmasan nem befolyásolja.

2. Az evipannarkosisban észlelhető vércukorszintemelkedés a műtéti beavatkozás következménye.

3. Néhány észlelésünk szól amellett, hogy olyan egyéneken, akiknél normalis éhgyomri vércukorérték mellett cukormegterhelés hatására a vércukorgörbe elhúzódó jellegű, az intramuscularisan adott luminal a vércukorszabályozást a rendes mederbe tudja terelni.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Bildizsár:* 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 székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet közleménye. (igazgató: Strösznер Ödön egyet. rk. tanár.)

Typhus-terjesztők-e a legyek?*

Irta: *Joós Ilona dr.* osztályvezető.

Amerikai kutatók az elsők a mult század végén, akik szóvátették azt az összefüggést, ami észrevehető a légyszaporulat és a typhusos megbetegedések között. *Veedernek* 1898-ban, a spanyol-amerikai háború alkalmával folytatott megfigyelései szerint, az egészségügyi berendezéseket nélkülöző amerikai táborokban fellépő nagyarányú typhus-járvány terjesztői elsősorban a tábor minden részét (konyha, latrinák) ellepő légyrajok voltak. *Skiner* írja később (1907.), hogy a spanyol-amerikai háborúban elesett amerikaiak száma 454 volt, ezzel szemben typhusban 5277-en pusztultak el. Az ő véleménye is az, hogy a fertőzés legnagyobb valószínűséggel a legyek útján történhetett. Ezt igazolták azok a megfigyelések is, hogy olyan sátrakból, ahol légyháló volt felszerelve, jóval kevesebb typhusos beteg került ki, mint ahol légyhálóval nem védekeztek.

Nálunk 1914-ben *Günther* nagyobb tanulmányt írt erről a kérdésről a szabadkai typhus-járványok tárgyalásával kapcsolatban. 5 év typhus-megbetegedéseivel foglalkozva, a typhusgörbék typusa, a hőmérséklet és a legyek megjelenési ideje között szoros összefüggést és párhuzamot talál.

Ugyanerre a következtetésre jutott *Petrilla* is, mikor az okot kereste az időjárás és a typhus-járványgörbe összefüggésének vizsgálatakor.

Sághy a budapesti typhusmegbetegedésekről írt tanulmányában, amelyben 4 év adatait dolgozta fel, minden kétséget kizáróan bebizonyítottnak veszi, hogy „A nyári hastyphus esetek száma kötve van a legyek szaporodásának biologiai fokozatához."

Graham-Smith a csecsemők nyári hasmenés-okozta halálozását vizsgálva azt találta, hogy Angliában és Walesben 1906-tól 1926-ig 31%-ról 8%-ra csökkent a halálozás. Az okot abban találja, hogy ugyanezen idő alatt a lovaskocsik száma 4,100.000-ről 100.000-re szállott le; ezzel összefüggésben csökkent a legyek száma is (kevesebb trágya, kevesebb légytenyésztő hely).

Ezek azok az észlelések és következtetések, amelyek szerint majdnem kétséget kizáróan szerepe van a légynek a typhus terjesztésében. Most lássuk a tárgyi bizonyítást: a typhus bacillus kitenyésztésének lehetőségét légyről és légyből.

Ficker Lipcsében olyan házból fogott legyekből tenyésztett ki typhus bacillust, ahol 8 typhusos beteg feküdt. Ugyanő mesterségesen fertőzött legyekből (typhus bacillus tenyészetével etette) a fertőzés után még 23 nap mulva is ki tudta tenyészteni a typhust. *Hamilton* Chicagoban 18 légy közül ötről tenyésztett ki typhust. A legyeket két árnyékszékben, a háznak a falán és a typhusos beteg szobájában fogta. *Klein, Faichinie, Graham-Smith, Cochran* szintén megtalálták legyeken a typhust. *Gózony* és *Markos* typhusos kórteremből fogott legyek 15%-ában tenyésztették ki, míg a mesterségesen fertőzött nyüvekből kikelt legyekből még 52 nappal a fertőzés után is megtalálták a typhust. Kisérleteikkel azt is bebizonyították, hogy, ha a légy nyü korában fertőződik, a kifejlett légyből is ki lehet mutatni a typhust, tehát megvan a valószinűsége, hogy tovább is adhatja a fertőzést.

Igen érdekesek azok a kisérleteik is, melyek a légy útján történő átvitelt bizonyítják: typhus muriummal fertőzött legyeket 24 óráig friss tej fölé zártak, másnap a tejet 3 egérrel megitatták. Mind a három egér a hetedik, nyolcadik, illetve a huszonnyolcadik napon elpusztult. A beteg egérrel összezárt legyekkel ismét fertőztek tejet, amelyet újra megitattak egerekkel. A második csoportbeli egerek szintén megbetegedtek és elpusztultak, mégpedig rövidebb idő alatt, mint az első kisérletben, mert az állatpassage a kórokozó virulentiáját fokozta.

Ezzel szemben *Ledingham* typhus bacillussal fertőzött legyek utódjaiból nem tudta biztosan kimutatni a typhust és ezt azzal magyarázza, hogy a lárvában és bábban élő más bakteriumok nagyon megnehezítik a typhus kétségtelen kimutatását. *Messerschmiedt* typhusos betegszobából,valamint typhussal fertőzött nyulak istállójából származó legyeket vizsgált és sem a lábukról, sem a szívójukról, de a szétnyomott legyekből sem tudott typhust kitenyészteni. Ugyancsak negativ eredménnyel végződött az a kisérlet is, amit a typhusos nyulak istállójának porával végzett. Ő ebből arra következtet, hogy a legyek és a por nem játszanak nagyobb szerepet a typhus terjesztésében. *Nicoll* vizsgálatai szerint a lehetősége ugyan megvan, hogy a légy tárgyi átvivője lehessen a typhusnak, azonban ez egyáltalában nem jelentős. Felhívja a figyelmet arra is, hogy a légy gyomrában közönségesen is él egy bacillusfajta, amely táptalajokon egészen úgy viselkedik, mint a typhus, különbség csak az, hogy nem mozog és fajazonos savót nem agglutinál. Szerző nem említi, vajjon állatoltások után — sorozatos állaton való átvitel után — hogyan viselkedik ez a bacillus.

Nekünk egy alkalommal sikerült légyből igazi typhust kitenyészteni: tömeges typhusmegbetegedés helyéről, ahol a tisztasági követelmények igen kevéssé voltak alkalmazásban, a konyhában és a konyha melletti irodahelyiségben felfüggesztett légyfogó papiroson levő legyeket vizsgáltuk. A légyfogó papirosok 10—12 naposak lehettek, körülbelül az első megbetegedések időpontjában függesztették ki őket. Voltak rajta teljesen száraz és még élő legyek is. Kiégetett csipesszel egyenként 30—40 legyet tettünk brillantzöldes levesbe, az egészen régi és a még félig élőkből vegyesen. A levesekből 48 óra mulva Wilson-Blair-féle táptalajra szélesztettünk; 24 óra mulva 2 lemezen igen bőven találtunk a táptalajt reducáló fekete telepeket (a Wilson-Blair táptalajon a typhusfélék a reductio következtében fekete színnel nőnek). Az agarra átoltott két törzset az 1 : 100 hígitású typhus-serum a próbaagglutinatiós kisérletben jól agglutinálta (a typhusserum titere 1 : 50.000). Függőcseppben kielégítő mozgást láttunk. A különböző cukros táptalajokon typhus módjára viselkednek és az 1 : 50.000 titerű serummal beállítva 1 : 1600-ig agglutinál mind a két törzs. A beoltott egereket 3 nap alatt pusztították el, szívvérből tisztán kaptuk meg a törzseket. Bár csökkent agglutináló képességű, de kétségtelenül typhusnak bizonyult két törzset tudtunk tehát kitenyészteni a legyekből. A százalékos mennyiség ugyan nem nagy, mert ha hozzászámítjuk, hogy még három vagy négy ízben próbáltuk 20—24 léggyel esetenként a kisérletet negativ eredménnyel, úgy csak 1 és ¼ százalékban sikerült a kórokozót megtalálni olyan környezetben, ahol minden kedvező feltétel megvolt ahhoz, hogy a legyek megfertőződhessenek.

Ezzel kapcsolatban megemlítem, hogy a fertőző kórház typhusbeteg pavillonjaiból több mint egy éve vizsgáljuk sorozatosan a legyeket, de eddig még *egy esetben sem* sikerült typhus bacillust találnunk, colit és proteust is csak 50%-ban. Ezt azzal magyarázhatjuk talán, hogy a kórtermekben kevés a légy, jobban ügyelnek a tisztaságra

* Előadásra került a Magyar Hygienikusok Társasága 1935. novemberi ülésén.

és légyfogó papir nincsen, amin a befertőződött légy helyben rögzítődnék.

Kérdés, mi lehet az oka annak, hogy eddig ilyen kis százalékban sikerült a fertőző csirákat kimutatni a légyről, arról az élőlényről,amely igazán minden piszokra, fertőző anyagra eljut és nem tételezhető fel, hogy a lábain, testén, gyomrában ne hurcolná tovább a bakteriumokat. Ha eltekintünk a kitenyésztés technikai hibáitól, amely a folyton tökéletesedő táptalajokkal mind kevesebb lesz, feltétlenül élettani okokra kell gondolnunk. A mesterséges fertőzés nagyon durva ahhoz, hogy abból következtetni tudjunk. A természetes fertőzésnél legtöbbször igen kicsi az a mennyiség, ami a kórokozó csirákból a légyre kerül, talán nem is jut minden légyre belőle. Nem egyszer megtörténik például, ha typhusos, dysenteriás székletet több tenyésztő lemezre kikenünk, hogy a lemezek közül egykettőn nem tenyészik ki a kórokozó. Igy akadhat a legyek között is olyan, amely — bár érintkezett a fertőző bakteriumokat tartalmazó anyaggal — nem tapadt rá bakterium is. Ebből megint az következne, hogy, ha a légy bűnösségét következetesen, minden esetben be akarnánk bizonyítani, sokkal nagyobb mennyiségű és lehetőleg a helyszínen rögzített legyet kell feldolgoznunk. Ezt azért tartanánk fontosnak, mert ismerve a légy természetét, az nem marad állandóan a fertőző forrásnál, hanem szétrepül. A másik feladat pedig az volna, hogy végleg eldöntsük, csak tárgyi átvivője-e a légy a typhusnak, vagy pedig a typhus hosszabb ideig elélhet benne természetes körülmények között is és ha benne él, történhet-e valamilyen változás a bakteriumok tulajdonságait illetőleg. Ezt pontosan megint csak úgy vizsgálhatjuk, ha szigorúan igyekszünk a természetes állapotokat utánozni.

Egy súlyos lefolyású typhus-járvány.

Irta: *Markos György dr.*, szfőv. tiszti orvos.

Budapest székesfőváros X. kerületében a folyó 1935. évi typhus évszakban, augusztustól októberig, a szétszórtan előforduló egyes typhus esetek száma igen kevés volt. Ezzel szemben egy a Rákospatak mellett fekvő kertésziskola telepén szeptember első napjaiban kirobbanásszerűen ütötte fel fejét a járvány. Ez a megjelenés, rendkívül nagy megbetegedési százalék, a 28.6% halálozás, s a teljesen kiderített járványforrás, indokolják, hogy ismertessem a lefolyását.

A színhely a városhatárban fekszik, intenátussal, munkáslakásokkal bíró kertészeti telep, sűrűn lakott részektől távol és elkülönítve, mintegy 40 hold területen. A telep népessége, egymástól több száz méter távolságra eső három épületcsoportban lakik. Az internátus növendék-létszáma 54, az állandó alkalmazottak és családtagjaik 25 főt tesznek ki, a járvány kitörésekor 50—60 vidéki munkás is dolgozott a földeken. Közművek nincsenek, a vízszükségletet három szivattyús kút szolgáltatja. A kertésznövendékek és állandó személyzet egyrésze, összesen mintegy 60 ember, az intézeti konyhából étkezett.

Az első typhusgyanús megbetegedést szeptember 5-én jelentette az OTI kezelő orvosa, szeptember 7-ig kettőre emelkedett a typhus betegek száma. A következő héten 22 hastyphusnak bizonyult beteg kerül a járványkórházba, szeptember második felében csupán kettő és október első napjaiban még két utolsó megbetegedés volt. Összesen tehát 28. Logikusan ide kell soroznom a közvetlen szomszéd kertész gyermekének s a közeli vendéglő alkalmazottjának megbetegedését, akik a közelben lezajló járvány útján juthattak fertőzéshez.

Maga a járvány egész megjelenésében úgy bontakozott ki, hogy következtetni kellett arra, hogy az áldozatok túlnyomó része egyidőben, közös forrásból fertőződött. Az ilyen váratlanul és átmenet nélkül magasra szökkenő járványgörbék a víz és tej által okozott infektiók ismérvei. Jelen esetben az első beteg az internátusi konyha újjonnan alkalmazott szakácsnője volt. Augusztus 8-án állt szolgálatba, Zsámbékról jött, a fertőzést tehát onnan, előző lakóhelyéről hozta, mert egy héttel később már betgeskedni kezdett. Uj alkalmaztatása érthetővé teszi, hogy lassan kifejlődő betegségét ameddig lehetett titkolta és augusztus 27-éig főzött a konyhán. Sajnálatos, hogy betegsége diagnostizálásáig, még további egy hét telt el. Igaz ugyan, amint a későbbiekben elmondandó adatok is arra utalnak, hogy a fertőzés átvitele kizárólag arra az időre esik, amíg a konyhán aktíve működött és a személyzeti szobában betegen töltött időszakban már nem volt okozója újabb infectiónak.

Hogy a járvány kiinduló pontja a megbetegedő szakácsnő volt, első pillanattól kezdve kétségtelennek látszott. A fertőzés útja a konyhán és az onnan kikerülő élelmen keresztül vezetett, mert az összes megbetegedők, kivétel nélkül a közös konyháról étkezők közül kerültek ki és az a csoport, amely nem innen kapta élelmét, kivétel nélkül egészséges maradt. Augusztus 27-én vonult be az intézetbe kilenc újjonnan felvett növendék, ugyanekkor tért vissza szabadságáról a vezető tanár és két alkalmazott, ezek közül, noha ezen időponttól kedve a konyháról étkeztek egy sem betegedett meg. Viszont azon 55 egyén közül, akik augusztus 27-ike előtt a veszélyeztetett konyháról kapták ellátásukat, 28-an megbetegedtek. Példátlanul tömeges és virulens infectióról tesz tanubizonyságot ez az 50%-ot meghaladó morbiditási arány. Ennél csak a halálozási arányszám megdöbbentőbb, mert a járványt okozó szakácsnőn kívül, még öt intézeti növendék életét követelte az epidemia, ami 28.6%-os mortalitásnak felelt meg. Mivel a kutak vizéből azon csoportok is ittak, melyek nem a konyhóról étkeztek és ezen csoportok tagjai mind egészségesek maradtak, az ivóvíz szerepe eleve ki volt kapcsolható. Tejet a kertészet saját tehenészete szolgáltatta, ennek tejét a helybeli konyhán kívül a fertőződési időszakban is egyik fővárosi magánkórház használta fel, ahol szerencsére szintén nem okozott fertőzést. Ezzel igazolva látszik az is, hogy a fertőző anyag továbbvitelében a tejellátás nem játszott szerepet. Természetes, hogy a járvány felismerésének pillanatától kezdve a közelség miatt mégis veszélyeztetett tehenészeti tejnek forgalombahozatalát eltiltottam és csak az utolsó megbetegedés után három héttel az ápoló és kezelőszemélyzet többszörös bakteriologiai negativ vizsgálata és szigorú óvintézkedések előírása mellett engedélyeztük azt újra. Megemlítem itt, hogy a „járványkonyhán" a tehénistálló közelsége és elhanyagolt védekezés miatt első vizsgálatomkor még óriási tömegű legyet találtam, melyek ha jelen esetben nem is voltak okvetlenül szükségesek az infectió létrejöttének magyarázatához, a fertőzés létrejöttében szerepet játszhattak és közvetíthették a szomszéd telken fellépő két csatlakozó megbetegedést. Annál is inkább feltételezhető ez, mert ezen járvány esetén elsőízben sikerült a járvány helyszínén gyüjtött házilegyekből a szfőv. bakteriologiai intézet osztályvezető főorvosának dr. *Joós* Ilonának és munkatársának *Wietorisz* dr.-nak virulens typhus bakteriumokat kitenyészteni.

A járvány kezdetén a telep egész bentlakó és bejáró népességét bakteriológiai széklet és Widal vizsgálatnak

Előadásra került a Magyar Hygienikusok Társasága 1935. novemberi ülésén.

vetettük alá. Ennek végeztével az egész népesség — több mint száz ember, — három védőoltást kapott. A typhus vaccinát a szfőv. bakteriologiai intézett igazgatója bocsájtotta rendelkezésre. Az oltásokat az internátus orvosa végezte. Bacillusgazdát, mint várható is volt, egyet sem találtunk. A Widal-reactio tíz esetben gyengén positív eredményt adott. Ezek közül kettő régebben esett át a betegségen, illetve védoltást kapott; kettő rövidesen meg is betegedett, a fennmaradó négy egyén előéletében nem volt adat, ami a positivitást indokolta volna, nem is betegedtek meg, s ismételt székletvizsgálattal sem bizonyultak gazdáknak. Külön kiemelem a 10 positivitás közül a fennmaradó két kertészgyerek esetét. Ezeknél szeptember 9-én a Widal már positív volt és pedig J. F. 1:50, F. M. 1:100 agglutinált. Egész szeptember hónap folyamán egészségesnek érezték magukat, dolgoztak és időközben ők is megkapták a három védőoltást, az utolsót szeptember 26-án. F. J. a harmadik oltás után két napig lázas volt, utána láztalan lett, majd október 1-én újra lázasan typhus gyanuval kórházba került, ahol typhusosnak bizonyult. F. J. október 8-án szintén megbetegedett. Mindkét esetben feltehető, hogy a fertőződés augusztus végén a többiekkel egyidőben történt és szeptember 9-én a vizsgálatkor talált agglutinátiós titer jelezte, hogy a lappangó infectio fennáll, a lappangás azonban, minthogy az átlagos fertőződési időpontot augusztus 25-ike körül kell felvenni J. F.-nél 36 és F. M-nél 44 napig tartott. Mindenesetre vitatható, hogy a lappangás elnyújtásában milyen szerepe volt az időközben alkalmazott három védoltásnak, vajjon oka volt e az incubatio meghosszabbodásának, avagy mindkettőnek csekély volt a hajlama a megbetegedésre és esetleg csak az oltás aktiválta a rejtetten maradó fertőződést. F. J. esetében az utóbbi, F. M.-nél az előbbi magyarázat elfogadhatóbb. Augusztus 25-ét véve fel a fertőzés valószínű időpontjául a lappangási idő 22 esetben 15—17 napra tehető; ennél rövidebb volt 1, hosszabb 4 esetben. Minden esetre a fent elmondott esetből bizonyítottnak kell tekinteni, hogy kivételes esetekben az incubatio 44 napig is eltarthat. A halálos végű hat megbetegedés a járványt okozó és ismeretlen helyen és időben fertőződött első betegtől eltekintve a rövid lappangási idő után először jelentkező megbetegedések közül került ki.

Végigtekintve a járvány szomorú beszámolóján, önkéntelenül keresi az ember a hibát, ami létrehozta és tanulságot, amelynek révén más esetben volna mód a megelőzésre.

Meg kell állapítanom, hogy bár a kertésztelep és internátus hygiénés viszonyai ellen kifogás bőven akadt a multban, ezeknek a járvány keletkezésében és kifejlődése méreteiben ezúttal vajmi kevés szerepük volt. Míg a vidék, Budapest szükebb környéke és az egész ország typhussal a maihoz hasonló mértékben fertőzve van, minden hasonló intézmény és nagyobb vagy kisebb számú közösséget ellátó konyha és élelmezési üzem ki van téve ilyen szerencsétlen véletleneknek. Ha gyakorlatban keresztül tudnánk vinni azt a kívánalmat, hogy minden konyhai és élelmiszer üzemi alkalmazott ismételt és állandó bakteriologiai ellenőrzés alatt legyen, szerencsétlen sorsú szakácsnőnk ezen a szűrőn is átjutott volna. Mert ki tud diagnostisálni mai módszereinkkel egy egészen friss typhusfertőzést az incubatió legelején. Az hogy a konyha vezetője késlekedett orvossal megvizsgáltatni a baját rejtegető alkalmazottat, mindenesetre hiba volt, de hányszor fordul elő, hogy maga az orvos sem gondol 8—10 napig typhusra a betegség korai szakában. Bele kellene vinni úgy a laikus, de még az orvosi köztudatba is a jelenleginél jobban, hogy augusztustól októberig Magyarországon typhus évszak van, amikor minden lázas és határozott diagnosist nélkülöző beteg typhusra gyanus és minden lázas beteg azonnal elkülönítendő a konyháról és élelmiszerüzemből. És végre ismét csak az a tanulság ebből az esetből is, hogy Budapest typhusmentessége csak az egész ország mentesítésével lesz majd végleg megoldható.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár.)

A katarakta dilaceratáról.*

Irta: *Tóth Zoltán dr.* klin. tanársegéd.

A látszólag szerkezetnélküli lencsén réseslámpával 10 réteget különböztethetünk meg. E rétegek más és más fejlődési szakból valók. Az újszülöttnek lencsetokján belül csak embryonalis magja van, körülbelül egyéves korban megjelenik a kéreg, pubertas idejére esik az öregkori mag fejlődésének kezdete. A lencse e különböző rétegei a hályogot előidéző ingerekre morphologiailag is különböző, de mindig a rétegre jellemző hályogféleséggel válaszolnak.[1] Vagyis bizonyos hályogtypusok csak bizonyos rétegben képződnek. Sokszor még a rétegnek is meghatározott s jellemző kiterjedésében támadnak. Pl. a katar. cuneiformis a kéreg egyik hályogformája, de az ú. n. subcapsularis zónájában nem észleljük *(Vogt)*.[1] Vagy a katarakta embryonalis axialis anterior csak az elülső varraton vagy közelében fejlődik, de sohasem a hátulsó varraton. A szervezet nagyobb változásainak idején támadt bajoknak nyomai maradhatnak a lencse megfelelő rétegeiben. Egyelőre még sokszor nem értjük meg e jeleket. Nem tudjuk, hogy e lencseváltozásoknak milyen az egész szervezetben lezajló változások felelnek meg és hogy ezek hogy idézik elő a hályogot. Mindesetere igen fontos, hogy a lencserétegek eme fejlődési, biologiai és optikai önállósága folytán keletkezésük idejére következtetni tudunk, akár az évgyűrűkből a fa korára. A tok és embryonalis mag hályogjai csak intrauterin eredetűek lehetnek, veleszületett pl. a katarakta stellata, a pubertas idejére esik a coronaria keletkezése *Vogt* statisztikája szerint.

A katarakta dilacerata mint typikus maghályog valószínűleg a kora gyermekkorban támad, esetleg világra hozott változások folytatásaként. *Vogt* nevezte el és határozta meg lényegét: Katar. dilaceratán érti a mélyebb magrészekben fejlődő hályogfajtát, mely főként az embryonalis mag és környékén található. A homályok rétegesen terülnek el, mohaszerűen elágazódnak, kékes, kékesszürkések, hol apró foltok, hol szitaszerűen átlyuggatottak. Gyakran szegődik hozzá katar. stellata ant., vagy coronaria.[2]

Észlelt esetünk több adattal kiegészíti e hályogtypus kórképét, ezért tartjuk közlésre érdemesnek.

B. E. 10 éves leány került 1935. januárban klinikánkra. 6 éves kora óta veszi észre, hogy látása egyre gyengül s most már képtelen tanulni. Atyja tüdőbajos, szülei nem rokonok. Gyermekbetegsége nem volt. Más baja sem. 5 testvére él, egészségesek, 1 fiútestvérét 1924-ben hályoggal operáltuk. Közepesen táplált és fejlett.

Külsőleg szemei épek. Tensio normalis. Sachs lámpával átvilágítva bulbus, iris nem áttünőbb az átlagosnál. Belgyógyászatilag negativ.

---

* Bemutatta az MSzT 1935. I. 19. ülésén.

[1] Graef's Archiv 108. K. 192, 219—228. o.

[2] A. Vogt. Spaltlampenmikroskopie II. 455. 460. o.

Látása j. sz. 2/0 5/0 szük likkal sem jobb
b. sz. 3/0—3.0 Dsph = 4/0 cyl. üveg nem javít.
Javal 2.75 Dtg. 95°

Focalis világításnál: a tág pupillán át (területében) szabálytalan hosszabb, rövidebb vonalszerű, majd foltos szürkés, olykor kékesszürkés homályok a lencse középső részében. Az elülső varrat széttöredezett, de a töredékből reconstruálható főként a bal szemen. A hátsó varrat egész. Az intervallum rétegben homály nincs.

Átvilágításkor: concav tükörrel több irányból megvilágítva a lencsét kaleidoskopszerűen változó árnyékjáték: hol töredezett, hol sugaras árnyékok váltakoznak gyorsan. Az árnyékhaladás irányát megállapítani nem lehet. Fejünket a szem előtt ide-oda mozgatva a lencse közepe táján sugárirányú vöröses csikok kigyóznak (a homályok között átütő szemfenéki vöröslés). A fundus forditott képben torzan ugyan, de látható, kóros nincs.

Réseslámpa vizsgálat: a külső és belső embryonalis magban és környékén foszlányos kékesszürke homályok, helyenként zuzmóhoz hasonlítanak, közöttük tiszta közök. A kéreg és mag közötti határ elmosódott. A keskeny kéreg tiszta, coronariás homályok nincsenek. A zuzmószerű homályok concentrikusan feküsznek. Hátsó embryonalis varrat szürkés, vastagabb, nem töredezett, elágazása nincs.

E hályogtípus élesen elüt a gyermekkorban észlelhető és műtétrekerülő hályogformáktól. Különösek klinikai tünetei is. A különösebb változásokat mutató lencse sorsát tovább figyeltük.

1935. I. 21-én *Discissio* katar. o. s. a meghasitásra a lencse szinte szétrobbant, hirtelen sok apró részre töredezett. *Másnap* a mély csarnok tele van duzzadt lencsetörmelékkel, *tensio fokozott,* fájdalmak. *Csarnok-csapolással* kiürül a tartalom. 4. napon a pupilla tág, kevés residuum a pupilla szélénél, középen kb. 4. mm-nyi nyilás.

A bal szemen is hasonlóképen viselkedett a lencse tokhasítás után azzal a különbséggel, hogy már a műtéti nap éjszakáján fájdalmak léptek fel, s a szem kemény lett. Punctio corneae után 3. napon a szem békés, pupilla tág, kerek, orr felől vékony maradék. 1 hónap után távozik. Látása jobbon 15/0, balon 20/0-ra javul üveggel. Vöröstelen fényben a macula ép, a foveolaris reflex valóságos fénycsokor.

Szinte előre várható volt a lencse előbb leírt viselkedése a lencseváltozások miatt. A lencse sok apró részre hullott szét a tokhasítás után, nagy felületen gyorsabban szívódhatott tehát be a csarnokvíz s így már az első éjszaka tensio-emelkedéshez vezetett. Már másnap meg kellett csapolni a csarnokot. A lencse különös, de ezt a hályogfajtát jellemző változása hozta létre a szemtükri vizsgálattal a kaleidoskopszerű furcsa árnyékjárást. A vöröslő vonalak kígyózását a lencse középtáján a homályok közötti vonalas réseken átjutott szemfenéki vöröslés okozta bizonyos fejtartás mellett.

Valóban tehát egy hályogtypusról van szó. Jellemző, hogy a lencse széttöredezett, foszlányos, zuzmószerű szerkezetű. A kaleidoskopszerűen változó bizarr árnyékjáték szemtükri vizsgálatkor, szinte szétesik discissióra a lencse, s a sok apró lencserészlet gyorsan megduzzad, a műtétet követő éjszaka már nyomásfokozódás.

Vogt legfiatalabb betege 30 éves volt s katar. coronariával együtt észlelte a dilaceratát. Minthogy a coronaria csak a pubertas idején kezdődik, esetünkben nem volt meg. Az embryonalis varratok változását mi is észleltük katar. stellata formájában. Ez is előfordul dilaceratánál.

Keletkezési idejére nézve annyit mondhatunk, hogy az embryonalis varrat-hályogok intrauterin eredetűek. Látásromlást a gyermek azonban csak 6 éves korában — iskola — észlelt. Vagyis az intrauterin megindult hályogképződés a kora gyermekkorban továbbfolytatódott, s már 10 éves korban annyira előrehaladt, hogy műtétre volt szükség a látás érdekében. Máskor úgy látszik lassabban halad, coronaria csatlakozik hozzá a pubertas idején és csak jóval később kerül műtétre.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

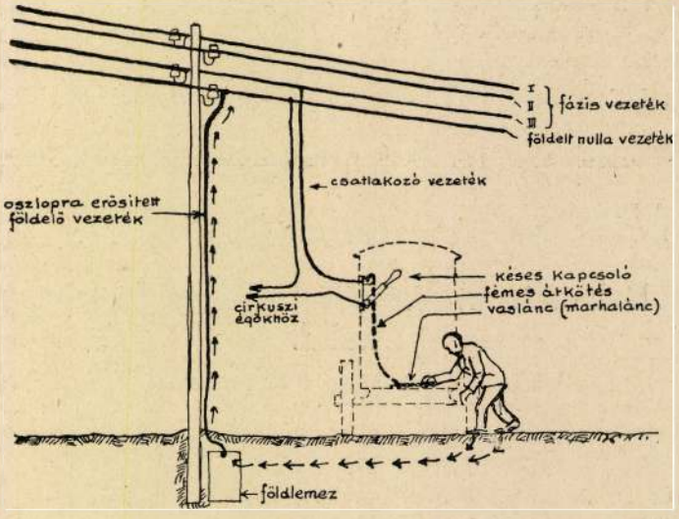
Tréfából okozott halálos végű villanyáram baleset.

Irta: *Görög Dénes dr.,*
egyet. magántanár, szombathelyi kir. törvényszéki orvos.

A villanyáram okozta halálos kimenetelű balesetek sorában olyan szerencsétlenségek is szerepelnek, melyek rosszul sikerült tréfa vagy csinytevés következményei.

Míg a legtöbb villamos árammal okozott balesetnél vagy a villamos vezeték, vagy villamos árammal működésbe hozott eszköz műszaki hibája, vagy esetleg a sértett egyén gondatlansága okozza a balesetet, addig a csinytevésből előidézett balesetek alkalmával szándékosan vezetik az áramot olyan helyre, ahol áram lenni nem szokott, s ahol a megtréfálandó egyén meglepetésszerűen jut az árammal érintkezésbe. Egy ilyen tanulságos észlelésemet kivánom a következőkben röviden ismertetni.

Nagyközség piacterén vándorcirkusz telepedett meg. A cirkuszi kocsik, melyek az alkalmazottak lakásául is szolgáltak és a cirkusz sátra oly módon nyert világítást, hogy a villamos művek szerelője az utcai fővezeték áramát szabályszerüen bekapcsolta az egyik kocsi belső falára erösitett u. n. késes kapcsolóra, mely az áramot a cirkusz telepén meglévő vezetékhálózatba közvetítette. E késes kapcsoló kikapcsolásával az áramszolgáltatás szünetelt. A délelötti órákban egyik 23 éves artista társait meg akarta tréfálni, s egy 3 méter hosszú dróttal a késes kapcsoló sarkához kötött egy kocsiláncot. A láncot a lakókocsi padlójára helyezte el. Ezután felszólította két alkalmazott társát, hogy a láncot emeljék ki a kocsiból. Az egyik felismerve a veszélyt, nem engedelmeskedett a felszólításnak, a másik a láncot megfogta, de mivel gummitalpú cipő volt rajta, enyhe bizsergésen kivül semmit sem érzett. Ezután a lánc változatlan helyzetben hagyásával mindhárman távoztak, s a kocsit nyitva hagyták.



A cirkusz 56 éves mezitlábas kocsisa, ki az előzményekről nem tudott, a kocsiban levő ostoráért akart benyulni, s közben jobb kezével megfogta a láncot. Ekkor áramütés érte, mely azonnali eszméletlenséget okozott. A szabályszerüen hosszú időn át folytatott élesztési kisérletek sem vezettek eredményre, a sértett meghalt. Az elektromos áram útját és a sértett helyzetét mellékelt ábra tünteti fel. Ezen ábrából kitünik, hogy a balesetet okozó áram a fázisvezetékből a késes kapcsolón keresztül a sértett jobb felső végtagján át haladt a testen és az alsó végtagon át a földbe, s innen

a földlemez és a földelt nulla vezeték közvetítésével záródott az áramkör. A 220 Volt feszültségü áram a sértettet ezek szerint egész testén átáramolta, az érintkezés bipoláris volt. Tekintve, hogy a sértett mezitláb állott, szemben a másik cirkuszi alkalmazottal, ki megelőzőleg gummitalpú cipőben állva csak enyhe bizsergést érzett, a nedves talajon meztelen talpbőre kevés szigetelést, kis ellenállást jelentett, az áram nagy mennyisége testébe jutott.

A boncvizsgálatkor az elhalt tenyerén 7 drb. 2—5 mm átmérőjü áramjegyet találtam, melyek a kérgesen megvastagodott tenyér hámján csak felületesek voltak: a kezek, vagy a tenyér ráncainak megfelelően tojásdad áramjegyek csak a felhám alsó rétegéig terjedtek, az irha nem tünt elő. A tölcséralakú áramjegyek némelyikének közepén mákszemnyi pörkösödést lehetett észlelni. A belvizsgálatkor zsigeri bővérüséget és a szív üreiben higan folyó vért találtam, amiből arra lehet következtetni, hogy a halál szívbénulás következménye volt. (Általában az áramütés okozta halál esetében a közvetlen halálok nem mindig azonos, a halál közvetlen oka lehet szív-, légzésbénulás, vagy a központi idegrendszer bénulása). A szív koszorús ereinek mérsékelt elmeszesedése hajlamossá tette elhaltat arra, hogy szíve megálljon.

Az elektromos áram ütésének veszélyességét egyrészt az áram feszültsége, másrészt az áram útjába iktatott szigetelés erőssége, az áram behatásának tartama, a behatolás, illetve áramkilépés helye, s végül a sértett egyén testi álapota, egyéni ellenálló képessége szabja meg. Az életveszélyes áramfeszültség igen tág határok között ingadozik. Míg alacsonyabb feszültségű, 50—60 Voltos áram is okozhat megfelelő egyéb körülmények között halálos balesetet, addig tízezer Volt feszültségű áram ütése sem feltétlenül halálos. A világítási célra használt áram alkalmas lehet halálos baleset előidézésére, mert e célra nem szoktak 110 Voltnál alacsonyabb feszültséget használni. Az áramjegyek az elektromos áram hővé átalakulása folytán keletkeznek, s bár keletkezésük módja sokban hasonlít az egyszerű égési sebhez, ezekkel mégsem azonos; megjelenési formájuk egymástól jól megkülönböztethető. Az ismertetett esetben igen kis kiterjedésü áramjegyeket találtam, mert az érintkezés rövid ideig tartott, s kicsiny felületre szorítkozott. (A Joule-féle törvény szerint az elektromos áramból fejlődő hő mennyisége egyenesen arányos az áramerősség négyzetével, a vezető ellenállásával és az idővel.).

A bíróság a tréfacsináló artistát, ki azzal védekezett, hogy nem tudta, hogy a világító áram veszedelmes baleset is okozhat, a büntetőtörvénykönyv 290. §-ában meghatározott gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt vonta felelősségre, s jogerősen egyhavi fogházbüntetésre ítélte.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár).

Rekeszizom-sérv által okozott hirtelen halál.

Irta: *Hidassy Dezső dr.* tanársegéd.

A hirtelen bekövetkezett halál egy ritkán előforduló esetét észleltük intézetünk egyik boncolása alkalmával. F. M. 32 éves férfi, kinek megelőzőleg semminemű panasza nem volt, a hajnali órákban hirtelen meghalt. A halottkémlést végző tisztiorvos a holttest boncolását kérte, melynek végzése alkalmával mindjárt a mellkas megnyitása után kitűnt, hogy a vastagbél nem a megszokott, nagyjából szabályos fordított U alakban helyezkedik el, hanem a jobb csipőtányértól 8 cm-re befelé és innen felfelé halad majdnem egyenes irányban, s a rekeszizmot maga előtt tólva, a gátor közepén felhatol a III. borda magasságáig. Itt majdnem ékalakban törik meg, s egyenes vonalban megy le a balodali csipőtányérhoz. A keskeny ívben megtörő csúcs a rekeszizom tasakjában foglal helyet s e tasak hártyaszerűen vékony. E tasak, mely a sérvtömlővel azonos, a vastagbél 23 cm hosszú részét foglalja magába, melynek a sérvtömlőben levő része a kezdetén 28 cm kerületű, míg a kilépő rész a ráhúzódó sérvtömlő által leszorítva 14 cm kerületű. A sérvtömlőből a vastagbélrészlet könnyen kihúzható. Lemérve a vastagbelet azt 156 cm hosszúnak találtuk, melyből 65 cm a felhágó, 23 cm a sérvtömlőben helyet foglaló, 68 cm pedig a leszálló ágra esik. A mellüreg magasságáig hatoló és nagy mértékben puffadt vastagbél a szivet balra nyomja, a jobb tüdő alsó lebenyét kifelé szorítja, a felfelé és kifelé nyomott felsőlebenyben pedig gömbölyűszélű, férfiökölnyi bemélyedést hozott létre. A szív ereiben és üregeiben folyékony vér volt található, a szíven kóros elváltozást találni nem lehetett. A szerveken a hirtelen halálnak megfelelő elváltozáson kívül kóros vagy mérgezésre utaló jeleket feltalálni nem lehetett, így fel kellett vennünk, hogy a mélyen a mellüregbe nyomuló és a szívet balra toló — felvehetőleg veleszületett rekeszizomsérv, illetőleg a sérvtömlőben helyet foglaló vastagbélrész időleges puffadása által létrejött nagyobb, szívre ható nyomás idézte elő a hirtelen halált.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár).

Hólyagképződés akasztás esetén.

Irta: *Hidassy Dezső dr.*, tanársegéd.

Az akasztási barázdában és környezetében ritkán észlelhetjük az életben történt keletkezés jeleit. Ilyen jelet újabban kettőt észleltünk:

1. *H. I.* 20 éves szénkihordó, kötéllel összekapcsolt vaslánccal akasztotta fel magát az egyik szénpincében. Boncolása alkalmával a nyakon elül, a pajzsporc felső széle felett fekvő, kétoldalt harántul és kissé felfelé haladó rácsszerű, a lánczemeknek megfelelő, részben halvány, részben barnásan beszáradt rajzolat ismerhető fel, mely alig ½—1 mm mélyen nyomul a nyak bőrébe, helyenként elcsúszás okozta finom hámhorzsolódást mutat. A nyak jobboldali részén a rajzolat szélei mentén 5 drb. gyufafejtől—borsónyi nagyságú, gyöngyházfényü, savóval telt hólyagot találtunk, melynek tiszta, finoman opalescáló tartalma 5%-nyi fehérjét, néhány fehérvérsejtet tartalmazott.

2. *K. I.* 63 éves fütő kétszeresen vett cukorspárgával akasztotta fel magát a munkahelyén lévő gépházban. A typusos akasztásnak megfelelő barázda két, egyenként két-három mm széles sávból áll, melyek szorosan egymásmellett fekszenek és a mintegy 1 mm-nyire kiemelkedő bőrsáncon vérzéses pontok ismerhetők fel. A nyak jobboldalán az állkapocsszeglet alatt a barázda alsó szélénél kettő, borsónyi opálos színü savóval telt hólyag észlelhető, melyek tartalma az előbbi lelettel egyezett.

A feltalált, az akasztási barázda mentén lévő hólyagképződésről találunk adatokat az irodalomban, így *Marx, Schulz, Liman, Hofmann* közöl eseteket, melyek keletkezésének magyarázatára felveszik, hogy a felületre ható nyomás a szabadon lévő nyomásmentes területre préseli át a szövetnedveket, és a felhám felemelkedése után hólyagképződés jön létre. *Marx* szerint könnyebben jön létre hólyagképződés a kettős barázda közti bőrsáncon. Míg a keletkezés magyarázatában a vélemények megegyeznek, sőt hólyagképződést észlelt és írt le *Kreibich, Weidenfeld, Walcher* földomlás által eltemetetteken is, ugyanúgy magyarázva azok létrejöttét, addig a hólyagok életben történő keletkezésére vonatkozólag megoszlanak a vélemények. *Schulz* halott kisérleteken kettős akasz-

tási barázda között lévő területeken hólyagképződést hozott létre, *Marx* viszont az életben történő keletkezés mellett tör lándzsát. A földomlás által eltemetetteken észlelt hólyagokat *Weidenfeld* gyermekholttesten, *Walcher* és *Vogel* csecsemő-halottkisérleteken is létrehozta és így ezeket a sérülés életben történt keletkezésére nem tartja alkalmasnak. *Haberda* a *Schulz* által létrehozott kisérleti hólyagok magyarázatául felveszi, hogy a holttestek bőre már rothadásosan beivódott lehetett. Az intézetben feltalált esetekben a holttestek rothadásáról nem lehetett szó, azok a halál bekövetkezése után 2—3 óra mulva kerültek be az intézetbe november, illetve december hónapokban s a hólyagok már a behozatalkor észlelhetők voltak. A hólyagok életben, vagy halál után történt keletkezésének eldöntésére az intézet hirtelen halottjain 20 esetben végeztünk kisérletet, részben a nyakon, részben a felső és az alsó végtagokon zsineg, cukorspárga, villanydrót átkötéssel, egyes és kettős, illetve többes barázda létrehozatalával iparkodtunk hólyagokat előidézni. A lekötéseket a halál beállta után 1-6 óra mulva végeztük, 24—48 órán át +5—10 C fokon, majd néhány óráig +18—22 C fokon tartottuk a halottakat, hólyagképződést azonban egy esetben sem tudtunk felfedezni. Ha ezekhez hozzávesszük, hogy a hólyagok tartalma meglehetősen nagy fehérje %-ot mutatott, úgy ezeket a hólyagokat életben keletkezetteknek tekinthetjük.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Aranysolreactio a serumultrafiltratumban és annak jelentősége a daganatok diagnostikájában. *Chrometzka.* (Klin. Wschr. 1936. 16. sz.)

Igen szép és részletekre is kiterjedő munkával kimutatják, hogy különböző eredetü serumultrafiltratumok az aranysolra különbözőképpen hatnak. Carcinomás betegek serumának ultrafiltratuma eltéröleg más betegségben szenvedőktől olyan anyagot tartalmaz, mely az aranysolra védhatást gyakorol és azt stabilisálja. Egyes terhesek serumában és magas maradéknitrogennel járó megbetegedésekben található még csupán ilyen ultrafiltrálható és az aranysolra védőhatást gyakoroló anyag. Miután a carcinomás betegek serumainak is csak 79%-ában sikerült ezen anyagot megtalálni, úgy gondolják, hogy ezen ultrafiltrálható anyag nem a tumorból származik, hanem annak hatása alatt a szervezet termeli; azért hiányozhat ez az esetek egy bizonyos részében, mert nem minden szervezet képes ennek termelésére. Különböző indirect vizsgálatok és modellkisérletek alapján azt gondolják, hogy a fenti anyag a zsirsavsorozathoz tartoznék.

A methodikai részben pontosan megadják a reactio elvégzésnek módját és szép görbékkel demonstrálják annak jól megítélhető voltát, mely a tumordiagnostika szempontjából kétségkívül jelentős. Sajnos, a serumultrafiltratumok elkészítése oly felszerelést és jártasságot igényel, hogy a reactió egyelőre még csak ily eszközökkel is felszerelt, de még inkább csak arra külön berendezkedő intézetekben lesz elvégezhető.

Binder László dr.

Renalis törpeség. *Kennedy* (Proceed. Staff Meet. Mayo Clinic 1936. 11.—19.)

E ritka kórkép viszonya a vesebajhoz, hyperparathyreoidismushoz, az ásványi anyagcsere zavaraihoz még ismeretlen. Jellemző lelet a növekedés elmaradása, a csontosodás késése, a csontok rendellenes röntgenképe, hyperphosphataemia, normális vér-Ca, továbbá vesebaj: polyuria, hyposthenuria, albuminuria, azotaemia. A csontváz különféle elváltozásai a renalis rachitis nevén ismeretesek: atrophia, osteoporosis, spontán törések, a csontvégek megduzzadása, a csontosodási magvak késői megjelenése. 7 betegének életkora 16 hónap és 8 év között volt, 2 közülük testvér volt. Észlelése szerint a vesebántalom megelőzi a növekedés elmaradását. Mind a 7 beteg polyuriás és hyposthenuriás volt, a 16 hónapos kivételével azotaemiások és hyperphosphataemiások is voltak. Egy 7 éves fiúnak féloldalt nagy veseköve volt.

Perémy dr.

A sajátcomplement rheumás betegségekben. *Grunke.* (Klin. Wschr. 1936. 16. sz.)

A sajátkomplement mennyiségének változása az utóbbi időszak közleményei révén az elméleti érdeklödés teréről a rheumás betegségekben a klinikai értékkel bíró vizsgálatok sorába került át. Épen ezért végzett számos vizsgálatot ezirányban egészséges, valamint úgy rheumás, mint egyéb betegségben szenvedő egyéneken. Az általa talált középértékek valamivel magasabbak az irodalomban eddig szereplö átlagértékeknél, amennyiben 1 ccm 1:10 hígitású serumnak felelnek meg. Vizsgálatainak ereményeként azt a következtetést kell levonnia, hogy a sajátcomplexum mennyiségének meghatározása a rheumás betegségben semmiféle klinikai jelentőséggel nem bír, amennyiben más szerzők véleményével ellentétben abból sem a diagnosis, sem a prognisis, de még a therapia számára sem nyerhetünk semminemü értékes támpontot. Vizsgálatai szerint a komplement eltünésével járó esetek sem nyujtanak lefolyásukban a többiektől eltérő klinikai képet. Az, hogy nem rheumás betegségekben a sajátkomplement mennyisége hasonló ingadozásokat mutatott, ugyancsak támogatja azon véleményét, hogy annak rheumás betegségekben sem lehet különösebb jelentőséget tulajdonítani.

Binder László dr.

Sebészet.

Egyszerü vesemedence-felvétel álló helyzetben egészséges és beteg (vándorvese) egyénen. *P. Graf.* (Bruns' Beitr. 163. 1.).

Frissen készített 10—20—30%-os jód-natrium oldattal hólyagon keresztül feltöltött vesemedencéket vizsgált sorozatosan. Megállapítható volt, hogy főleg asszonyokban fekvő és álló helyzetben általában kb. ½—1 csigolya magasságkülönbség áll fenn, néhány esetben vesetünetek nélkül 2—3 csigolyányi is. Csak kisérő tünetekkel járó, más szerv megbetegedése nélkül fennálló vesesüllyedést tart mütéti beavatkozásra alkalmasnak. Az ily esetekben elvégzett mütét (vesérögzítés) pyelitis és pyelonephritis eseteiben még nagyobb jelentőséget nyer, mert álló helyzetben a nap legnagyobb részében lesüllyedt vese a vizeletet nem tudja olyan jól kiüríteni, mint a magasan rögzített, mely süllyedésnél rendszerint beálló ureter-csavarodásnak kitéve nincs.

Zoltán László dr.

Plastikai mütétek hydronephrosis esetén. *P. Schaffhauser.* (Bruns' Beitr. 163. 1.)

A vesét megtartó hydronephrosis-mütétek szélesebb alkalmazását kívánja. Azon esetekben, melyekben egy szabálytalanul futó vese-verőér okozza az ureter megtöretését, illetőleg stenosisát, gyakran elegendő a heges ureter-rész resectiója és megfelelő újbóli beöltése, illetve a rendellenes ér eltávolítása. A resectió az ureter peristalticájára kihatással nincs. Extrarenalis zsák-veséknél, ha a vesemedence izomzata még munkaképes, gyakran drainage nélküli vesemedence-plastika már eredményes lehet. Fertözött zsákveséknél, hol a ureter stenosisa maga a betegség oka, ureterpropyelostomia, medence-plastica és hosszabb ideig fenntartott nephrotomia vezethet a zsákvese megkisebbedésére és a vesemüködés javulására, amit későbbi pyelographiával és chromocystoskopiával ki lehet mutatni. Az esetek pontos kiválogatásával, mely gyakran csak a mütét alkalmával lehetséges, a megtartható zsákvesék száma növekedni fog. Álláspontját bőséges irodalmi adatok és saját 5 esetének közlésével támogatja.

Zoltán László dr.

A felső nyombél fekélyes elváltozásairól, különös tekintettel többszörös fekélyekre. *E. Ruckensteiner.* (Bruns' Beitr. 163. 1.).

200 válogatás nélkül összegyüjtött beteg röntgen- és mütéti leleteiről számol be. Tapasztalatai alapján a többszörös nyombélfekélyek fellépése törvényszerü, az egyes fekélyek ritkák és a nagy, egyes fekélyek pedig rendszerint 2 vagy több fekély összeolvadásából keletkeznek. A fekélyek jelenlétéről resectió előtt a nyombél felhasítása útján is meggyőződtek (autopsia in vivo: Just.) — Biztosan egyedüli fekély 1.8%-ban, többszörös 7.6%-ban fordult elő. 169 mütétre került beteg közül 121-ben két, egyben 3, 9 esetben 1—1 nagy, egyedüli fekélyt talált. 19 esetben egy fekély volt látható 1, vagy több heg kiséretében. Ezen esetek közül 12-ben hátsófal-fekély elülsőfal-heggel, 7-ben elülsőfal fekély hátsófal heggel szövődött. Két esetben nagyfokú szükületet okozó heget, 1—1 esetben szükületet okozó nyombél és pylorus hegek

mellett antrum, illetőleg a lehágó száron ülő nyombélfekélyt talált. A biztosan egyedüli fekélyek ritkák, számban még az ú. n. nagy, egyedüli fekélyek is felülmulják. Ezek haránt, vagy ferdén futnak, oválisak, rendszerint mélyre hatolók és majdnem mindig régi folyamatok. Már röntgennel gyakran kimutathatók, hogy két fekély egybeolvadásából keletkeztek. A fekélyek és a hegek általában a pylorustól ½—1½ cm-re eső területen lépnek fel, rendszerint az elülső falon. A hátsó falon lévők klinikailag súlyosabbak. Szövődményeik a növekedésre és szükület okozására való hajlam. A szükítő folyamat a gyakoribb szövődmény, melyet az összeolvadásra szükséges nagyobb bélfal elhasználódással magyarázza meg. A fekély környékén fellépő elváltozások (nyálkahártyaredőzöttség, tasakképződés, infiltratió, hegesedés, szükület), határozott alakot és elhelyeződési viszonyokat mutatnak. Kifejezettebbek az elülső falon, ami a bulbus szembetünőbb alakváltozásaiban nyilvánul meg. A hátsó fal betegségében — ennek a hasnyálmirigyhez való kötöttsége miatt — az alakváltozások nem olyan kifejezőek. A redőzöttség szükületet okozhat. Ezt a gyomor fokozott hajtóereje eleinte nyom nélkül legyőzi, később emiatt tasakok, diverticulumszerű képződmények keletkezhetnek, amik nyomási diverticulumoknak foghatók fel. A tasakképződést okozó fekély mindig ennek szélén ül. A pylorusban lévő fekélyek rendszerint egyedüliek, a messze aborálisan fekvő fekélyek typusos bulbus elváltozást nem okoznak. A leszálló ágban ritkák (3 eset.) Néha a messzeterjedő elváltozások nagyfokú hegesedést (phthisis bulbi), vagy csőszerű alakváltozást (csőbulbus) okoznak és néha a folyamatba az epeutakat, illetőleg ezek környékét is bevonják.

Zoltán László dr.

Szülészet.

A láb intrauterin amputatiója amnion kötegek által. *Milew* (Zbl. f. Gyn. 1936. 2.).

25 éves, először szülő. Anamnesisében csak malaria szerepel. Wa. negativ. Első magzatmozgás az V. hónapban. Kb. egy heti vérezgetés és enyhe fájdalmak után a VI. hónapban koraszülés: a foetus és placenta burokkal együtt megszületik. Igen kevés magzatvíz volt jelen és sok amniotikus köteg volt látható, főleg az arcon és a végtagokon. A jobb láb, macerálva, teljesen elvált a törzstől s az amputatio helye, kivéve egy kis bőrhiányt, teljesen begyógyult. Tekintve, hogy maga a magzat a maceratio jeleit nem mutatta s hogy az amputatio helye is már begyógyult, a leszakadásnak régen kellett bekövetkeznie.

Frey Katalin dr.

Hormonalis terhességi diagnosis autoplastikusan az elülső szemkamrába beültetett házinyul-petefészekkel. *Chamorro.* (Zbl. Gyn. 1936. 7.).

Már régebbi kísérletek megállapították, hogy a házinyulak petefészke az elülső szemcsarnokba ültetve továbbfolytatja működését. Újabb viszgálatok szerint a terhes vizelet befecskendezésére is a megfelelő elváltozást mutatja, gyakorlatilag azonban részint a beültetés körülményessége, részint kisebb megbízhatósága miatt nem terjedt el. A vizsgáló azt tapasztalta, hogy a beültetés után rövid idővel odanőtt petefészek nem reagált a hypophysis elülső lebenyhormonra és úgy szövettanilag, mint működésbelileg infantilis petefészeknek megfelelő működésű. Ha azonban időt hagynak rá, hogy a petefészek a szemkamrában szemmelláthatólag éretté váljék, vagyis a tüszők olyan kifejlődésbeli állapotban legyenek, mint rendes körülmények között juvenilis vagy fejlett állatban, úgy a terhes vizelet befecskendezésére is annak megfelelően viselkedik. Igy 24 óra mulva általában erős hyperaemia, folliculusnövekedés, 48 óra mulva bevérzett tüszők is észlelhetők, 6—7 nap mulva többnyire corpus luteum is képződik. 30 nap mulva az összes elváltozások megszünnek.

Türrné, Fekete Ilona dr.

Anyagcsereforgalom-tanulmány a szülés alatt. A vér hugyany-, ammoniák- és aminovas tartalma. *Botella Llusia.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 9.).

Vizsgálatait a tágulási-, kitolási-, lepényi szakban és a szülés után 4 órával végezte. A hugyany a szülés alatt jelentékenyen és fokozatosan kevesbbedik, a legkevesebb a szülés után 4 óra mulva; ugyanakkor az ammoniák és az aminosavak fokozatosan emelkednek, legmagasabb pontot a szülés után érik el, a gyermekágyban a rendes állapotba törnek vissza. A terhesség alatt a máj hugyany-képző és ammoniumbontó-képessége csökken, a terhesség végén a magzat és a lepény részben compensálja ezt. A szülés befejeztével a májnak még nincs ideje a terhesség alatt beállt zavarokat behozni s így az anyai szervezet különleges kritikus állapotban található.

Balassa Kálmán dr.

Hasvízkór nephropathia gravidarum esetében. *Junghans.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 4. sz.).

A nephropathia gravidarum két esetét ismerteti, melyekben a charakteristikus tünetek: vérnyomásemelkedés, fehérje a vizeletben és a oedema mellett a hasürben szabad folyadék foglalt helyet. Ez utóbbi jelenlétének megállapítása csak a szülés után sikerült. Mindkét esetben a gyermekágy 4—5. napján bő vizeletkiválasztás indult meg s a többi tünetek megszüntével a szabad hasüri folyadék sem volt kimutatható.

Hufnagl Kálmán dr.

Szemészet.

Pangásos papilla jelentősége. *Serr,* (Graefes Archiv. 135. k. 3.)

Schieck transporttheoriája, *Behr* pangásos theoriája mellet újabban az opticus duzzadás is szerepel a pangásos papilla kóreredetében. Nyilván mechanikus tényező szerepel. A neuritistől való elkülönítést a jellemző szemtenéki kép (szelesebb és kiemelkedő papilla) mellett elsősorban a funotionális vizsgálat teszi lehetővé. P. p.-ban jók a functiók; *neuritisben* korán találunk látótér (scotoma) es adaptatio zavarokat, a látás gyorsan és nagyrokban romlik. A vakfolt megnagyobbodás p. p.-ban nem igen értékes jel. Természetesen az általános tünetek is útbaigazítanak. A kérdést gyakran lumbálpunctio dönti el. Hypermetrop szemekben talalható veleszülött anomáliát, a *pseudoneuritist* pontos refractiós vizsgálat zárja ki, itt különben soha sincs vérzés. A nasalis papillafél elmosódottsága gyakran supertractió eredménye rövidlátó szemekben. A p. p.-ban talált membrana limit. int. leemelödése (réslámpa, vörösmentes fény), valamint a vörös szinre nézve szükebb látótér nem döntő jelenségek. Az intracraniális nyomás növekedést gerinccsapolással megállapítani veszélyes; ezért *Baurmann* a vena cent. ret.-ban uralkodó nyomásból következtet elobbire. Spontán venapulsus kizár agytumort. Szerző nem tartja megbízhatónak az eljárást. A pangásos labyrintn elmélete sem vált be. *(Kehrer.)* — Háborus tapasztalatok szerint fejlövés esetében a p. p. ki sem fejlödik, ha a beavatkozás gyors, vagy hamar visszafejlödik. Az agytumor korai mütéte ma már az esetek felében jó eredményekkel jár. A radicalis mütét lehetetlensége esetén a tumor fölött végzett decompressiv trepanatio látásmentő; ez azonnal elvégzendő, ha a szem functiói romlanak. Röntgen besugárzás csak előzetes trepanatio után ajánlatos. A hypophysis tumorok más megítélés alá esnek.

Grósz István dr.

Trachoma-kezelés chlorral. *Cardilcic.* (Graefes Archiv. 135. 3.).

Szerző mindenekelőtt alkalisálás céljából isotoniás, alkalikus natriumphosphat oldattal kisérletezett gyenge eredménnyel. Az oxydálószerek közül a következőket próbálta ki: benzoylsuperoxyd, chloramin Heyden, natriumhypochlorit ¼—½%-os oldat, Dakin-oldat, calciumhypochlorit, (caporit) ¼—½%-os, cobaltipentaminochlorchlorit. A legjobb eredményeket egy ezüstkészítménnyel érte el: *p-toluolsulfonchloramidezüst;* chlortartalma 13%, ezüste 35%. ¼—1%-os oldat becseppentése és massage vattapálcával. A kezelés után égés és kiszáradás érzése keletkezik; néha vérzés, vagy granulatió észlelhető. A cornea hámjának sérülése ellen a massaget csak prothesissel végzik. Az activ chlor jelentékeny hatással bir a superinfectióra, skrupulusos jelenségekre; de symptomás és causalis hatású a trachomás folyamatra még pedig úgy a conjunctiva, mint a cornealis tünetekre. (Hasonló szerünk a hivatalos chlorogenium vagy neomagnol. A chlor azonban izgató hatású és csupán a vegyes fertőzést befolyásolja. A gizai szemészeti labóratórium 1935-ös jelentésében az eljárást durvának és értéktelennek minősítették. Ref.)

Grósz István dr.

Az opticus vízkötése. *Van. Heuven* és *F. Fischer.* (Brit. Journ. of Opthalm. 1936.)

A retina, a látóideg és hüvelyei duzzadásra képes anyagok; a látóideg vízkötésének kapacitása és intensitása nagyobb és más jellegü, mint a retináé. Az opticus-hüvely vízkötése egyezik a skleráéval. Az opticus vízkötést elősegítő anyagok vízveszteséget okoznak a hüvelyekben. *Machesani*

hangsúlyozta először, hogy a pangásos papilla létrejöttében az agyoedema játszik szerepet. Szerzők colloid-chemiai vizsgálatai megerősíteni látszanak a pangásos papilla duzzadásos theoriáját (víz absorptio, — duzzadás.).

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekkori kankós vulvovaginitis kezelése petefészekhormonnal. *J. Th. Witherspoon.* (Am. J. Dis. Childr. 1935. 50. 913.)

A petefészektüszőhormonnal végzett kezelés eredményeiről számol be, amit 10 kankós leánygyermeken alkalmazott. A leányok kora 2—10. évig terjedt s a vulvovaginitis 4 esetben 1 évnél rövidebb ideig, a többi esetben 2—9 évig állott fenn. A kezelés módja abban állott, hogy naponkint 50—100 patkányegységnyi hormont (amniotin nevű készítmény alakjában) fecskendezett a bőr alá 42—92 napon keresztül. *Eredmény:* végleges gyógyulás egyetlen egy esetben sem következett be, amennyiben a kezelés végén úgy a folyás még fennállott, valamint a mikroskopikus vizsgálat is positivnak bizonyult, úgyhogy a kezelést végül is abba kellett hagyni. Figyelmeztet a kezelés esetleges veszélyeire (a mellek erősebb kifejlődése, a petefészek megkisebbedése vulvahypertrophia), a kezelés költséges voltára s egyébb kellemetlenségeire.

Geldrich dr.

Golyvás gyermekek szívelváltozásai. *A. Viethen.* (Mschft. f. Kindheilk. 64. köt. 2—3 f.)

177 golyvás gyermeken vizsgálta a szívelváltozások gyakoriságát és azok keletkezését. Újszülötteken és csecsemőkön a szívmegnagyobbodást majd minden esetben kimutatta, ha azok golyvások voltak. Kórboncolásra került esetekben golyvás újszülöttek szíve mindig nagyobbsúlyú volt, mint a normalis controlloké. A röntgenologiailag megállapított szívmegnagyobbodás ez esetekben mindig beigazolódott. Iskolaköteles korban a szívmegnagyobbodás már nem oly gyakori. Ezzel szemben azonban a vizsgált esetek 52%-ában a röntgendiagnostika a szívárnyék fontos elváltozásait registrálta. Elektrokardiographiai vizsgálatok újszülötteken, csecsemőkön és idősebb iskolásgyermekeken golyvás tünetek mellett nem adtak biztos támpontot toxikus szívelváltozásokra vonatkozóan. Mindezek szerint a szívelváltozások úgy foghatók fel, mint a golyvának a nyaki szervekre gyakorolt mechanikus nyomása.

Wirth József dr.

Pajzsmirigy és angolkór. *Thoenes.* Jahrbuch f. Kindhlk. 1935. 145. 177.)

Szerző a pajzsmirigy hatóanyagát rachitikus csecsemőknek és gyermekeknek adagolta és figyelte az angolkór lefolyását. Eredményei szerint a thyroxin, thyreoidin az angolkórt nem gyógyítja meg. Kitűnt az is, hogy peroralis vagy subcutan thyroxin patkányokban nem gátolja meg az angolkór kifejlődését. Nyulakban a pajzsmirigyeltávolítással angolkórt nem lehetett előidézni. Ezek a kísérletek ellene szólnak *Nitschke* felfogásának, aki az angolkór pathogenesisében a pajzsmirigynek nagy jelentőséget tulajdonít.

Csapó dr.

Kísérletek a kecsketej-anaemia tisztázásához. *Schönenberg.* (Monatschrft. f. Kindheilk. 1935. 63. 414.)

Egyoldalú tejtáplálással a patkányokban vérszegénységet lehet előidézni, tehéntejtáplálásra hypochrom anaemia keletkezik, kecsketejtáplálással a haemoglobin-csökkenés nem olyan kifejezett. A kecsketej-anaemia májextractummal gyógyítható nemcsak direct adagolással, hanem akkor is, ha a májextractumot a kecskének adjuk injectio alakjában. A kecsketej-anaemia kifejlődésében valószínűleg a kecske táplálékának minősége nagy szerepet játszik.

Csapó dr.

Bőrgyógyászat.

Lipoid anyagcsere és psoriasis. *Fr. Schaaf* és *M. Obtulowicz.* (Archiv für Derm. u. Syph. 173. k. 2. f.).

Grütz és *Bürger* szerint a psoriasisban szenvedő betegek éhgyomorra vett vérében magasabb az összzsír- (különösen a cholesterin-) tartalom, mint az egészségesek vérében. Megfigyelték, hogy bőséges cholesterin oliva-olaj adagolás után egészséges egyének összzsír- és cholesterin-tükre meredekebb emelkedést mutat és magasabb pontot ér el, mint a psoriasisban szenvedő betegeké. Ezekből a megfigyelésekből arra következtettek, hogy a sporiasist a lipoid anyagcserének zavara okozná és ez a feltevés jó támpontot nyert azokban a therapiás eredményekben, amelyeket psoriasisban szenvedő betegeken zsírszegény diaetával értek el.

Szerzők a lipoid anyagcsereforgalmi viszonyokat tették tanulmány tárgyává. Megvizsgáltak 15 olyan egyént, akik nem szenvedtek psoriasisban, de vese- és májártalmuk sem volt; megvizsgáltak továbbá 17 psoriasisban szenvedő beteget és egynéhány psoriasistól mentes olyan beteget, akiknek anamnesiséből és klinikai tüneteiből májártalomra következtethettek. Vizsgálati eredményeikből kitünik, hogy sem az éhgyomorra levett savóban, sem a megterhelés után vett vérben nem észleltek különbséget psoriasistól mentes vagy psoriasisban szenvedő betegek között. Véleményük szerint a psoriasis és a lipoid anyagcsereforgalom közti összefüggés nem állja meg a helyét. A psoriasisnak zsírszegény diaetával elért kedvező therapiás hatását tehát — amennyiben ez több oldalról is megerősítést nyert — másként kell magyarázni.

Preininger Tamás dr.

A lupus erythematodes családi előfordulása. *L. N. Maschkillcisson* u. *L. A. Nevadow* (Derm. Ztschr. 73. 1.).

Szerzők röviden ismertetik a rendelkezésükre álló irodalmi adatok között talált 12 lupus erythematodes familiaris esetet. A moszkvai luposoriumban 8 családban fellépett 17 lupus erythematodes esetet figyeltek meg összesen 1500 lupus erythematodesben szenvedő beteg közül. (1.125%.)

Sem ezek az esetek, sem intézetük nagy anyaga nem szolgáltat adatot a lupus erythematodes egységes aetiologiájára vonatkozólag. Kérdéses, hogy itt az esetek véletlen találkozásáról van-e szó, vagy pedig feltételezhető, hogy egyes családokban a lupus erythematodes iránt különös hajlamosság áll fenn. Az a körülmény, hogy *Truffi* —, mint szerzők is — egy családban 3 esetet is észlelt, nem szól a véletlen fellépés mellett. Véleményük szerint feltételezhetjük, hogy egyes esetekben családi hajlamosság van jelen.

Preininger Tamás dr.

Keratosis verrucosa Weidenfeld. *W. Knierer.* (Archiv für Derm. u. Syph. 173. köt. 2. f.)

Weidenfeld 1902-ben *Kaposi* ajánlatára fenti néven írt le egy sajátságos kórképet. Azóta ehhez hasonló esetet csak 5 szerző közölt. Idevonatkozó esetét ismerteti, amelyben a bal tibia feletti bőrön tenyérnyi mekkoraságú területen egyforma nagyságú csomócskákból álló góc látható, mely időnként hevesen viszket. A folyamat állítólag a beteg gyermekkora óta áll fenn és eddig minden kezeléssel szemben dacolt. Az esetet szövetileg is feldolgozta és ennek alapján azt találta, hogy esete a *Weidenfeld* által leírt esettől nem tér el lényegesen; leginkább abban különbözik, hogy parakeratotikus elváltozásokat kizárólag csak a tágult folliculus szájadékokban észlelt. Helyenként a str. lucidumnak megvastagodását szerző is épp úgy látta, mint *Weidenfeld*, azonban a str. basale-ban erythrocytákat és a suprapapillaris rétegben hólyagképződést figyelt meg.

Weidenfeld a keratosis verrucosát az idült urticariákhoz, *Kreibich* és *Ehrmann* a neurodermitishez tartozónak gondolja. Szerző véleménye szerint egy különálló kórképpel állunk szemben és inkább a hyper- és dyskeratosisok közé sorolja. Szerinte csupán a szöveti leletből a diagnosist nem állapithajtuk meg. Sokkal inkább hiszi, hogy a ritka kórkép diagnosisának felállításában a klinikai kép morphologiájának, a lefolyásnak, a subjectiv panaszoknak, továbbá a therapia sikerének, illetőleg sikertelenségének jut lényegesebb szerep.

Preininger Tamás dr.

Syphilis papulo-maculosa eredménytelen korai gyógyulása. *Polpmers* és *Koek.* (Derm. Zeitschr. 1935. 72. k. 3. f.)

Az újabb időben mind kevesebb az olyan syphilis-esetek száma, amelyek a korai szakban rendszeres és kellő erélyyel végzett kezelés mellett mégsem gyógyultak meg. Szerzők 22 éves fejsérülést szenvedett férfibetegről számolnak be, ki 1933. október 6-án jelentkezett kis papulás kiütéssel, roseolával, nyelvplakkal, alopeciával, mirigybeszürődésekkel. 3 kúrát végeztek összesen 34 és ½ ccm casbis és 19.95 g neosalvarsannal (kezdő dosis 2x0.15). 1934. áprilisában és októberében 5-féle vérvizsgálat negatív eredményt adott. 1934. novemberében az idegklinikára került fejfájás, hányás és fokozódó eszméletlenséggel. Az ideggyógyászati lelet: koponyaérzékenység, anisochoria, a bal felső végtag nyers erejének csökkenése, baloldali inreflexek fokozódása. A serologiai lelet a felvétel napján Wa. +, a többi 4 reactio

negativ, Kahn ++; M. K. R. +, M. B. R, ±, citochol ++: A klinikai és serologiai tünetekből a meningitis luetica hyperplastica diagnosisát állitották fel. Napi 3 g jódkáli adagolása után javulás állott be. A levett liquor tejesen tiszta, Nonne +, Pándy +, Benedict +. Ezután Schreuss-féle telitési kúrát vezettek be, 8.5 ccm casbissal, 7.35 g neosalvarsannak és emelkedő adagokban pyriferrel. Márciusban úgy a vérvizsgálat, mint a liquorvizsgálat javulást mutatott, áprilisban a beteg klinikailag tünetmentesen távozott. Szerzők úgy gondolják, hogy esetleg az első kúra két 0.15-ös neosalvarsan-adag kicsinysége tehető felelőssé a recidiváért, mert *Hoffmann* már régen hangsúlyozza az első adagok adásánál a nagy dosis használatát (0.45, 0.60.). Mindenesetre számba kell venni, hogy a beteg koponyája esés következtében sérülést szenvedett.

Dóczy Gedeon dr.

Urologia.

A hypernephromák kezelésének eredményei. *H. Droschl.* (Zeitschr. f. urol. Chir. 1936.).

A szerző legfontosabbnak tartja a daganat korai felismerését, ami sokszor nehéz, mert a betegség symptomái sajátságosak. Előfordulnak hónapokig, sőt évekig tartó panaszmentes intervallumok s az elég gyorsan növekedő daganatok legtöbbször csak akkor kerülnek műtétre, amikor az vagy a környezetébe, vagy a venába már betört. A kilátások azokban az esetekben a jobbak, amelyekben az áttörés még makroskoposan nem észlelhető. *Wildbolz* legújabb adatai szerint a nephrektomisáltaknak csak ⅛-a él 3 évig a műtét után. Ez a nagyon rossz eredmény csak akkor változik meg, ha valami új methodus lesz a daganat korai felismerésére. A szerző az utolsó 13 év 66 hypernephromás esetéről számol be. Férfiak és nők között az arány: 2:1. Letárgyalja a kardialis tüneteket: vérvizelés, tapinthatóság és fájdalom. Tapintani csak az alsó polusban és a vese közepén ülő tumorokat lehet, a felső polusban levőt csak akkor, ha az igen nagy. Vérzés előfordulhat akkor is, ha a daganat nem tört be a pyelumba. *Izrael* szerint ennek oka valami pangás. Vérzés kicsiny tumorok esetén fontos és jól használható diagnostikus jel. A fájdalom a legtöbb esetben megvan és ha korai tünetként jelentkezik, kedvezőtlen jelnek tekintendő. Jelentkezik még levertség, gyengeség, súlyveszteség, néha börpigmentatio. A néha jelentkező láznak oka nem ismeretes s ezért hypernephromás láznak is nevezik. A röntgenvizsgálat mindig igen fontos. Jobbnak tartja az intravenás pyelogrammnál a retrograd pyelographiát. *Legueu* és iskolája ajánlja a pyeloskopiát, mivel a vizelet zavartalan ürülése nemcsak az ureter anatomiai épségétől, hanem a normalis vesemotilitástól is függ. Erre vonatkozólag két esetet közöl, melyekben az i. v. pyelographia normalis képet adott, míg pyeloskopiával sikerült a daganatot kimutatni. Vannak ugyanis vesetumorok, melyek a pyelum alakját nem változtatják meg, de a parenchymába beburjánzás által már a kiürülési mechanismusban zavart okoznak.

A daganat eltávolítására ajánlja a Fey-féle metszést, mely a 11. borda szélével magasan párhuzamosan halad és jó betekintést enged. Eredményeik: 24 esetükből, melyekben még áttörés nem volt, az első évben meghalt 8, három éven belül 4. öt éven belül 3, később 2. Él még 7, egy 9 éve. 18 esetük közül, melyekben áttörés volt, a műtét után meghalt 11, az első évben 4, három éven belül 1, öt éven belül 1, tovább él 1. 10 olyan esetük közül, melyekben a műtétet nem lehetett befejezni, az első évben meghalt 7, három éven belül 2, később 1. A nem operált 15 közül az első évben meghalt 12, három éven belül 3.

Babics Antal dr.

A vese tompa sérülései és ezeknek késői következményei. *Dózsa Jenő* (Zeitschr. f, urol. Chir. 1936.).

Kiemeli ezeknek gyakorlati fontosságát törvényszéki, orvosi és jogi szempontból. A budapesti urologiai klinika 83 vesesérülésről számol be. Leírja a sérülések létrejövetelét, melyek közül a balesetek mellett nem kis szerep jut a sportnak (16.8%). A vesesérülések tünetei között legfontosabb a vérvizelés. A kórisme felállításában fontos a melléksérüléseknek is a tekintetbevétele. 79 conservativ kezelésre gyógyult, a többi négyben vesefeltárásra került sor. Egynek veséje közepütt volt kettéválva, egynek pedig az alsó polusa volt leszakitva. A 79 közül 27 a sérülés következményei miatt került műtétre, 6 esetben hydronephrosis, 9 esetben vesekő volt a következmény, de a sérüléssel összefüggésbe hozható a 10 esetben kifejlődött vesegümőkór és 2 esetben vesetumor is. A gümőkórral kapcsolatos complicatiónál felveszi, hogy a trauma a már meglevő vesegümőkórt súlyosbitja, vagy pedig a sérült vese a fertőzésre hajlamossá lesz. A vesetumorok esetében a sérülés a már meglévő tumort jelző tünetek keletkezését idézte elő. Megemlíti végül, hogy a traumával kapcsolatban nephritis és pyelitis is kifejlődhet. Mindezek alapján a sérült vesék gyógyulásakor számolni kell azzal, hogy a sérült vesében olyan késői elváltozások jöhetnek létre, melyek mütéti beavatkozást tehetnek indokolttá.

Babics Antal dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die Augenheilkunde für Studenten. Von *K. vom Hofe.* Mit 17 Abbildungen. (Urban und Schwarzenberg. 1935. 128. old.)

Hasonló compendiumok az utóbbi időben különösen a német orvosi irodalomban nap-nap mellett jelennek meg. Egy részük a gyakorló orvosnak szól, más részük, mint e könyvecske is, a medikusnak készült. Nem tagadható, hogy a medikusnak az előadás hallgatása és a tankönyv mellett compendiumra is van szüksége. Az is bizonyos, hogy ha nem kap ilyet szakavatott klinikus kezéből, úgy medikustársa rossz, litografált, drága jegyzetéből fog tanulni. Kívánatos volna, hogy minden szakmában idősebb assistensek vagy docensek tolláből kapjon a medikus bevezető vagy összefoglaló comepndiumot. Erre jó példa vom *Hofe* könyvecskéje, amely melegen ajánlható.

Horay Gusztáv dr.

Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. *L. Arzt* und. *K. Zieler.* (Verlag von Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien. Lieferung 26—27.)

E vaskos, majdnem kötet számba menő dupla füzettel a kiváló kézikönyv, melynek egyes részleteit e helyen végig ismertettem befejezéséhez ért. A jelen folytatás méltó záróköve a nagy münek, amennyiben legnagyobb részében a daganatok fontos fejezetét foglalja magában. *A rosszindulatú daganatok* részletes tárgyalása *L. Kumer* és *F. Y. Lang* professoroktól (Innsbruck) ered. Bevezetőül kitünő áttekintéssel ismertetik a daganatkutatás valamennyi fontos vonatkozását. Az egyes *primaer börrák* fajtákon a basalsejtü, a spinocellularis és az ú. n. metatypusos rákok gondos leírásán kívül módját ejtik, hogy az egyéb specialis börrák formákat, (fagygyú-, verejtékmirigy-, stb.) is ismertessék. Gondosan és fölötte tanulságosan megírt része a munkának a *praecarcinomás börbajok és börállapotok* imertetése. A következő alfejezet *a másodlagos börrákokra* vonatkozó tudnivalókat tartalmazza; itt sorrakerülnek a haematogen és lymphogen terjeszkedési módokon kívül a per contiguitatem tovahaladó rákok ismertetése. A börrákok kezelésében a szerzők a mütéti beavatkozáson kívül elsősorban a sugaras kezelést látják szükségesnek, főként pedig a rádiumot. Különösen érdekesen tárják az olvasó elé a specialis localisatiójú börrákok viselkedését (morbus *Paget*, morbus *Bowen*, ajak-, nyelv- stb. rák.) A malignus tumorok második fejezetét a *sarcomák* foglalják le. Kitünő azoknak érési folyamatok szerinti leírása. A következő fejezet a rosszindulatú *melanoma* leirását öleli fel. A rosszindulatú daganatok leirását összesen 88 szövegközti ábra és két színes tábla diszíti.

A bőr jóindulatú daganatainak megírását *L. Arzt* (Wien) és *H. Fuhs* (Wien) vállalta. E fejezet keretében kitünő áttekinthetőséggel és beosztással a szerzők sorba veszik a fibroma, keloid myoma, lipoma, xanthoma és a többi szorosan vett *kötőszöveti daganatokat.* Ezt követi az izom- és idegszövet, valamint a vér- és nyirokerek daganatcsoportja. A különböző *naevusok gondos leírása után végül a fertőző daganatféleségek* ismertetése következik. (molluscum cont. verrucae, condyloma acum, stb.) Az egész nagy fejezeten meglátszik, az óriási beteganyaggal járó nagy tapasztalás és szerzők tudományos készsége. A szerzők a szöveg mellé még 179 sikerült ábrát és 7 szines táblát is adtak. *A kérdéses aetiológiájú tumorszerü képződmények* rövid, de igen jól megírt fejezete *Stühmer* (Freiburg i. Br.) tollát dicséri. Itt kerül sorra a *mykosis fungoides a lymphogranulomatosis cutis* és a *bőr leukaemiás elváltozása.*

A nagy mü befejeztével nagy dicséret jár a kitünő szerkesztőknek, akiknek nemcsak az egész mü jeles mértéket tartó beosztását köszönjük, de akik a munkatársak kitünő gárdájával együtt active is résztvettek a munka megirásában. Nagy elismerés jár a nagyhírü kiadócégnek, mely a mü tökéletes kiállításával minden igényt kielégitett.

Guszman prof.

A csontok és izületek röntgendiagnostikája. *Jakob Mihály.* (A szerző kiadása. 145 oldal. 147 ábrával. Ára 16 P.)

Bár a magyar irodalomban már a csontok röntgendiagnostikáját tárgyaló több munka illetőleg tankönyv is van mégis örömmel üdvözöljük *Jakob* dr. nagy szaktudással és didaktikai érzékkel megírt könyvét, mely a csontokat röviden tárgyaló eddigi munkáktól eltérőleg minden részletre behatóan kiterjeszkedik és felöleli azokat az elváltozásokat is, melyek a csontokkal röntgenologiailag összefüggésben vannak, vagy lehetnek. Nagy elismerést érdemel a szerző, hogy emellett a kellő rövidséget mindenütt betartja. Sehol sem válik terjengőssé, hanem mindig világos és áttekinthető marad. Ez az oka annak, hogy a munka bár részletességéből folyólag elsősorban a szakmákban már jártassággal bírók számára készült, mégis a kezdők és gyakorló orvosok is jó hasznát vehetik, mert a tiszta áttekinthetőség miatt nem tévednek el a részletek szövevényes útvesztőjében. A munka bevezetésül tárgyalja a csontok typusos felvételeit, majd áttér a csontok és izületek betegségeinek sorozatos tárgyalására. Ezt követi az agytumorok által okozott csontelváltozásoknak ventriculographiával és myelographiával kapcsolatos tárgyalása. A fogak, az orrmelléküregek és fülcsontok diagnostikája után a munkát az idegentestek localisálása és a sipolyjáratok és erek feltüntetése rekeszti be. A könyv stilusa gördülékeny és könnyen érthető. A munkához *Bakay* professor írt előszót. A szöveget illustráló röntgenfelvételek tanulságosak és szép kivitelüek. A könyv kiállítása mintaszerű.

Kelen prof.

Az ember fejlődésének alapvonalai. *Törő Imre* (Budapest. 1936. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.)

Olyan bőtartalmú, főkép csak részletes leírással érthetővé tehető morphológiai folyamatok leírásából álló tudományt, mint a fejlődéstan, 227, részben a 156 ábra által elfoglalt oldalon, ha csak vázlatosan és lehetőleg csak az emberre szorítkozva is előadni nem könnyű feladat. A szerző ezt a feladatot ügyesen oldotta meg; a bonyolult feladatok leírását általában talpraesetten süríti össze egyszerű mondatokban. Compendiuma egy tekintetben többet nyujt, mint a hasonló terjedelmű külföldi munkák, pl. *Weisenbergnek* Németországban sokat használt vezérfonala, mert felveszi az újabb kisérletes fejlődéstani és causalis analitykai vizsgálatok eredményeinek egyikét-másikát is, pl. az újabban sokat tárgyalt mitogenetikus sugarak, az organisator-centrumok és fejlődési inductiók tanát. Szívesebben láttuk volna, ha müvében jobban kidomborítja az orvosi szempontot, s inkább mellőz olyan üres szólamokat, mint amilyen pl. a következő: „A petét eszerint mint intellektuális egységet kell felfognunk, melynek végcélja saját magában rejlik, s melynek fejlődése s e fejlődés minden mozzanata a végcél érdekében történik". Komoly kifogásunk van az ábrák nagy része ellen: kár volt a német könyvek finom ábráit durván, szinte impresszionistikus módon ábrázoltatni, s ezzel elrontani. Olyan ábráknak, mint a 23., 25., 36., 37., 43,. 44., 46., 62., 63., 64. és 146. ábra, ma már nem volna szabad magyar tudományos könyvben megjelenni. Kis szépséghiba, hogy a latin nevek egy része rosszul van írva, például kariomär, centromär, cystolisis, assymetria, urether (többször), chorion (írha) arrector pylorum, stb. De e kifogásoktól eltekintve elismerésünket fejezhetjük ki a szerzőnek szorgalmas munkájáért, s az Orvosi Könyvkiadó Társulatnak azért, hogy lehetővé tette e munka megjelenését, melyből az orvostanhallgatók a szigorlatra készülhetnek s a fejlődéstan iránt érdeklődő orvosok érdeklődésüket kielégíthetik. A munkához a szerző volt főnöke és mestere, *Huzella Tivadar* tanár írt előszót.

L. M.

Közkórházi Orvos-Társulat május 20-i ülése.

Bemutatások:

Pilter S.: *Sinu-auricularis block esete.* 43 éves nőbetegen digitalis szedése közben felvett ekg-vizsgálat a sinu-auricularis block ritka eseteit mutatta. A görbe egyik részletén a német iskola beosztását véve alapul az első typusnak megfelelően progressive növekedő P—P távolságot talált a bemutató, egy másik részleten ezen első typus keveredését a másodikkal, ahol ezen P—P távolságok állandó volta mellett maradt el egy P-hullám és a hozzá tartozó kamra-complexum. Ezenkívül észlelt még egymást követő két sinu-auricularis blockot, amelyet nem szakított meg a regularis rhytmus és egy blockirozott auricularis extrasystolét. Ezen block képzésre hajlamot ischaemiás momentumokkal és digitalis intoxicatióval magyarázza.

Voith L.: *Uraemiás tünetek javulása a vesetájék diathermisálására chronikus nephritis esetében.* A vese diathermisálása csökkentette a nitrogen-retentiót, megszüntette az uraemiás tüneteket. A diathermiás kezelés abbahagyása után ismét emelkedett a maradék-nitrogen és kifejlődtek az uraemiás tünetek.

Habán Gy.: *Sajátos lépelváltozás.* (Fibrosis circumscripta lienis). A bemutatott lépelváltozás 61 éves férfi boncolásakor mint mellékes lelet került észlelésre. A lép állományában tyúktojásnyi, élesen körülírt, csontkemény daganat, amely a metszéslapon kékes-fehér, a porcszövetre emlékeztet. A képlet rendkívül sejtszegény rostos hyalinos kötőszövetből áll, amelyben kiterjedt mészlerakodás látható. A regressiv elváltozások miatt igen nehéz annak eldöntése, hogy valódi daganattal, nevezetesen fibromával állunk szemben, vagy csupán a kötőszövetnek körülírt burjánzásáról, úgynevezett fibrosisról van-e szó. Az elváltozás talán a *Rotter* által leírt „fibrosis circumscripta lienis" névvel volna jelölhető, bár ez az elnevezés a folyamat lényegére s különösen genesisére nézve semmiféle utalást nem szolgáltat.

Csatári Szücs I.: *Gyomor perforatiót okozó nagymennyiségű idegen test.* 42 éves, elmebetegség jeleit mutató férfin gyomorperforatio miatt mütétet végezve a gyomrot idegentestek tömegével kitöltve találták. Nagymennyiségü vesszővenyige (amelyek egyike a perforatiót is okozta), gyufaskatulyarészek, papírdarabok s 21 nagyobb, 8 kisebb töltött káposztaszerüleg részint papírba, részint falevélbe csomagolt posztó-, szövet-, vakolat- és széndarabkák kerültek elő a gyomorból büzös, agyagos-pépes massába ágyazva. A kiemelt gyomortartalom 1170 g súlyú volt. A beteg 3 nap mulva meghalt kétoldali pyonephrosisban s myodegeneratio cordisban.

Előadások:

Plenczer S.: *Allergiás szervezetek megbetegedései graviditás kapcsán.* Az allergiás szervezetek nőgyógyászati vonatkozású biologiai változásai: a menses, graviditas, lactatio alkalmával belgyógyászati betegségek súlyosabbakká válhatnak, sőt egyenesen ekkor kezdődhetnek. Igy gyakori az asthma bronchiale rosszabbodása terhesség alatt. A graviditás alatt megváltozik a szervezet hormonegyensúlya, két teljesen új hormontermelőhely lép működésbe: a corpus luteum és a placenta, de egyéb mirigyek működésében is nagy változás áll be. Megváltozik a vér alkalikus hatása, amennyiben ez túlsúlyra jut, míg a terhesség II-ik felében inkább az acidosis irányában tolódik el. A Ca. anyagcsere is változást szenved, hiszen a fejlődő magzat minden Ca. szükségletét az anyától szerzi, de többre van az anyának is szüksége. Vérvegyhatás és Ca.-anyagcsere szorosan összefüggnek. Graviditás alatt első ízben keletkező asthmás roham aránylag igen ritka. Az irodalomban szereplő esetek rövid ismertetése után két saját eset kórtörténetét közli, mindkettőn első ízben a II-ik graviditás alatt állt elő az asthma bronchiale, egyikben állandó, halmozott kamrai eredésü extrasystolékkal együtt. Ezen betegnek panaszai és tünetei, dacára a kezelésnek, teljesen csak a lactatio befejezése után, a másiknak pedig még később szüntek meg. Mindkét esetben magas eosinophylia mellett typikus asthmás köpet volt. Mivel több, mások által is leírt esetben, csak a II-ik terhesség alatt állt elő az asthma br., önkénytelenül az anaphylaxiához keres analogiát az ember. Két allergiás ember házassága nem ajánlatos az utódok érdekében. A terhesség müvi megszakítása ezen complicatio miatt általában nem indokolt.

Varga P.: *Idegentest a gyomorbélhuzamban.* A Szt. Rókus kórház I. sz. belosztályán 1925—1935-ig 150 olyan beteget kezeltek, akik részint öngyilkossági szándékból, részint véletlenségből különböző tárgyakat, ú. n. idegentesteket nyeltek le. Az esetek 96%-a öngyilkossági kisérlet volt és mind a 150 esetben nők szerepeltek. Ezeknek mintegy fele a rendőrségi fogdából került felvételre. A lenyelt tárgyak a legkülönbözőbbek voltak: gombok, csattok, hajtük, tükör, biztositótük, gombostük, varrótük, kávéskanál, 100 drb. kárpitos szeg, hosszú, 8 cm-es szegek, összetört üvegcserepek, kokszdarabkák, amulettek, gilette-penge, stb. Rendszerint többfélét és több darabot nyeltek le. Mind az irodalom, mind a saját nagyszámú tapasztalataik alapján megállapíthatják, hogy a gyomorbélhuzamba jutott idegentestek kezelése általánosságban a belgyógyász feladata. Kivételt képez a téraránytalanság, a beékelődés, a perforatio és az ileus. 150 esetük közül 5% került mütétre, a többi esetben a tárgyak per vias naturales távoztak. Legveszedelmesebbek a könnyü,

jól tapadó, hegyesvégü tárgyak: faszilánk, csontszilánk, halszálka, edénymáz darabkák. Passage-zavart okozó állapotokban és betegségekben, ú. n. mütét utáni összenövések, gynaekologia-betegségek a spontán távozást megnehezitik. Mütétre került eseteik nagy részében az emlitett elváltozások kimutathatók voltak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának március 27-i ülése.

Bemutatások:

Sántha K.: *Tünetszegény ponto-bulbaris glioma.* 13 éves leány, 1 éve fejfájások, 2 hónap óta látásromlás, kettös-látás, szédülés, jobbratántorgás. Felvételi vizsgálatkor jobbratekintés bénult, balratekintés gyengült, fel- és lefelé-tekintés jó, összetérités nehezített. Jobboldali vestibularis nem ingerelhető, baloldalon vestibuloocularis reflex nincs, félremutatás kiváltható. Csukott szemmel jobbra dől, jobbra lateralisál, jobbra félremutat. Pyramis, érzörendszer, egyéb agyidegek épek. Szék, vizelés, pulsus, légzés rendes. 4 D pangásos papilla, fejfájás, szédülés, hányások. Liquor negativ. Cerebellaris daganat gyanúja miatt mütét, mütőasztalon meghal. Boncoláskor a híd és nyultagyvelő határán diónyi intrabulbaris glioma, amely csaknem az egész keresztmetszetet elfoglalja és a IV. kamrát is elzárja. A tünetszegénységet a daganat infiltrativ természete magyarázza, a daganatszövetbe ágyazva az egyes agyidegmagvak müködésképesen existáltak. A bántalmazottság maximuma a fasciculus longitudinalis medialisoknak felelt meg, innen a tekintésbénulás. Bemutató az esetet mint consiliarius látta és a maga részéről kezdettől fogva hidtumornak tartotta. Felhívja a figyelmet arra, hogy a vestibuloocularis reflex megszünésével együttjáró conjugált tekintési bénulás és a vestibularis teljes bénulása jellemzően bulbaris tünetek.

Lehoczky T.: *Klinikai és anatomiai adat a Wilson-pseudosklerosis betegséghez.* A 15 éves leány kórképét jellemzi: a charakterváltozás, mint bevezető tünet, az akaratlagos izomzat extrapyramisos rigora, amely a felső végtagokban extensiós, az alsókban flexiós contracturát okozott, a betegség rohamos rosszabbodása és végül a sepsis, amely a beteg halálát okozta. A kórkép alapján Wilson-féle hepatolenticularis degeneratióra is lehet gondolni, azonban egyes tünetek ennek ellene szóltak (tremor nélküli tiszta akinesis, a Kayser—Fleischer-féle cornealis gyürü hiánya, a májmegterhelési próba normalis értéke, stb.) A kórképet az anatomiai vizsgálat biztositotta, amely szerint Wilson-pseudosklerosis betegségről van szó. A tiszta akinesist a striatumok és pallidumok diffus sérülése magyarázza meg. A belső szervek közül a májban és lépben voltak kifejezett elváltozások (nagy-göbös májcirrhosis, fibroadenia). A pathogenetikai kutatás iránya kettős: 1. klinikailag biztos esetek széleskörü anyagcserevizsgálata, továbbá az összes belső szervek histologiai, chemiai és histochemiai vizsgálata, 2. az experimentalis vizsgálatoknak (Weil—Crandall) szervvizsgálattal kiegészitése.

Sántha K.: A nucleus caudatusban a vena terminalis mentén Parkinson-kórban is észlelt spongiosus felritkulást. Az Alzheimer-féle lebenyes magvakat csak quantitative lehet jellemzőnek tekinteni, mert bizonyos szürke magvak területén idös agyvelőkben különböző kórformákban megtalálhatók.

Lehoczky T.: A vena terminalisok közvetlen közelében talált szivacsos ritkulás a hepato-lenticularis degeneratióban azt bizonyitja, hogy a pathogen agens a vérpályán át terjed. *Sántha* észlelése is ezt igazolja. Az Alzheimer-féle gliamagokról rendkivül nagy irodalom van. Erre időrövidség okából nem tért ki. A qualitativ változást is fontosnak tartja, ha az kifejezett és különösen, ha megfelelő megnagyobbodással jár.

Előadás:

Juba A.: *Adatok az alkoholos myelosis kórszövettanához.* Az első eset klinikai képében a mélyérzés súlyos bántalmazottsága és ennek megfelelően spinalis ataxia dominált minden lényegesebb paresis vagy felületes érzészavar nélkül. Anatomiailag a peripheriás idegek alig bántalmazottak, míg a gerincvelő hátsó kötelében és az oldalpyramisokban gócos jellegü súlyos degeneratiók voltak jelen. Az eset a *Nonne* által leirt alkoholos myelitis intrafunicularisnak felel meg, mely a funicularis myelosisok nagy csoportjába tartozik. A második esetben súlyos peripheriás typusú bénulás és igen kifejezett izomsorvadás állt előtérben. Bonctanilag a peripheriás ideg laesióján kivül igen súlyosan bántalmazott a gerincevlő mellső szarva, mely olyanfokú, hogy retrograd módon nem magyarázható, vagyis nem a peripheriás ideg bántalmazottságának következménye, hanem önálló kórfolyamat. A motoros dúcsejtek erösen megfogyatkoztak, az elülső szarvakban velötlen gócok. Hosonló eseteket *Oppenheim* emlit. A két első szövettani lelete azt mutatja, hogy alkoholismusban ritkán a gerincvelő primaer laesiója is előfordul.

Április 24-i ülés.

Bemutatások:

Gyárfás K.: *Katatonia hatása gyermekkori hemiathetosisra.* 22 éves férfi, kinek szülei 2 éves korában vették észre, hogy a jobb testfele megbénult és rángani kezdett. Beszédzavara nem volt. Azóta változatlan intensitású, hemiparesis és hemiathetosis jelen megbetegedésig. Mult ősz óta ideges, fogy, folyó év januárban érzékcsalódások, kataton-rohamok, vonatkoztatási, üldöztetési téveseszmék. Állapota stuporba csapott át, mely teljesen április elején fejlődött ki. Stupor kifejlödésével párhuzamosan athetosisa teljesen eltünt, majd annak visszafejlődésével újból megjelent. A későbbi ingadozások során a stupor intensitása az athetosissal fordított arányban állott. Az eset újabb bizonyitékkal szolgálhat arra, hogy a kataton stupor nem activ, innervativ, vagy psychomotoros zavar, hanem „Antrieb"-hiányra vezethető vissza.

Szatmári S.: *Malariás polyneuritis.* Az idevágó irodalmi adatok részletes ismertetése után bemutató demonstrál egy 30 éves férfibeteget, akinek 7 éven át malaria tertianája volt. Az utolsó malariás roham után kb. fél évre mindkét keze gyengülni kezdett, majd kétoldali motoros jellegü radialis bénulás alakult ki. Serologiai, haematologiai vizsgálat minden tekintetben negativ. Bemutató malariás aetiologiát vesz fel, miután minden más kóroktani momentum kizárható volt.

Előadás:

Schaffer K.: *Bolyai Farkas idegvilágáról és a lángész természettudományi meghatározásáról.* Bolyai Farkas, a matematikának kimagasló, úgynevezett elitalakja, János fia pedig matematikai lángész volt. Idegrendszerük szempontjából *Szirmayné Pulszky* Henriette foglalkozott mind a kettővel és felölük megállapította, hogy schizoidok. Ezzel szemben előadó csak *Bolyai* Jánost tekinti annak, míg atyjáról, *Bolyai* Farkasról kimutatja, hogy lelkivilágában semmi schizoid vonás nincs; ő számos tehetség birtokosa volt, így nyelvek és emlékezet tekintetében; matematikai tehetsége pedig egyenesen magasabbrendü gondolkodónak tünteti fel. *Bolyai* Farkasnak ezen tehetségei, tekintettel előadónak, valamint *Somogyi* Istvánnak és *Sántha* Kálmánnak meghatározott kimagasló elmetehetségekkel biró egyének agyvelejének behatható vizsgálataira, következtetést engednek arra, hogy agyvelejében a mellső homloki központban és hátul az alsó fali lebenyben mint az elvont gondolkodás, illetve a számolási és nyelvi központokban lehetett *helyi* túlkifejlödés. Ezzel a megállapitással kapcsolatban foglalkozik a lángésznek természettudományi értelemben vett mibenlétével és itt arra a következtetésre jut, hogy két szempont a mérvadó: 1. az anatomiai és 2. a functionalis. Az anatomiai szempont kifejezésre jut meghatározott agyi müködő központok helyi túlkifejlődésében úgy a területi nagyság, valamint a szerkezeti fejlettség tekintetében és ezt nevezi előadó a helyi *hyperorganisatio* jelenségének, mely utóbbi lényegét nem a gyorsitott associatio, hanem a törölmetszetten eredeti, újszerü gondolattársitás teszi ki, amiből teljesen egyéni és nem utánozható szellemi eredmények fakadnak. Végül utal előadó arra, hogy a lángésznek ú. n. *Sociologiai lényege (Lange—Eichbaum) nincsen,* mert sociologiai viszonyok lehetnek elősegitők vagy hátráltatók és így csupán *constellációs természetüek,* de semmiképen sem tartoznak a lángész lényegéhez, melyet csakis agyszerkezeti és müködési viszonyok determinálnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának május 12-i ülése.

Bemutatás:

Germán T.: a) *Polypus adenomatosus septi nasi.* Szokatlan nagyságú, az alsó orrjáratot kitöltő, az orrsövényről kiinduló kétoldali polypszerü hypertrophia kórszövettani metszeteit mutatja be. A megbetegedést kisérő hosszantartó fülkürtelzáródás dobüregi adhaesiv folyamat kifejlödésére vezetett és így a hallás a fülkürt szellözésének visszatérése után állott teljesen helyre.

b) *Az orrüreget kitöltő polypus fibromatosus.* Hurutos jellegű sinusitis maxillarissal kapcsolatosan a középső orrjáratból kiinduló polypus mellett az orrgaratüreget kitöltő, isolált, a choanakba bepréselt és azokat elzáró polypus fibromatosus makroskopai készítményét és szövettani metszeteit mutatja be. A képlet az alsó orrkagylók hátsó polusának lefejtése közben levált és a szájon át távozott. Az esetet, mint choanalis polypus szokatlan megjelenési formáját mutatja be.

Zoltán I.: ad. a) A képletet a septumról kiinduló, gyulladásos eredetű nyálkahártyahypertrophiának tartja. A nyálkahártya szövete alatt érdús szövet keletkezik, amint ez az ú. n. vérző septumpolypusok esetében látható. A készítményen látható mirigy-szaporulat gyulladásos ingerek következtében áll be és különös jelentősége nincs. A nagyforgalmú orr- és gégeklinikán gyakran észlelték ezt a kórképet. ad. b) Az első eltávolított képletet a Highmor-barlangból kiinduló choanalis polypusnak, a másodikat pedig a hátsó kagylóvégek hypertrophiájának tartja, mely hátul patkóalakban körülvette a vomert.

Campián A.: *Ino Kubo* vizsgálatai, szerint a choanalis polypusok rendszerint a Highmor-üregben keletkeznek, ahonnan az ostiumon át a choanák felé terjednek. Számos idevágó praeparatumot demonstrál, melyek az orr- gégekórtani klinikán operált betegektől származnak. A klinikán gyakran észlelnek olyan choanalis polypusokat, melyek az orrgaratüreget kitöltik. A recidivák elkerülése végett fontos a Highmor-üreg feltárása, a polypus eredési helyének felkeresése és ilyen módon történő eltávolítása.

Bajkay T.: Az epipharynxot kitöltő choanalis polypusok nem tartoznak a ritkaságok közé. Hivatkozással e tárgyban megjelent közleményeire, kiemeli, hogy az orr- és gégekórtani klinikán az utóbbi években 33 ilyen beteget észleltek.

Germán T.: *ad Zoltán:* a folyamatot maga is gyulladásos természetűnek tartja. Hozzászólónak a patkóalakú képletre vonatkozó nézetét nem osztja. A choanalis polypus gyakoriságát nem vonja kétségbe, de szokatlannak tartja a képlet megjelenési alakját. *ad Campián:* az ostiummal csupán az orrüregben helyetfoglaló polypus állott összeköttetésben, a széli choanalis polypus nem. Az enyhe melléküregfolyamat mellett radicalis feltárásra nem volt szükség; a félévvel később történt ellenőrzés alkalmával recidiva nem jelentkezett, a melléküreg váladékmentes volt. *ad. Bajkay:* a choanalis polypusok relatív gyakorisága mellett is a széli choanalis polypus jelen megjelenési formáját atypikusnak tartja.

Wein Z.: *Gümőkóros elváltozás felnőttből eltávolított adenoidban.* 39 éves nőbeteget mutat be, akinek 20 évvel ezelőtt apicitise volt, de rövidesen kigyógyult. Fülbaja miatt 19 évvel ezelőtt orrműtétet végeztek rajta és azóta kiszáradásra hajló orrhurutja van. A betegen két-datolyányi adenoid volt megállapítható, amelynek eltávolítása után a górcsövi vizsgálat kiderítette, hogy a hámalatti lymphoid-állományban számos sejtes gümő van, amelyekben sajtosodás alig mutatható ki. Az esetet azért mutatja be, mert az adenoid gümőkóros elváltozása ép tüdejű felnőttön ritka. Esetében nyilván a garatboltozat nyálkahártyájának elsődleges fertőzéséről volt szó a tág orrüregen keresztül, mert úgyszólván kizárható, hogy a 20 év előtti apicitis okozta volna az adenoid fertőződését haematogen úton. A befészkelődött gümőkór chronicus ingerére megduzzadt nyálkahártya utánozta az adenoid vegetatio képét.

Campián A.: Az adenoid vegetatio latens tuberculosisát csak nemrégiben is volt alkalma észlelni az orr- és gégekórtani klinikán 28 éves férfin. Az orrgaratban kb. diónyi adenoidszerű képlet volt látható, amelyet adenotommal távolítottak el. A szövettani vizsgálat tuberculosist derített ki; a szervezetben egyéb tuberculosus elváltozás nem volt kimutatható.

Safranek J.: A mandolák latens tuberculosisa elég gyakori; a műtéttel eltávolított orrgarat- és torokmandulák rendszeres szövettani vizsgálatakor az egyes vizsgálók eseteik 2—12%-ában találtak tuberculosus elváltozásokat.

A klinikai tünetek nélküli esetekben pathogenetikai szempontból fontosabbak azok, amelyekben a kórokozó első ízben a garatbeli nyirokcsomó-gyürün át hatolva a szervezetbe, a a primaer complexum a nyaki nyirokcsomókban fejlődik ki, honnét a fertőzés a nyirok- és vérpálya útján elterjed.

Dénes L.: *A phonasthenia kórismézése és összefüggése a műtéti beavatkozásokkal.* A phonasthenia énekesek, szónokok, színészek és vezénylők foglalkozásából eredő betegsége, melyben a patiens által közölt subjectiv és objectiv akustikai tünetek és a rhino-laryngoskopiai elváltozások között semmiféle összefüggés nincsen. Tekintettel arra, hogy az esetleges műtéti beavatkozások javalatában a functionális vizsgálat a döntő, szükséges a phoniatriai vizsgálat is. A műtéti beavatkozás csak egy részét alkotja a phonasthenia therapiájának. A tünetek centralis eredésűek lévén, a kezelés súlypontja mindig az u. n. gyakorlatozó therapián van.

Laub L.: Tapasztalatai szerint, amennyiben a tonsillák eltávolítása javalt, a műtét énekeseken is aggodalom nélkül elvégezhető. Ha az operatio kellő óvatossággal történik, a hangra nem ártalmas.

Némai J.: Kiváló énekesek manduláit kockázatos eltávolítani, mert nem tudhatjuk, hogyan változnak meg a resonantia-viszonyok és az énekhang értékes hangszíne nem szenved-e.

Wein Z.: Bár nagy gondot fordít a mandulák alsó polusának eltávolítására, mégis megszívlelendőnek tartja előadó figyelmetetését, hogy énekeseken az alsó polust inkább kiméljük, mert a nyelv felé mélyen leterjedő műtéti sebzés a lágyszájpad heges kötöttségéhez vezet.

Dénes L.: Kiemeli, hogy előadásában nem absolut műtéti indicatiókról, hanem csupán a phonastheniások operálásáról szólott.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulása április 29-i ülése.

Bemutatások:

Fehér L.: *Rosaceás keratitis esete.* Férfibeteget mutat be, aki a tüneti szemészi kezeléssel egyidőben Géber-féle vaccinás kúrában részesül. Keratitise és bőrrosaceája gyógyul.

Zsingor B.: *Nagykiterjedésű vastagbélresectio carcinoma miatt és azok jól bevált műtéti előkészítése.* 72 éves asszonyon a belet 6 cm hosszú, hengerszerű, ceruzavékonyságúra beszükítő colon ascendens cc. miatt, mely infiltrálta a coecumot is, egy ülésben, kiterjedt colon ascendens, coecum és 10 cm-es ileum részlet-resectiót végeztek. Osztályuk bevált előkészítése 4—5 napig tart. A belek kiürítését, összeesését, gáztalanítását és fertőtlenítését célozza. Diaetával, hashajtók, beöntések, bismuth, szén, salol, opiatok adagolásával érik el. Egy férfibetegen, kit chronikus, többször exacerbált subacut stadiumban levő appendicitissel vettek fel, coecumresectiót kellett végezni, mert a kórbonctani kép cc.-s tumortól nem volt elkülöníthető. Kisujjat be nem fogadó, 3 cm hosszú coecumszűkületet okozott appendixe 10 cm kerületű volt. A kórszövettani kép mutatta meg, hogy appendicitisből kiinduló súlyos coecum- és környéki gyulladás okozta a tumorszerű elváltozást. *Aschoff* és *Lanz* is leírnak hasonló eseteket, mikor nemcsak makroskopikusan, de mikroskop alatt is nehéz lehet a megkülönböztetés.

Előadások:

Kraicsovits R.: *A vérátömlesztéshez szükséges véradóközpontok szervezete Európában.* Az európai államokban megszervezett véradóközpontok keletkezéséről, szervezéséről, működéséről beszélt. Anglia, Olaszország, Németország, Szovjet-Oroszország vértadó központjainak szervezetét és működését ismertette részletesen. Előadása végén megemlítette, hogy helyesnek tartaná, ha Magyarországon is meg lehetne szervezni a vértadó központot.

Epstein T. és Grün Gy.: *A sternum-punctio diagnostikai és prognostikai jelentősége.* Az élőből nyert csontvelő vizsgálata különösen a vérképző szervek megbetegedései, de más betegségek esetén is igen jól használható klinikai vizsgálóeljárás. A technikai kivitele egyszerű, veszélytelen és fájdalmat alig okoz. A csontvelőt a szegycsontból nyerik *Arinkin—Arjeff* eljárása szerint a *Clima* és *Rosegger* által ajánlott punctiós tüvel. Ismertetik a normalis csontvelő sejtjeit, qualitatív és quantitatív elosztási viszonyaikat és az infectiosus, daganatos és vérképző-rendszer betegségeiben talált csontvelőelváltozásokat. Értékes eredményeket szolgáltat a csontvelő bakteriologiai vizsgálata. Felhívja a figyelmet a cytologiai kórjelzés nehézségeire.

Löwinger S.: Megerősíti az előadók azon véleményét, hogy a sternum-punctio egyszerű és veszélytelen eljárás. Több mint 200 esetben végezte ezt a beavatkozást és soha semmi kellemetlen következmény nem fordult elő. Nagy

tapasztalatot kíván a képek megítélése. Nagy elméleti és diagnostikus jelentőséget tulajdonít a különböző reticulussejteknek, melyeknek már eddig többféle fajtáját sikerült megkülönböztetnie. Bármilyen nagy diagnostikus értéke is van a sternum-punctiónak, még sem szabad szem elöl téveszteni azt, hogy nem minden esetben lehet a sternalis csontvelöből kivett kis részletből az egész vérképző-rendszer állapotára következtetni.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának április 29-i ülése

Előadás:

Meskó Z. üléselnök: Kegyeletes szavakkal búcsúztatja el az elhunyt *Poór Ferenc* egyet. ny. r. tanárt, aki 1930—35. években az egyesület elnöke volt és a szakosztály felvirágoztatása körül hervadhatatlan érdemeket szerzett.

Lajos S. és Gerendás M.: *Spektrographiai vizsgálatok egészséges és cukorbajos egyének gyomorbennékén.* Egészséges egyének nativ éhgyomri benneke az ultraibolyában egy selectiv absorptiót ad, melynek maximuma 274—277 mu, minimuma 251—253 mu körül van. Ez az absorptiót adó anyag úgy *Karczag*, mint saját vizsgálataik szerint a különböző absorbensekkel, oldószerekkel, savval, lúggal szemben tanúsított tulajdonságai miatt a B-vitamincomplexummal hozható összefüggésbe. A nativ éhgyomri benneknek Fuller-földdel kezelése után a gyomornedv egy, a fentihez teljesen hasonló absorptiót ad azzal a különbséggel, hogy az absorptiós görbe laposabb lefutású, mint az nativ éhgyomri nedvnél látható. A maximum és minimum nem változik. Abból a feltevésből kiindulva, hogy a Fuller-földhöz valamilyen anyag adsorbeálódott a gyomornedvből, az adsorbenst $BaOH_2$-al mjd cc. kénsavval kezelik s a szüredéket 60°-on vacuumban besürítik s pH 4.5 mellett elkészitik az ily módon kezelt gyomorbennékről a spektrographiai felvételeket. A vizsgálatokból kiderült, hogy az ily módon kezelt gyomorbennék szintén ad egy absorptiót, mely nemcsak lefelé, hanem oldalfelé a távoli ibolya felé is eltolódik. Az absorptio maximuma 260 mu, minimuma 247 mu körül van. Feltételezik, hogy ez a selectiv absorptiót adó anyag a B_1vitamin lenne. A tiszta B_2 B_1 vitaminokról készült felvételek absorptiós görbéi teljesen egyeznek a nativ és a vázolt módon Fuller-földdel kezelt éhgyomri bennék absorptis spektrumával. Vizsgálataik alapján feltételezik, hogy a gyomornedv tulajdonképen vitamin-sectumnak tekinthető, melynek absorptiós spektrumát a nagyobb concentratióban jelenlévő B_2-vitamin teszi jellegzetessé, míg a B_1-vitamin concentratiója oly kicsiny, hogy csak megfelelő eljárással mutatható ki. Hasonló vizsgálatokat végeztek cukorbeteg egyének gyomorbennékén is. Kiderült, hogy diabetes mellitusban szenvedő egyének gyomornedve úgy nativ állapotban, mint Fuller-földdel kezelés után egy, az egészséges egyénekével teljesen megegyező selectiv absorptiót ad, a különbség csak annyi, hogy az absorptiós görbék jóval laposabb lefutásúak mint az egészségeseké. Cukorbeteg egyének gyomornedvének Fuller-föld adsorbeatumáról készült spectrum teljesen elveszti selectivitását. Cukorbeteg egyének gyomornedvéből tehát hiányzik egy olyan anyag, mely a B_1-vitamin spectrumára jellemző szinképet adja. Ez az anyag feltevésük alapján a B_1-vitamin lenne. Eszerint a diabetes mellitus esetén a B_1-vitamin-háztartás zavara van jelen, endogen eredetü hypo- vagy dysvitaminosisról volna szó. A szervezet ennek következtében nem tudja kellő concentratióban a B_1-vitamint a gyomornedvbe secernálni.

Blazsó S.: *A csecsemő kénanyagcseréje természetes és mesterséges táplálék mellett.* Vizsgálatainak kiinduló pontja az az ismert tény, hogy a kénforgalomból ép úgy következtethetünk a fehérjeanyagcserére, mint a nitrogén-mérlegből, sőt sok tekintetben még jobban. Eredményei:

1. A táplálék kénjének 90—95%-a felszívódásra kerül függetlenül a táplálék minőségétől.

2. A retentio nagyságát a táplálék befolyásolja: míg a nativ női tej kénjéből a csecsemő szervezete 80—90%-ot retineál, ha a női tejet felfőzzük, a retentio már csökken, s tehéntejben bevitt kénvegyületekből pedig a csecsemő szervezete még kevesebbet retineál. Vizsgálatai során arra a következtetésre jut, hogy a fehérjék biologiai értéke relatív, csak meghatározott állatfajra vonatkoztatható. Ezért az ilyen irányú állatkísérletek eredményeit sem lehet teljes egészében az emberre átvinni.

Kramár J.: A természetes és mesterséges táplálás különbözőségének problemája még mindig foglalkoztatja a gyermekgyógyászokat, ami érthető, hiszen minél többet tudunk róla, annál valószínübb, hogy megtaláljuk azt a mesterséges táplálékot, amely a legjobban tudja megközelíteni a női tejet. Úgy látszik, hogy női tej és tehéntej közti különbség egyik legfontosabbja a fehérjében van, még pedig nem is annyira a könnyen kiegyenlíthető mennyiségi viszonyokban, mint inkább a minőségben. Azon megállapítás mellé, hogy a biologiailag értékesebb albumin s a kevésbbé értékes casein aránya a csecsemő számára előnyösebb a női tejben, mint a tehéntejben, előadó újat állit, megmutatva, hogy a fehérjefajtáknak főleg kéntartalmú alkatrészeiben van a különbség főoka.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztálya április 27-i ülése.

Bemutatás:

Szilárd Z.: *Cholescysta-megbetegedés ritkább esete.* A lambliosist ismerteti Pécsett előfordult esetekben. Kiemeli a duodenalis-öblítések jó hatását a salvarsan-kezelés mellett.

Előadások:

Adler-Rácz A.: *A vesekörüli genyedések.* A pécsi sebészeti klinika legutóbbi 5 éves anyagából összegyüjtött vesekörüli gyulladásos folyamatok pontos megfigyelése és a kórisme felállítására igénybe vett vizsgálatok eredményének a mütéti lelettel összehasonlítása alapján a gyulladásos folyamatok elhelyeződését, illetve a veséhez mért viszonyát illetően érdekes és a gyakorlat szempontjából megemlítésre méltó adatok kerültek feljegyzésre. A kórképek ismertetése után az esetek tanulságait a következőkben foglalja össze: Az áttételi vesekörüli genyedések közül a kifejlödött paranephritikus tályog felismerése nehézségekbe nem ütközik. Nem mulaszható el azonban vizsgálatkor a vesék szerepének tisztázása, legalább chromocystoskopia alkalmazásával, nehogy esetleg elzárt és környezetbe áttört vesegenyedés rejtve maradjon. A vándorvesével kapcsolatos vesekörüli gyulladások, melyek a süllyedt vesét rögzitik, általában jóindulatúak, de kifejlödhetik mütéti beavatkozást igénylő súlyosabb elváltozás is. Az atypusosan elhelyezkedő epinephritisek s a metastatikus vesetok alatti tályogok kórismézése pontos urologiai vizsgálatot és pyelographiát igényel, mert csak a korai felismerés és mütéti megoldást mentheti meg a vesét.

Frankl J.: *A protonsil értéke az orbánc gyógyitásában.* Szerző a protonsil irodalmának áttekintése után 10 nem orbáncos betegen végzett ellenörző vizsgálatait ismerteti. Utána 40 protonsillal kezelt orbáncos beteg sorsáról számol be. Részletesen tárgyalja a klinikai képnek, a hömérsékletnek, az érverésnek, a színtelen vérsejtek valóságos számának, a minőleges vérképnek, az egyes vérsejtféleségek valóságos számának és a vörösvértestek süllyedési sebességének alakulását a kezelés folyamán. A protonsil hatásmódját illetőleg a szervezet védőerejének megnövekedését határozottan a bakteriumölő-hatás fölé helyezi s ezt a véleményét részletesen kifejti. A protonsilt kiválóan ható orbánc-elleni szernek tartja, alkalmazása óta egy beteget sem veszitettek el orbáncban, s a gyógyulás a szer alkalmazása után pár nap alatt bekövetkezett.

Láng M.: Szintén azt hiszi,hogy nem direct baktericid-hatásról van szó, hanem elsősorban a szervezet védekező erőinek megfelelő mobilisálásával fejti ki a szer hatását. Két körülményre hivja fel különösen a figyelmet: az egyik a szer prophylactikus hatása, a másik az a körülmény, hogy a gócok gyógyulása kívülről befelé történik.

Elek P.: 1 tonsillitis és 1 carbunculus esetében jó eredményt látott a prontosiltól.

Megjegyzések Matusovszky András dr. cikkére.

A szülészeti ügyek miniszteri biztosságában egykoron működő illusztris szerző közleményében a gyermekágyi láz-esetek tanulságaiként egész sor, két részben felsorolt javaslatot tesz, melyekkel a bejelentésekből származó bajokon remél segíthetni. A kérdés olyan nagy jelentőségű, hogy annak közegészségügyi és gyakorlóorvosi szempontból megvilágítása is indokoltnak látszik.

A küzdelem kiindulópontja a szerző szerint is a megbetegedések bejelentése (404. old. 2. bek.), szerinte azon-

ban a 45.000—1930. sz. N. M. M. rendelet hatálya nem terjed ki a fővárosra, a vetélések bejelentése pedig csupán Baranya vármegye és Pécs város területén kötelező. (417. oldal, 1. pont.)

Ezzel szemben „Az orvosi gyakorlat szabályai" című kitünő műben *Melly József* szfőv. tisztiorvos „A gyakorlóorvos kötelességei" c. fejezetben a következőket írja: (83. oldal, utolsó bekezdés) „Minden vetélési eset, tekintet nélkül a magzat korára, az illetékes kerületi tisztiorvosnak, a kerületi előljáróságon és a gyógyszertárakban dijtalanul kapható nyomtatvány pontos kiállitása útján bejelentendő (3500—1924., 4300—1929. N. M. M. sz. és 15885—1887. polgm. sz.). A gyermekágyi láz bejelentésére vonatkozóan *Melly* hasonlóképen ír az 1876. XIV. tc. 80. §-ára hivatkozva (60. old.).

A hiba tehát nem ott van, hogy a 45.000—1930. N. M. M. rendelet hatálya a fővárosra nem terjed ki, hanem ott, hogy a bejelentések nem történnek meg, még az intézetekben sem, ahol pedig — a fővárosban — elismert szakemberek működnek, akiknek a gyermekágy és vetélés kérdésében — úgy a helyes kórisme idejében történő felállitását, mint az elkövetett hibák, mulasztások büncselekmények megállapitását illetően a kellő szakértelmük és gyakorlatuk megvan.

Miután pedig a fővárosban a szülések túlnyomó és egyre fokozódó része intézetekben, szakorvosok vezetése alatt folyik le, vidéken hasonló folyamat kifejlődése észlelhető, sőt a szövődményes szülések intézeti beutalása szinte rendszerré vált, arra a megállapitásra kell jutnunk, hogy a gyermekágyiláz-esetek kérdésének súlypontja a kórházakban van, a bejelentések megtörténte ott hatékonyan ellenőrizhető, a kórházak szakorvosai a fertőzés forrásának kutatásával és a bejelentőlapon feltüntetésével megbizhatók, sőt a 36500—1930. N. M. M. rendelet alapján kiadott fertőző beteg-bejelentő lapokon a „fertőzés valószinű forrása" cimű rovat is található, azt tehát kellő figyelemben lehet — és kell is — részesiteni, miáltal a kerületi szülészfőorvosok haladéktalanul folyamatba tehetik a szülészeti, közigazgatási és büntetőjogi szempontból szükségesnek itélt eljárásokat.

Ami a megtörtént bejelentést követő helyhatósági orvosi praeventiv intézkedéseket illeti, a 95000—1902. sz. B. M. r. 15. §. 4. p.-jának a szerző által leirt azon intézkedései, amelyek a bába egyéni fertőtlenítését, a lázas gyermekágyas kezelésétől vagy más szülés vezetésétől eltiltását rendeleik el, a falusi gyakorlat szempontjából teljesen elméleti jellegűek, mert ott, ahol csak egy bába van, az a szülésvezetésben (közbába) alig helyettesithető, ahol pedig a bába kertészkedik, disznót tart és mos — pedig hol nem kénytelen mindezt falun, saját háztartásában megcsinálni? — ott a fertőtlenités hatékonysága kizárt. Mindez főleg akkor áll ha a rendelkezés késik és a bába időközben már egyéb szüléseknél is segédkezett.

A bejelentések kérdése tehát kétségtelenül új rendezésre szorul. Körvonalozni kell a gyermekágyi láz fogalmát, hogy abból minden bába és gyakorló orvos határozott képet kaphasson a gyermekágyban észlelt lázas folyamat bejelentendő jellegéről. E célból miniszteri rendelet kibocsátását tartjuk szükségesnek, amely e téren részletes utasitásokkal és magyarázatokkal szolgál, miheztartás céljából. Szerény véleményünk szerint a mai orvosnyomor és túltermelés mellett szükség és lehetőség volna arra, hogy egyrészt *a bejelentések dijaztassanak*, ami a bejelentési készség fokozására minden esetre alkalmas, másrészt *a közegészségügyi felügyelői kar létszáma szakorvosokkal kiegészittessék*, tehát az orvosi munka ellenőrzése szakszerübbé és alaposabbá tétessék, annak helye az irodából a betegágy mellé tétessék.

Abban egyetértünk a cikkíróval, hogy a Szülészeti Rendtartás számonkérő munkája a munka szakszerűbb és lelkiismeretesebb ellátása érdekében igen értékesnek bizonyult és bizonyos nyomást gyakorolt a bábákra az orvoshivás, a gyakorlóorvosokra az intézeti beutalás koraibb és gyakoribb igénybevételére. Nem szabad azonban elfelejteni azt, hogy épen a legsürgősebb, súlyos, elhanyagolt esetekben rögtöni intézkedésekre van szükség és nagyobb baj az, ha az intézkedésre kényszerült közeg a szülőnőt továbbküldéssel lerázza, mintha a helyzet kényszere alatt csekélyebb tudása és gyakorlata által magyarázható hibát követ el beavatkozásával (többnyire a sterilitás rovására), akár az anya, akár a magzat életének megmentése érdekében, ami elsősorban elvérzés és méhrepedés veszélye esetén áll fenn.

Ami a szülések aseptikus ellátását illeti (411. old. 2. bek.), ez csupán a szakemberek elméleti óhajtása, amelyet a legjobban felszerelt klinikákon is csak egy bizonyos gyakorlatilag elfogadható arányig sikerült megközelíteni. A valóságban a méhür fertőzése mindenkor beáll (genyes lochia) és a megbetegedés az anya ellenállóképességén múlik. Szerény véleményünk szerint a Semmelweiss-féle tanok és a bakteriologia hatása alatt a szakemberek az első módot egyoldalúan hangsúlyozzák, a második, az ellenállóképesség védelme csupán az újkeletű és hazánkban csupán helyenkint és ott is sok nehézséggel küzdő egészségvédelmi, terhes-gondozó tanácsadásokon folyik. Közismert dolog, hogy a nemibetegségek, bűnös vetélések, fogamzást gátló szerek, lúgos irrigáló folyadékok a szülőutak természetes ellenállóképességét lerontják és a gyermekágyi megbetegedés okai között a szülés előtt rövid idővel végzett közösülés fertőzés és korai burokrepedés okozásával szerepel. Kevéssé méltányolt tény azonban az, hogy a falusi nép nője csukott nadrágot nem visel, irrigatiót nem használ, gátrepedését nem varratja, kivétel nélkül ezen okok által fenntartott fehérfolyásban szenved, a gyermekágyi fertőzéssel szemben mégis ellenállóbb, amit ezen „piszokfertőzés" actív immunisáló hatásának kell betudnunk.

Mindezekből azt a következtetést kell levonnunk, hogy a cikkíró által ajánlott praeventiv intézkedések körét ki kell terjeszteni a gyermekágyi láz esetek korai bejelentéséből megállapitható hibákon, bűnözésen és mulasztásokon túl, elsősorban általános egészségtani oktatás, másodsorban korai szakszerű és általános terhesgondozás formájában, mert lényegében csak ez az igazi praeventio. A terhesgondozással a családvédelmi gondozórendszer és a Stefánia szakvédelmi rendszere egyaránt foglalkozik, hiányzik azonban a körzetek országos hálózata és a terhesgondozás igénybevételének kötelezővé tétele, ami által épen a legjobban rászoruló, hanyag, tudatlan, szegény, satnya elemek maradnak ki a terhesgondozás áldásaiból. Szükséges tehát, hogy a cikkíró közleményének végén javasolt Szülészeti Törvény — mint a Szülészeti Rendtartás koronája — az egészségvédelem, terhességbejelentés, terhesgondozás igénybevételét tegye kötelezővé, azon indokolás alapján, hogy az anyák egészsége, az élveszületések száma és a gyermekek életképessége elsőrendű államérdek, aminek szolgálatára active és passive mindenki köteles.

Ami azon javaslatokat illeti, amelyeket szerzőnk tanulmányának tanulságai alapján a 413. oldalon tizenegy pontban, a 417. oldalon tizennégy pontban foglalt össze, ezekre nézve a következőket jegyezzük meg:

Az I. csoportra vonatkozóan:

A gyermekágyi láz esetek csökkentése érdekében az intézeti szülés megkönnyítése, minden igénylő részére ingyenesen igénybevehetővé tétele a legfontosabb. Ennek anyagi megalapozása érdekében a *mezőgazdasági betegségi biztositás megszervezésére van szükség,* ugyanez vonatkozik a bábakérdés megoldására is, ahol a baj az anyagiak hiánya. A falusi szülőszobákra az egészségházakkal és a községi „járványkórházak"-kal kapcsolatban valóban szükség van, főleg sürgős, váratlan, nem szállitható esetek ellátására, *ennek anyagi fedezetét szintén a mezőgazdasági betegségi biztositás megszervezésével kapcsolatban kell előteremteni.* A szülészeti segélynyujtás megjavitásával kapcsolatban (413. old. 9. pont b. és c.) az ország szülész-szakorvosi körzetekre felosztását tartjuk szükségesnek az emlitett „Szülészeti Törvény" keretében, olyan módon, hogy a helyi, távolsági és útviszonyoknak megfelelő nagyságú körzetekben szülész-szakorvosok helyeztessenek el és a mentőszolgálat megfelelő körzeti szerve tegye lehetővé a körzet szülőnőinek a szakorvoshoz, vagy a szakorvosnak a szülőnőhöz szállitását, amivel kapcsolatban a községi telefonállomások és azok éjjeli szolgálatának rendszere is kiépitendő a községi éjjeli őrök megfelelő kioktatásával.

A II. csoportra vonatkozóan:

A vetélésekkel kapcsolatosan kötelező boncolás anyagi alapjának előteremtéséről ugyancsak a „Szülészeti Törvény"-nek kell gondoskodnia, mert a biróságok a boncolások elrendelésével akkor is takarékoskodnak, ha azt az orvos kifejezetten kéri (3 saját eset; egy községben egymás mellett lakó 3 vetélés után sebfertőzésben elhalt nő boncolását eredménytelenül kértem irásban).

A művi vetélések kérdésének törvényes rendezésétől eredmény nem várható, mert addig, amig a terhesek a vetélés érdekében életüket is hajlandók kockára vetni és a vetélés megindításának sok módja közismert, viszont a megindult vetélés befejezése „sürgős szükség" cimén indokolt, a bizonyitás rendkivül nehéz és ritkán sikerül, a felállított gátak csak kerülő utak kieszelésére adnak alkalmat.

Megjegyzéseinket röviden abban foglalhatjuk össze, hogy bár — a szerzővel teljesen egyetértve, — a törvényes és szervezeti keretet — a Szülészeti Rendtartást, annak számonkérő munkáját és a javasolt Szülészeti Törvény megalkotását — nélkülözhetetlennek tartjuk, a *kérdés súlypontjául mégsem ezt, hanem az anyagi alap megteremtését tartjuk tekintendőnek.* Egyedül a megfelelő anyagi eszközök adnak lehetőséget egyrészt arra, hogy a bába- és orvoskérdés a szakszempontokat kielégitő módon megoldassék, másrészt az intézeti szülés és szakorvosi ellátás minden rászoruló számára biztositassék. A szülészeti viszonyok megjavitása érdekében nem elégszünk meg a bejelentésekből kitünő hibák és bajok gyorsabb kivizsgálásával, hanem az ellenőrzés és számonkérés munkáját az irodából a betegágy mellé tartjuk helyezendőnek, szülész-szakorvosi körzet-rendszer kiépitésével. A praeventiv intézkedések területét is az iroda helyett az egészségvédelmet szolgáló tanitásra, nevelésre, általános és szakvédelmi rendszerben folyó kötelező jellegű terhesgondozásra tartjuk kiterjesztendőnek. Mindezen intézkedések egységes és tervszerű keresztülvitele érdekében szükségesnek tartjuk azt, hogy a szülészeti ügyek az általános egészségpolitikába harmonikusan illesztessenek bele és ennek keretében a szaporodás szempontjából legértékesebb és legfontosabb népréteg, — *a mezőgazdasági betegségi biztositás megszervezésével,* — kellő egészségügyi és szülészeti gondozásban részesittessék.

Zemplényi Imre dr., bányaorvos.

Megjegyzés Bárdossy István dr. cikkére.

(Gyermekek csonttöréseinek véres helyretevése. O. H. 23. sz.)

Bárdossy kartárs úr e közleményében a gyermekkori csonttörések, főleg a combfracturák véres operatív kezelése mellett tör lándzsát és 15 esetre vonatkozó kedvező tapasztalatai alapján e töréseknek csontvarrat nélküli véres helyretevését ajánlja. Ami ez utóbbit: a varratnélküli repositiót illeti, teljesen egyetértek vele. Elismerem, hogy friss esetekben, ha már véres műtétre határoztuk el magunkat, a törtvégek egyszerű, varratnélküli összeillesztésével is jó eredményt érhetünk el. Kívánatos tehát, hogy ott, ahol lehetséges, ezt az egyszerű eljárást alkalmazzuk, mert minél kisebb szövetsérülést okoz a műtét és minél kevesebb idegen anyagot süllyesztünk el, annál jobb. A varratnélküli véres repositiót egyébiránt *Verebélyi* már régen ajánlotta kisgyermekek supracondylaer felkartöréseinek kezelésére s ezt magam is több esetben sikerrel végeztem. *Koós* 117 operált eset közül 19-ben végzett egyszerű összeillesztést vagy beékelést.

Más kérdés az, hogy kell-e egyáltalán gyermekek csonttöréseit véres úton kezelnünk? *Bárdossy* közli, hogy ő minden harántt combtörést véresen reponál, ferde és spiralis törést pedig akkor, ha a rövidülés 1 cmnél nagyobb. Azt hiszem, hogy ez az álláspont túlradicalis. Bár vannak az operativ kezelésnek is szószólói (nálunk *Koós* Aurél), a szerzők túlnyomó többsége ma a vértelen kezelés híve. Magam is több előadásban és közleményben* hangoztattam, hogy a gyermekkori csonttörések (tehát a combtörések is) kivételes esetektől eltekintve conservativ kezelésben részesitendők. A szokásos vértelen töréskezelési eljárások gyermekeken kifogástalan eredményt adnak még akkor is, ha a teljes bonctani reconstructio nem sikerült, mert számtalan példa bizonyitja, hogy deviatiók és rövidülések a növekedés folyamán szépen kiegyenlitődnek, a functio pedig gyorsan és tökéletesen helyreáll.

A véres repositiónak tehát (eltekintve a nagyfokú, teljességgel ki nem egyenlithető dislocatióktól és bizonyos izületi törésektől) különösebb előnye nincs, viszont kétségtelen, hogy műtéttel a fedett csonttörést nyilt töréssé alakitjuk át s igy — legalább is elméletileg — fertőzési lehetőségeket teremtünk.

Távol van tőlem, hogy a véres műtét veszélyeit annyira túlozzam, mint pl. *Böhler,* aki ezt a töréskezelés „legvégzetesebb" újításának tartja, de nem látom be, hogy miért tegyük ki a kis betegeket a legcsekélyebb kockázatnak is, amikor vértelen módszerekkel is minden tekintetben kielégitő gyógyulási eredményeket érhetünk el.

Milkó Vilmos prof.

* *Milkó:* Adatok a gyermekkori csonttörések kezeléséhez. Orvosi Nagyhét, 1932. — Behandlung der Frakturen im Kindesalter .— Kinderärztliche Praxis. 3. év. 1. füz.

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A Kormányzó *Verebélyi Tibor* professornak, az Igazságügyi Orvosi Tanács elnökének az igazságügyi közszolgálat terén húsz éven át kifejtett értékes és eredményes működéséért a magyar érdemrend középkeresztjét, *Ritoók Zsigmond* professornak, az Igazságügyi Orvosi Tanács jegyzőjének pedig az igazságügyi közszolgálat terén három

évtizedet meghaladó buzgó működéséért a magyar érdemrend tiszti keresztjét adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi minister *Korányi András dr.* egyet. tanársegédnek a Ferenc József Tudományegyetem orvostudományi karán „Az anyagcsere betegségek pathológiája" c. tárgykörből történt magántanári képesítését tudomásul vette és öt e minőségében megerősítette.

Halálozás. *Schuh Emil dr.* mentőorvos f. hó 9-én 47 éves korában Budapesten elhunyt.

A vidéki Egyetemek Rector és Dékán választásainak értelmében az 1936/37. tanévre a *szegedi egyetemen* rectorrá *Erdélyi László dr.* bölcsészettudomány-kari ny. r. tanárt, orvoskari dékánná *Miskolczy Dezső dr.* orvoskari jegyzővé *Rusznyák István dr.* egyet ny. r. tanárokat, a *pécsi egyetemen* rectorrá *Dambrovszky Imre* dr. jogi kari ny. r. tanárt, orvoskari dékánná *Gorka Sándor dr.* orvoskari jegyzővé *Albrich Konrád dr.* egyet. ny. r. tanárokat, a *debreceni egyetemen* rectorrá *Tankó Béla dr.* bölcsészettudomány-kari ny. r. tanárt, orvoskari dékánná *Neuber Ede dr.* egyet. ny. r. tanárt, orvoskari jegyzővé *Went István dr.* egyet. ny. rk. tanárt választották.

A szegedi Tudományegyetemen üresedésben levő bonctani, szövet- és fejlődéstani tanszék betöltésével kapcsolatban a jelölések a következőképen történtek: első helyen aequo loco: *Gellért Albert* a szegedi Ferenc József Tudományegyetem bonctani intézetének adjunktus magántanára, *Röhlich Károly*, a pécsi Erzsébet Tudományegyetem bonctani intézetének adjunktus magántanára, *Törő Imre*, a debreceni Tisza István Tudományegyetem bonctani intézetének adjunktusa. Második és harmadik helyen a Kar senkit nem jelölt.

Báró Korányi S. és Grósz E. professoroktól a budapesti Kar jún. 16-i záróülésén *Darányi Gyula* dékán a következő meleg szavakkal vett búcsút:

„Mielőtt az elnöki előterjesztéseket befejezném, nem mulaszthatom el, hogy a Kar nevében búcsúszavakat ne intézzek két tanártársunkhoz, *Korányi Sándor* bárónhoz és *Grósz Emilhez*. Bár nyugalombavonulásuk csak július 1-én történik, mégis a mai rendes kari ülés az utolsó, amelyen őket körünkben üdvözölhetjük. A két, az egész világon ismert nevű professor-társunk egyszerre távozása olyan vesztesége karunknak, amilyent hosszú története alatt keveset ért meg. Mindketten hazánkban és külföldön is az egész budapesti kar tekintélyének emeléséhez nagymértékben járultak hozzá. Magam is külföldi utazásaim alkalmával, amikor facultásunkról szó volt, többször hallottam *Korányi* és *Grósz* nevét, mint a pesti egyetem hírességeiét emlegetni. Legutóbb is a lyoni egyetem díszdoctorrá avatottak fényes sorába emelte a magyar *Korányi Sándort* és *Grósz Emilt*. Mindketten olyan kiváló orvosi iskolát teremtettek, amelyből a legelsőrangú szakemberek kerültek ki, akik a magyar orvostudománynak mindenütt elismerést szereztek.

Úgy *Grósz* Emil, mint *Korányi* Sándor báró munkaképessége, szellemi energiája csorbítatlan. Nagy kára tehát a kiképzésnek, hogy az ő munkakészségük tovább nem vehető igénybe hivatalosan. De én azért remélni szeretném, hogy ők segítségüket a facultástól nem vonják meg ezután sem. Erre a segítségre pedig nekünk továbbra is szükségünk van. *Korányi* professor már kilátásba helyezte, hogy klinikáján tovább is dolgozni kíván, *Grósz* Emil pedig kedvenc működési területét, az Orvosi Továbbképzés munkáját nem adja fel. Mi még ezért mindkét professor úrtól hasznos szolgálatokat remélünk és tanácsukat fogjuk kérni ezután is, mert nem nélkülözhetjük az ő nagy és kipróbált tapasztalataikat és tanácsaikat.

Amidőn e kari ülésben mégegyszer búcsút veszek tőlük, *Korányi* professor urat a Kar nevében üdvözlöm abból az alkalomból is, hogy e hó 18-án lesz 70-ik születésnapja, s arra kérem őket, hogy tartsák meg jó emlékezetükben ezt az orvosi kart és a facultásban eltöltött időt, annál is inkább, mert az ő személyük iránt a Kar minden egyes tagja mindig csak a legnagyobb tiszteletet és szeretetet érezte. Isten áldása kísérje őket nyugalombavonulásuk után is!

A jelenlévő *Grósz* Emil hálásan köszönte a dékán úr megtisztelő szavait, melyek mélységesen meghatották. Ő maga azonban szigorúbb kritikával nézi az elmult 48 évi szolgálatát s 31 éves ordinariátusát. Felgyült iratai rendezésekor fájdalmasan látja a sok elpazarolt energiát. Küzdelme már az 1893/94. iskolai évvel kezdődött, amikor mint második assistens a tanszék helyettesítésével bízták meg, folytatódott a közkórházakban, hová mint extraordinarius került incompatibilitás révén s hol egyetlen segédorvosa volt, ki egyúttal egy 200 ágyas bőr- és nemibetegosztályon és egy erysipelas osztályon teljesített szolgálatot. Mint trachomaügyi kormánybiztos igyekezett az országot szemkórházakkal behálózni s ezek, sajnos, a budapestit kivéve a megszállott területeken maradtak. Mint dékán az orvosképzés reformját tüzte ki programmjául s még el sem foglalta dékáni tisztét, már kitört a háború. A forradalmak és a gazdasági krisis szenvedéseihez megaláztatások is csatlakoztak, úgy hogy élete mérlegét kedvezőtlenül ítéli meg, legfeljebb azt mondhatja, hogy azt a keveset, ami tőle tellett, igyekezett hazájáért s az egyetemért megtenni.

A jövőre nézve az orvosi továbbképzés vezetését csak provisoriumnak tekinti. Ha még lesz ereje, azt a közügyektől távol betegei s a könyvek között és a laboratoriumban óhajtja tölteni. Tanártársaival s az egyetemmel szemben pedig mélységes háláját fogja megőrizni.

A Nyomorék gyermekek Védelmére Alakult Nemzetközi Egyesület (International Society for Crippled Children) III. Világcongressusa Budapesten lesz jún. 29—júl. 4-ig.

A congressus magyar elnöke *Johan Béla* belügyi államtitkár, társelnökei *Verebély Tibor* egyet. ny. r. tanár, vitéz *Simon* Elemér, a Magyar Vöröskereszt elnöke és *Horváth Mihály* egyet. rk. tanár.

Előzetes tárgysorozat: *június 28-án:* vasárnap este ismerkedés a Hungária-szállóban. (Vacsora tetszés szerint.) *június 29-én:* hétfőn, rövid tudományos ülés után, megtekintik a várost és azokat az intézményeket, amelyek a nyomorékságok gyógyításásával és nyomorékok nevelésével foglalkoznak. — *június 30-án:* kedden hivatalos megnyitás és beszámoló az I. és II. Világcongressus eredményeiről. Délután a megelőzés kérdése és a nyomorékságokkal foglalkozó kiállítás megnyitása van tervbe véve. — *július 1-én* szerda délelőtti tárgysorozaton a klinikai gyógykezelések és a kórismézések szerepelnek. A délutáni tárgykör a kórház és az

CSECSEMŐKORI

ERJEDÉSES DYSPEPSIÁK

DIAETETIKÁJÁBAN SZUVERÉN GYÓGYTÁPSZER A

CAPHOSEIN

magyar tejfehérjekészitmény,

amely **szabadon** rendelhető az O. T. I., O. B. A. MÁV. és több B. B. intézetek terhére.

ADAGOLÁS:

mesterségesen táplált | anyatejen táplált

csecsemőknél

12—24 órai tea- vagy zabnyákdiéta után megfelelő zabnyákos tejhigitásba főzve decinként 1 kávéskanállal | 1 deci teában felfőzünk 1 kávéskanál Caphoseint, saccharinnal édesitjük és szopások előtt adjuk naponta 3—5-ször.

KROMPECHER gyógyszer- és tápszeripari k. f. t. :: Budapest, V., Nádor-utca 15.

utókezelés kérdéseit öleli fel. — *július 2-án:* csütörtökön, a Magyar Gyógypedagógiai Társasággal együttes ülés keretében a nevelés kérdése kerül megvitatásra. Hozzászólnak: Aglia, Magyarország, az Egyesült Államok, Csehszlovákia, Németország, stb. előadói. A délutáni tárgysorozat a mesterségre képzést és a kiképzetteknek elhelyezését foglalja össze. Ismét több ország képviselője szól a kérdéshez. — *július 3-án:* pénteken, délelőtt a nevelési kérdés folytatólagos tárgyalása következik. A délutáni rövid gazdasági ülés után Budapest gyógyfürdőit tekintik meg.

Ez az előzetes programm az adott körülmények szerint még némi változást szenvedhet.

Egy-két hivatalos fogadtatás, esetleg szinházlátogatás, együttes vacsora és a hét végére tervezett balatoni és egyéb vidéki kirándulások fogják a tárgysorozatot kiegészíteni, amely úgy tudományos, mint egyéb tekintetben remélhetőleg kielégíti a résztvevőket.

A Congressussal kapcsolatban nyilik meg a Népegészségügyi Múzeumban (VI., Eötvös-u. 3. sz.) a Szakkiállítás, mely a fogyatékosságok kérdésével foglalkozik. Az elnökség ezúton is felkéri az érdeklődőket, hogy a kiállításra alkalmas anyagot (kép, modell, fénykép, eredeti tárgy, stb.) a kiállitás rendelkezésére bocsátani szíveskedjenek. A kiállitás ügyében felvilágositást d. u. 4—6 óra között. Telefon: 29—8—67. sz. a. kapható.

A Congressus tagsági díja P 20.

Congressus ügyében felvilágositást nyujt minden nap 4—6 óra között: *Horváth Boldizsár* dr. egyet. m. tanár, a congressus főtitkára, Budapest, IV., Semmelweis-u. 9. Telefon: 39—3—66.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás 1936 junius 7-től 14-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	2	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
3. Baranya	251.620	2	—	2	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
4. Békés	335.874	—	2	4	1	3	—	2	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	1	—	1	—	6	—	3	—	—	—	—	—	15	—	1	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	—	—	5	2	2	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	59	—	—	—	—
8. Csongrád	148.353	1	1	3	—	3	—	10	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	2	—	1	—	2	—	1	—	—	—	3	—	33	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	30	—	1	—	—
11. Hajdu	182.047	4	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	4	—	—	1	1
12. Heves	322.207	3	1	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	5	—	4	1	4	—	4	—	—	—	—	—	22	—	2	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	2	—	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—	31	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	5	1	2	—	—	—	32	1	—	—	—	—	89	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	23	—	8	—	10	—	11	—	—	—	—	—	151	1	—	—	—
17. Somogy	389.792	5	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	48	1	10	—	—
18. Sopron	143.128	1	—	—	—	2	—	8	1	—	—	3	—	4	2	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	2	1	1	—	2	1	13	—	—	—	—	—	19	—	4	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	4	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	4	—	12	—	—
21. Tolna	267.133	2	—	—	—	5	—	3	—	—	—	9	—	51	—	2	—	—
22. Vas	273.776	6	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—
23. Veszprém	246.551	1	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	13	—	1	—	—
24. Zala	368.371	2	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	59	—	4	—	—
25. Zemplén	149.043	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	68	—	4	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	—	—	52	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.035766	9	—	3	—	21	1	4	—	—	—	—	—	115	2	—	—	—
III. Debrecen	122.825	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	—	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	2	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
IX. Sopron	36.023	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	1	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	90	6	44	7	87	3	190	3	1	—	19	—	913	12	44	1	1
Előző évben:		61	5	33	2	121	9	189	1	2	—	5	2	1125	1	73	—	—



CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

80. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1936. június 27

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 dij: 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 dijak + 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 ✱ ◀ ●

Orvos urak figyelmébe!

A IV. Magyar gyógyszerkönyvbe felvett **chlorogenium** (v. n. **neomagnol**) bensolsulfonchloramidnatrium tablettát **Magyarországon egyedül a CHINOIN UJPEST, gyártja** és a jólismert

Neomagnol-Chinoin tabletta

néven forgalmazza. Miután valamennyi egészségügyi intézménynél és betegbiztositó pénztárnál egyforma készitmények esetében **csak** a magyar készitmények vannak engedélyezve, kérjük az esetleges megtévesztések elkerülése végett mindig a **NEOMAGNOL-CHINOIN tablettát** felirni. A **nem mérgező Neomagnol-Chinoin tabletta** a leggazdaságosabb és a leghatásosabb **desinficiens.**

10 tablettás phiola P. 1·60 10 tablettás phiola P. 1.60

● ▶ ✱ CHINOIN ✱ CHINOIN ✱ CHINOIN ✱ CHINOIN ✱ CHINOIN ✱ ◀ ●

Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. **Budapest, IX. ker. Lónyay-u. 12. Telefon: 85—5—63.**

OPSOGON polyvalens gonococcus vaccina, **a gonorrhoea és komplikációinak kezelésére.**

Intramuscularisan alkalmazandó.
Engedélyezve: *valamennyi betegségbiztositó intézetnél.*

Katonyl dr. Deér Újabb theoreticus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORANS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
PROMPT HATÁS! ※ Összetételében állandó. ※ Székrekedést nem okoz.
1 doboz (100 tabletta) ára: **2.20** P



ACUT ÉS CHRONICUS ENTEROCOLITISEK,
DIARRHOEA, DYSENTERIA ESETÉN

Omnosan

polyvalens vaccina-lysat

a szervezet aspecifikus védekező erejének fokozására.

Indicatiók: influenza, pneumonia, sepsis, tonsillitis, lázas fertőző betegségek

3 amp. à 2 ccm	**P 3·50**
10 amp. à 2 ccm	**P 9·80**

Dr. Egger Leó és Egger I., Budapest.

80. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1936. június 27.

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, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Johan Béla: Köszöntő. (599. oldal.)
Horváth Mihály: Testi fogyatékosok Magyarországon. (600—603. oldal.)
Schaffler József: A chelidonium és epesav tartalmú epehajtók hatása. (603—605. oldal.).
Melczer Miklós: Dunántul elöforduló erythema induratum szöveti szerkezete. (606—607. oldal.)
Somogyi István és Horányi Béla: A dystrophia myotonicáról. (608—610. oldal.).
Gőczy Lajos: Asthma bronchiale szövődése terhességgel. (610—612. oldal.)
Feledy Kálmán: Idiopathiás tetania kezelése A. T. 10-zel. (612—613. oldal.)
vitéz Kolta Ervin: Különféle zsirok hatása a gyomor mozgására. (613—614. oldal.)
Hidassy Dezső: Öngyilkosság gyanus esete. (614. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (111—114. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Börgyógyászat. (615—617. oldal)
Könyvismertetés: (617—618. oldal.)
Egyesületek jegyzőkönyvei: (618—621. oldal.)
Korányi Sándor 70 éves. (621. oldal.)
Szauter Béla: Megjegyzés Veress Pál dr. cikkére. (622. o.).
Pernyész Sándor: Megjegyzés Bárdossy István dr. és Milkó Vilmos dr. közlésére. (622. oldal.)
Vegyes hirek: (622. oldal és a boritólap III. és IV. oldalán.)

Köszöntő.

Szeretettel üdvözöljük fővárosunkban a III. Nyomorékügyi Világkongresszusra a föld legtávolibb részéről is összegyűlt kiküldötteket, tagokat és magát az anyaegyesületet, az „International Society for Crippled Children"-t.

Az International Society zászlójára egyik legszomorúbb szociális probléma kérdése van felírva. A nyomorékvédelem, amely — mint azt az egyesület neve is jelzi — a gyermekkorban kezdődik. Azokon az emberpalántákon igyekszik először segíteni, akik önhibájukon kívül váltak testileg fogyatékosokká és akiknek nyomoréksága az életüket kevéssé, de szociális létüket annál inkább veszélyezteti. Amilyen szomorú ez a probléma, annyira nemessé válik azonban akkor, amikor segíteni igyekszünk.

A szociális és egészségügyi védelemnek, mint az általános embervédelem egyik részének intézményes megszervezése a társadalom fejlődéséből következő oly kötelesség, amely elől egy kultúrnép sem térhet ki. Kezdetben mindez csak karitatív munka volt, de a fejlődés során lassanként mindinkább megtelt egészségügyi tartalommal. Ebből következik, hogy az általános embervédelemben a nyomorékgondozásnak is helyet kell biztosítani.

Magyarország önérzetesen hirdetheti eddigi szociális alkotásait, amelyek különösen a gyermekvédelem terén sokszor megelőzték a külföldet is. Nálunk a szellemi és érzékszervi fogyatékosságok is (gyengeelméjűség, vakság, süket-némaság) sok tekintetben kielégítő védelemben részesülnek. A testileg fogyatékosok (nyomorékok) védelme azonban sajátságos módon hátra van még, annak ellenére, hogy az 1930-as magyar statisztika szerint is a nyomorékok száma túlhaladja a szellemi és érzékszervi fogyatékosok számát. A nyomorékvédelem szükségessége és fontossága nő azáltal is, hogy a testi fogyatékosságok 60%-át helyes védelemmel meg lehetne előzni.

Azt hiszem, ezen a téren kell először segíteni. A helyes megelőzés nagyon sokban megegyezik az egészségügyi kormányzat célkitűzéseivel. Evvel kapcsolatban könnyebben megoldható a felkutatás, esetleges kataszter felállítása és így lényegesen csökkenthető lenne a nyomorékok száma és a fogyatékosságok mértéke.

Ezen az alapon felépítve remélhetjük a nyomorékkérdésnek szélesebb körű kibontakozását. Ez természetesen nem jelentheti az egyéb meglevő védelem és gondozási forma elhanyagolását, sőt ezek erősítése és fejlesztése azért is fontos, mert ezekre a kiépített intézményes munka keretén belül fontos szerep vár.

A világkongresszus budapesti tárgyalásai a védelem minden irányára kiterjednek. A praeventio, a gyógyítás és a nevelés-tanítás egyformán részt kap a kongresszusi napokon és hathatósan fog rámutatni a testileg fogyatékosok szociális védelmének nagy jelentőségére. Hiszem, hogy az eredményes munka rá fogja irányítani az illetékes körök és a társadalom figyelmét és érdeklődését a kérdésre, amelynek támogatása okvetlenül szükséges ahhoz, hogy a nyomorékgondozás intézményesen kiépülhessen az egész országban.

Dr. Johan Béla
belügyi államtitkár, a kongresszus magyar elnöke.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Testi fogyatékosok Magyarországon.

Irta: *Horváth Mihály dr.* egyet. rk. tanár.

Több, mint 4 évtizedes orvosi működésem bőséges alkalmat nyujtott arra, hogy az elferdülések következményeinek jelentőségét megismerjem. Az oly gyakran csak szépséghibának minősített alakeltérés sokszor testi elnyomorodáshoz s a mozgások oly mértékű korlátozásához vezet, mely az illető keresőképességét, megélhetését s ezzel socialis elhelyezkedését is veszélyezteti. Kétségtelen, hogy az ily testi fogyatékosság elsősorban az egyénre ártalmas, az esetek szaporodásával azonban a társadalom és állam érdekeit fenyegető betegség jelentőségére emelkednek, mert az ilyenek az állam és társadalom segítségére szorulnak ahelyett, hogy munkájukkal a nemzeti vagyont növelnék. Ebben a tényben jut kifejezésre a testileg fogyatékosok védelmének nemzetgazdasági jelentősége, de egyúttal az a kötelesség is, mely az ily szerencsétlenekkel szemben az állam és a társadalomra hárul.

Állam és társadalom már régen eleget is tesz e kötelességnek a szellemi és érzékszervi fogyatékosokkal szemben, de a testileg fogyatékosokra nem, vagy csak igen hiányosan terjesztették ki az intézményes védelmet. Érthetetlen ez különösen akkor, ha tekintetbe vesszük, 1. hogy a testileg fogyatékosok száma mindenhol a világon sokszorosan meghaladja a szellemi és érzékszervi fogyatékosokét, 2. hogy a jól megszervezett védelem útján a testi fogyatékosság 60%-át lehet megelőzni s 3. hogy a céltudatos védelem útján az ily szerencsétlen gyermekek nagy részét keresőképessé lehet tenni. Állami és társadalmi érdek tehát, de egyúttal erkölcsi és socialis kötelesség is, hogy a védelem Magyarországon is kiépüljön. Az a körülmény pedig, hogy ennek elmaradása sem az államot, sem a társadalmat nem mentesíti azon költségektől, amelyekbe az intézményes védelmük kerülne, mert más címen, pl. a szegénygondozás alakjában mégis csak reánehezedik — egyenesen arra késztet, hogy feltegyem a kérdést, vajjon miért folytat az állam és társadalom e kérdésben oly kevéssé előrelátó gazdasági politikát?

Nem vitatható, hogy a testileg fogyatékos az ő csökkent munkaképességével és teljesítményével veszteséget jelent a maga, az állam és a társadalom számadásában. Még a rendes gazdasági viszonyok mellett is nagyon is vitatható intézkedés lenne az, ha az állam a munkanélküli segély mintájára munkaképességcsökkenés címen nyujtana alamizsnát. Ez lehetne socialis értelemben indokolható segélyezés, de alapjában véve inproductiv kiadás, amit az állam hosszú ideig alig fedezhetne. A testileg fogyatékosok védelme pedig, amely alatt megelőzést, gyógyítást, tanítást és nevelést, munkára, mesterségre kiképzést és elhelyezést értünk és ami végeredményében önálló gazdasági életet, a társadalomba való visszahelyezést jelent, — olyan dúsan gyümölcsöző tőkebefektetés, melynek nemzetgazdasági, kultúrális, és etikai értelemben vett kamata számszerűleg fel sem becsülhető.

Hazánkban a sociális védelem és gondozás úgy a múltban, mint most is kellő méltánylásban részesül, sőt bizonyos tekintetben jobb a helyzet, mint más országokban. Miért van azonban e nagy érdektelenség és elmaradottság a testileg fogyatékos gyermekek védelmében? Miért kell ennek a kolduskérdés szinvonalára süllyedni? — A testileg fogyatékos gyermek is rokkant, ő is áldozat, sokszor remény nélküli elesettje egy oly küzdelemnek, amelyet az emberiség örök idő óta folytat és fog vége nélkül folytatni a tudatlanság, a közöny és elhanyagolás ellen.

Végeredményben mindegy, hogy valaki háborúban, gázolás vagy betegség miatt vesztette el lábát, kezét, vagy lett béna és munkaképtelen, s a védelemben mégis mily különbséget látunk. S vajjon miért oly mostoha a magyar testi fogyatékos gyermek sorsa? Azért, mert sem az állam, sem a társadalom nem foglalkozott még e kérdéssel avval az érdeklődéssel és megértéssel, amelynek talajából nőhet csak ki az erős akarat annak rendezésére. Az állam és társadalom mulasztását csak az mentesíti, hogy eddig még hozzávetőleg sem tudtuk, mily nagy a védelemre szoruló gyermekek száma. Az utcasarkokon kolduló béna gyermek csak egy a tízezrek közül, akiknél a nyújtott alamizsna még nem oldja meg a kérdést. Itt átfogó, szerves intézkedésre van szükség, amely lehetővé teszi a testi fogyatékosság megelőzését, a fogyatékosok számának csökkentését s az el nem kerülhető esetekben az intézményes védelmet.

Tömegjelenségről lévén szó, első és legfontosabb lépésnek a testileg fogyatékosok számszerű vizsgálatának kell lenni. Ezen statisztika részletes feldolgozása adhat választ arra, hogy a fogyatékosság mily alakjai fordulnak elő leggyakrabban, s hogy mily betegségek ellen kell főképen védekezni, milyenek legyenek a védelem keretei és hozzávetőlegesen mily nagyok lesznek a szervezés költségei?

Biesalski említi, hogy a statisztika egyik legnagyobb eredménye, hogy országszerte visszhangzik a kiáltás, hogy a testi fogyatékosság problemája el nem hanyagolható, az áldozatokon segíteni kell, mert a lehetősége megvan. Hányszor hallottam propaganda-utamon a közigazgatás vezetőitől, hogy a problema jelentőségéről nekik fogalmuk sem volt. De ezen nem lehet csodálkozni, mert a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. XIV. és az 1908. XXXVIII. t. c. a kérdést nagyon is sommásan intézte el.

Ez azonban nem egyedüli oka a kérdés elhanyagolásának. A sok közül még csak egyet említek fel, az *orvosképzés hiányosságát*. Orvosaink legnagyobb része nem is érdeklődik a kérdés iránt, s már csak azért sem vesz részt a bajok megelőzésében. Már pedig az orvosok közreműködése nélkül sem egészségügyi propagandát, sem védelmet megszervezni nem lehet.

1929 május 22.-én a képviselőház elfogadta *Pintér László* képviselőnek határozati javaslatát, amelyben a képviselőház utasítja a m. kir. kormányt, hogy tegye tanulmány tárgyává a testileg fogyatékos gyermekek ügyét, keresse azok gondozásának lehetőségét és módozatait, főleg rendelje el az országos adatgyüjtést. Miután ez 1929. június 28-án országos határozatkép mondatott ki, így 1930. december 31. éjjel 12 órai állapothoz igazodva a népszámlálás keretében megtörtént a testileg fogyatékosok első összeszámlálása két részletben és pedig először arra a kérdésre kellett felelni, hogy az illető testileg fogyatékos-e? Erre a tájékoztató összeírásra a népszámlálási egyéni lap 27-ik pontját (érzéki, testi és szellemi fogyatékos-e) használtuk fel s azok, akik magukat annak jelezték (állandó alak-eltérés és kifejezett mozgási korlátozottság), a közigazgatási hatóság útján megkapták a részletes kérdőívet, amelynek testi fogyatékosságra vonatkozó adatait már az illető jelenlétében a hatósági orvosok adták meg. A tájékoztató összeírásnak volt egy hibája, az t. i., hogy egyrészt a fogyatékosok közül nagyon sokan nem töltötték ki ama 27-ik pontot s ezért részletes kérdőívet nem kaptak, másrészt voltak olyanok, akik anyagi előnyök reményében válaszoltak igenlőleg s emiatt 7000 kérdőivet ki kellett selejtezni.

Vajjon teljesen hű képét tükrözi-e vissza e statistika a valóságnak?* A válaszom erre határozott „*nem*", mert kétségtelen bizonyítékaim vannak arra, hogy a fogyatékosok nagy része már az első (tájékoztató) összeírásban is elhallgatta feltűnő s így el nem takarható testi hibáját. Ahol nagyobb ellenőrzés mellett kiegészítettük az adatgyüjtést, mindenhol legalább kétszerannyit találtunk.

Feltünően hiányos volt az összeírás a műveltebb néposztályok körében. Ennek kell betudnom azt, hogy egyetemet végzettek közül csak 219-en szerepelnek az összeírásban, ami el nem hihető, mert vannak oly fogyatékosságok, amelyek válogatás nélkül jönnek létre szegény és jó módúakon egyaránt (világrahozott elferdülés, bénulás, rheuma). Az is gyakran előfordult, hogy közismert testi fogyatékosok méltatlankodva utasították vissza a hatósági orvost s megtagadtak minden felvilágosítást.

Hogy a testileg fogyatékosok összeírása nem oly hiánytalan, mint pl. a vakoké, ez nem csak a magyar statistikai adatgyüjtésben bizonyosodott be. A német birodalmi, 1925—26-iki összeírásban a talált értékeket csak legkisebb számoknak (Mindestzahlen) vették. Hollandiában az ellenőrző vizsgálatok után az eredetileg kimutatott számösszegek 6-szorosát állították be a végleges statistikába. Ezek után nem sokat tévedhetek, ha a nagy számok örvényének tekintetbevételével a *magyar statistikában talált értékeknek kétszeresét veszem alapul.*

Mindebből pedig azt a tanulságot vonom le, hogy egy következő országos adatgyüjtésben az eddiginél szigorúbb ellenőrzést kell majd alkalmazni, ha azt akarjuk, hogy a testileg fogyatékosok száma a valóságot jobban megközelítse.

A mi statistikánk — minden hiányossága dacára — még is értékes, megdönthetelen bizonyítéka annak, hogy a testileg fogyatékosok oly nagy számmal vannak az országban, hogy védelmük törvényes intézkedést követel. Egy statistika annál értékesebb, mentül több kérdésre tud választ adni. E tekintetben a magyar adatgyüjtés kikiterjesztésének határt szabott az a körülmény, hogy a statistikai hivatalnak erre a célra nem állott nagyobb összeg rendelkezésére. A részletes kérdőíven még csak annyi pontot vehettünk fel, amennyi elegendő volt ahhoz, hogy a fogyatékosságot biztosan megállapíthattuk és a védelem szükségességére és módjaira is következtethettünk.

Az összeírásból kihagytuk a hadirokkantakat és az ipari sérülteket, mert ezekre nem terjed ki a tervezett socialis védelem, ezek gondozása más intézményekre tartozik. E tekintetben tehát eltértünk a német statistikától, amit a kettő adatainak összehasonlításakor tekintetbe is kell venni.

A szorosan vett orvosi kérdéseken kívül demographiai pontokat is felvettünk a részletes kérdőíven s célszerűnek látszott annak a vizsgálata is, hogy a fogyatékos egyén részesül-e betegsége esetében közellátásban, mert ily módon az illető társadalmi állására, gazdasági helyzetére (jómódú, vagy szegény) is következtethetünk. Ez azért is kívánatos volt, mert jogosult az a gondolat, hogy a betegbiztosító intézetek (OTI, MABI, MÁV, stb.) is részt vegyenek a fogyatékosok védelmében.

Az adatgyüjtés anyagát igen sok szempontból tettem vizsgálat tárgyává s különös súlyt helyeztem a fogyatékos egyén korának, nemének, a fogyatékosság kórokának s annak a vizsgálatára, hogy a betegség keletkezésekor az illető hány éves volt. Az esetek ily szempontból való csoportosítása megfelelt a statistika céljának s igazolta azt a mozgalmat, amelynek megindítására törekszünk.

Az első táblázat azokat a kórokokat sorolja fel, amelyek talajából erednek legyakrabban a testi fogyatékosságok. Ezeket véve alapul a testi fogyatékosságok 2 nagy csoportját különböztetjük meg: a világra hozottakat és az életben szerzetteket. Ennek az elkülönítésnek nagy gyakorlati jelentősége van és pedig az, hogy az utóbbiaknak érdekében teljes mértékben érvényesíthetjük a védelem leghatásosabb és sorrendben is legelső módját: a megelőzést, míg a világrahozottaknál ez csak a rosszabbodás megakadályozásával történhetik (korai gyógyítás). Ez a táblázat felvilágosít arról is, hogy a különféle kórokok mily gyakran szerepelnek a fogyatékosság aetiologiájában?

Megdöbbentően erősíti meg a statistika azt a tényt, hogy első helyen az a népbetegség áll, amely mint tüdőaffectio is, oly sok áldozatot követel: *a tuberculosis.* A statistika 9582 esetet tüntet fel, amelyekben a testi fogyatékosság oka a csont- és izületi gümőkór volt, ezekből 6281 fi és 3302 nő. Nagyjelentőségű a statistikának az az adata, hogy a csont- és izületi tuberculosis főleg a 20 éven alóli gyermekek közül szedi áldozatait. A 8613 húsz éven alólival szemben csak 969 felnőttet találtam.

Az első 6 év alatt	4415
6—10-ig	1787
10—20-ig	2411
20—40-ig	749
40—60-ig	196
60-nál több	24

Ennek fontossága a védelem szempontjából nyilvánvaló, mert rámutat arra, hogy a fiatalkorúak gondozására az iddiginél is nagyobb figyelmet kell fordítani. A mi statistikánk tökéletesebb lett volna, ha olyan kérdőpontokat vehettünk volna fel, amelyek azt tették volna nyilvánvalóvá, hogy vajjon a tbc.-megbetegedések és öröklés, vagy a gümős csont- és izületi bántalom és a lakás között van-e és milyen az összefüggés? Ennek ismerete pedig fontos lenne, mert a védekezés, különösen a megelőzés módjára adna irányítást.

A gümős csont- és izületi bántalmakból származó testi fogyatékosak geographiai elosztódása a 3 országrész között statistikailag alig mutat különbséget. 10,000 lakosra esik a dunántúli dombosvidéken 11.1, az alföldön 10.7, az északi dombosvidéken 11.7.

A gümős csont- és izületi gyulladás után visszamaradó testi fogyatékosság lehet: rövidülés, végtagrészhiány, merevség, zsugorodás, púposság. Ezek gyakoriságát és arányszámát a 3. táblázat tünteti fel, amelyen 9954 eset van feldolgozva, miután a 9582 gümős bántalom sok esetben több izület épségét támadta meg. Ebből a felső végtag 1059, az alsó 6868-szor (összesen 7927) szerepel, amelyekhez 2027 csigolya-gyulladásból eredő púposság társul. A gümős izületi gyulladás leggyakrabban az izület megmerevedésével járt (4969 alsó, 713-szor a felső végtagon, együtt 5682 esetben). Szám szerint utána a púposság következik, 2027, amelyek közt 46 állandó bénulással járt az alsó végtagokon. Rövidülés, illetve csonkolás az alsó végtagon 1159-szer s a felsőn 80-szor, együtt 1239 egyénen találtatott.

Tuberculosis a különféle testrészeken a következő gyakorisággal fordult elő:

*A nyert adatokat teljes terjedelmükben a Magyar Statisztikai Szemle 1933. évi 12. számában közöltem.

csipő izületben	1787 (fi),	923 (nő)	=	2710
térd izületben	1716 (fi),	928 (nő)	=	2644
gerincoszlopban	1171 (fi),	810 (nő)	=	1981
csigolya gyulladás és bénulás	27 (fi),	19 (nő)	=	46
boka izületben	797 (fi),	411 (nő)	=	1208
könyök izületben	380 (fi),	171 (nő)	=	551
kéztő izületben	178 (fi),	99 (nő)	=	277
váll izületben	80 (fi),	31 (nő)	=	111
egyéb testrészen	294 (fi),	132 (nő)	=	426

1928-ban a magyar sebésztársaság kezdeményezésére orvosok összeszámolták a gümős csont- és izületi bántalmakat s azok elosztódását az országban. A begyült anyagot (6962 eset) *Parassin dr.* dolgozta fel (Népegészségügy 1928. évi 11. szám.). Meggyőződésem, hogy számbelileg egyik statistika sem tükre a valóságnak, de még így is mennyi szenvedést, hány évig tartó gondozást és bizonytalanságot s később mily sok, sokszor alig leküzdhető nehézséget jelent ez az illető kenyérszerző munkájában.

Gyakoriság tekintetében második helyen a *világrahozott fejlődési rendellenességek* szerepelnek. 4642 (17.06%) testileg fogyatékos született így s ezek között első helyen a *csipőizület ficamodása* említendő. 1707 esetből 648 fi (37.96%), 1059 nő (62.04%); 1486 (87.05%) vidékre s 221 (12.95%) törvényhatósági városra esik. Az 1707 csípőficamodásnál 1531 esetben volt feltüntetve, hogy melyik csipő volt ficamodva s ebből 653 volt baloldali, 570 jobboldali, együtt 1223 és 308 gyermeknek mind a 2 oldalán ficamodása volt.

Világrahozott *dongaláb* volt összesen 643; ebből fiú volt 449, leány 194; daloldali 160, jobboldali 188 s mindkét lábon 295. Vidéken összesen 590 (91.8%), a városokban 53 (8.2%) = 643. Egyébb elgörbülés megoszlott a lúdláb és sarokláb között.

Angolkór miatt testileg fogyatékossá vált gyermek a mi statistikánkban viszonyítva ahhoz, hogy népbetegségről van szó, aránylag kis számmal szerepel. (2208, 8.11%). Ennek az az oka, hogy az angolkór a testi fogyatékosság kóroktanában már nem játszik oly nagy szerepet, mint régente. Az angolkór a zsenge gyermekkor betegsége, amit a magyar statistika is bizonyít. A 2208 esetből 1835 már az első életévekben deformálódott. Az angolkór miatt fogyatékossá vált gyermeknek vagy a végtagjai görbültek el (379), vagy a gerincoszlopa (scoliosis 715), vagy pedig törpenövésű maradt (93).

Nagyon fontos szerepet játszik a testi fogyatékosság kóroktanában a *bénulás* és pedig a laza (paralytikus) és a merevgörcs (spastikus) bénulás. A statistikában a laza bénulás a 4-ik helyet foglalja el (2778 eset, 10.2%), míg a merevgörcsös (616 eset, 2.26%) csak a 8-ikat. A bénulások szintén főleg a gyermekkorból szedik áldozataikat; 2778 esetből 2492-ben az első 6 év alatt fejlődött ki a kóros állapot. Az esetek számát tekintve (ha valóban csak ennyien volnának) még mindig kedvezőnek lenne mondható a statistika ezen adata, amit az magyaráz, hogy Magyarországon hosszú ideig nem volt súlyos *Heine—Medin*-járvány. Az elmult 3 év, de különösen az 1931-iki legnagyobb magyarországi járvány (1138 eset) miatt a következő 10 év statistikája lényegesen rosszabbnak ígérkezik. A részletes kérdőívek sokszor hiányos orvosi adatai miatt nem lehet pontosabban meghatározni a bénulás kapcsán kifejlődött kóros állapotot, a fogyatékosság különféle nemét, sokszor még a bénult testrészt sem, s így az esetek legnagyobb része (2381) egyszerűen mint bénulás szerepel. Ugyanez áll a spastikus bénulásokra vonatkozólag is. A statistikában feltüntetett 616 eset közül itt is a túlnyomó rész (413) az első 6 év alatt betegedett meg.

Statistikánkban aránylag nagy számmal szerepelnek azok a testi fogyatékosságok, amelyek *sérülés* miatt jöttek létre (4239, 15.75%'. Tekintettel arra, hogy a hadirokkantakat és az ipari sérülteket nem vettük be a statistikába, felűnő, hogy amíg a 20 évnél idősebb egyének (1249) 29.5%-ban fordulnak elő, addig a 20 évnél fiatalabbak (2990) 70.5%-ot tesznek ki. Ha ehhez hozzáteszem még azt, hogy a 11 törvényhatósági városban sérülés miatt 4036 (ebből Budapesten 2341), míg a falvakban és a többi megyei városokban összesen csak 203 esetben vált a sérült gyermek testi fogyatékossá, akkor ennek okát minden valószinűséggel a nagyobb városok nagyobb forgalmában találjuk meg. Ezt látszik bizonyítani azt is, hogy a 4036 esetből 2203-ban nagyobb fokú végtagrövidülés vagy végtagrészhiány (amputatio) szerepel a statistikában.

A statisztikában a *rheumatismus* (1306 eset) 4.78%-ával a 6-ik helyet foglalja el. Ellentétben a többi testi fogyatékossággal a rheumatismus a 20 évnél idősebbeknél fordult elő gyakrabban (1052), szemben a 20 évnél fiatalabb 254-el. Férfi és nő majdnem egyforma gyakorisággal szerepel (fi 600, nő 706.). A fogyatékosság 691 esetben izületi merevségben, 491 esetben zsugorodásban állott, 124-nél pedig egyéb rendellenességben. Ha a rheumatismus százalékos aránya valóban 4.78 lenne, ez még nagyon kedvezőnek lenne mondható, szemben pl. Baden tartomány 11.42%-os arányával. A német birodalmi 1925—26.-i statistikában a rheumatismussal kapcsolatos testi fogyatékosság 5.23%-kal szerepelt.

Aránylag kis százalékban *csontvelő gyulladás* (2.31%) és 0.58%-ban égés, forrázás, fagyás az oka a testi fogyatékosságnak.

A ritkábban előforduló kórokok (központi idegrendszer bántalma, daganatok, stb.) az egyéb rovatban vannak feltüntetve (1058 eset, 3.63%).

Nem lesz érdektelen annak felemlítése, hogy a statistika szerint 261 törpe növésű ember él Magyarországon és pedig 168 esetben világrahozott alkati dispositio, 93 esetben pedig az életben szerzett ok (angolkór) zavarta meg a hossznövekedést. Némely vidéken, községben, de egyes családokban többször találtunk törpe növésűt (Fejér m. 14, Nógrád m. 8, Pest m. 23.) A legkisebb Hódmezővásárhelyen él s 15 éves korában 65 cm magas, s 23-an maradtak 1 méteren alul.

Nagyon érdekes a testileg fogyatékosok demographiai adatait összegező táblázat, amely a 3 országrész adatait külön tünteti fel s amely külön tanulmányozásra is érdemes.

*

Már most összegezzük a statistikailag feldolgozott anyagot.

A testileg fogyatékosok száma *27217*, ami azt jelenti, hogy Magyarországon minden 10,000 lakosra 31.3 fogyatékos jut, ami a német statistikában feltüntetett arányszám (67.6) felének felel meg. Ne felejtsük azonban el, hogy Németországban a hadirokkantak és ipari sérültek is belekerültek a statistikába. Ha mi csak a hadirokkantjainkat adjuk hozzá a kimutatott végösszeghez (27,217 + 62,000) s az ipari sérülteket 10—11,000-re becsüljük, vagyis összesen 100.000-re tessszük a testileg fogyatékosok számát, akkor 10,000-re már 115.2 esik. De még ez az arányszám is nagyobbodik, ha a statistikában

feltüntetett 27,217 valóban csak a fele az ország testi fogyatékosainak, aminek felvételére alapos okunk van; akkor az arányszám 10,000-hez viszonyítva már 147 lenne a fogyatékosok száma s ez azt mondaná, hogy *Magyarország 8.687,600 lakósa közül minden 68-ik nem ép testű.*

Ha eddig a testileg fogyatékosok gondozása nem volt problema Magyarországon, ezentúl azzá kell hogy tegye annak a sok betegségnek, nyomornak és elhibázott életnek megismerése, amire a statistikai adatokból következtethetünk.

Budapest utcáin évente egyszer a „Nyomorék Gyermekek Otthona" részére perselyeznek. Bármily nagy legyen is az az összeg, amelyet a főváros áldozatkész közönsége e szerencsétlen gyermekek megmentésére ajánl fel, ezzel a kérdés még nincs megoldva. Hogy az *„Országos Szövetség a testileg fogyatékos gyermekek védelmére"* az egész ország területére kiterjeszkedő intézmény legyen és működését eredményesen folytathassa, ehhez az szükséges, hogy nagyon sokaknak lelkében megérlelődjék az a gondolat, hogy a másokon való segítés nem ajándékosztás, hanem kötelesség és politikai bölcsesség.

A mai kormány s annak élén a miniszterelnök úr, aki annyi lelket emelő gondolatot ébresztett már fel a jóindulatú emberekben s bizalmat és hitet mindnyájunkban a jobb jövő iránt, nemzeti munkatervébe bele vette a gyermekek védelmét is. Én nem kérek sem tőle, sem másoktól semmi mást, — ezt azonban hittel és meggyőződéssel kérem mint hogy olvassák ki a statistikából azt, amit annak számoszlopai hirdetnek. Ezek a számok valóban érthető nyelven beszélnek s azt hirdetik, hogy vannak, nagyon sokan vannak olyan szerencsétlenek, főleg gyermekek, akiket állam és társadalom eddig még magukra hagyott s akiket a nemtörődömség, a közönyösség, a nemtudás elmerüléssel fenyeget. A socialis igazság követeli, hogy ezeket a gyermekeket észre vegyük; gyermekeket, akiket önhibájukon kívül sujtott a sors s ennek dacára az ő gyermek lelkük még tud hinni egy jobb jövőben, amely meg fogja hozni számukra a munka örömét s ezzel a napsugarat szomorú életükbe.

Nagy kitüntetésnek veszem, hogy mindezeket akkor mondhatom el, amikor a „Nyomorék gyermekek védelmére alakult nemzetközi egyesület" (International Society for Crippled Children) 1936. június 28.—július 3. között Budapesten tartja III. Világkongressusát.

A testileg fogyatékos gyermekek védelme ma már nemcsak caritatív, hanem socialis és gazdaságpolitikai kérdés, melynek helyes megoldását a korszellem is követeli.

Az első ily vonatkozású magyar statistika még kiegészítésre vár, s ezt nem is tekintem másnak, mint representatív statistikának. A beavatottak előtt azonban — úgy remélem — még így is lesz olyan értéke, hogy figyelmükre érdemesítsék.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Útrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P ; *Kunsz János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár).

A chelidonium és epesav tartalmú epehajtók hatásáról.

Irta: *Schaffler József dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A bélbejutó epe mennyiségének fokozása sárgasággal nem szövődött epekőnél és epehólyaggyulladás esetében nagy jelentőségű. Gyakran nincs módunkban műtéttel megszüntetni a beteg panaszait, sőt sokszor a panaszok a műtét után sem szünnek meg. Ilyen esetekben általános tapasztalat, hogy a kiürülő epe mennyiségének növelése, töménységének csökkentése enyhíti a fájdalmakat.

Az elválasztott epe mennyiségét sok külső és belső ok változtathatja meg. Nagy jelentősége van a táplálkozásnak, például 4.5 kg-os kutyánál 100 g. hús etetése után átlag 113% epefokozódást tapasztaltunk 24 óra alatt. Általában a fehérjék, illetve a fehérjetartalmú tápanyagok kifejezetten fokozzák az epeelválasztást, bár a fehérjemennyiség növelésével csak bizonyos maximumig halad párhuzamosan az epeelválasztás gyarapodása és a határértéken túl hatásfokozódás már nem észlelhető.

Kevésbbé hatásosak a szénhydrátok. Valószinű, hogy a főszerep itt is a bennük foglalt fehérjéknek jut. A fűszerek (hagyma, paprika, bors stb.) kismértékben epehajtók. Ugyancsak jelentőség nélküli a zsír is.

Jelentős az epe elválasztására a vérellátás és a vörösvérsejtek szétesése is. A vörösvérsejtek szétesésekor szabaddá váló anyagokból készíti a szervezet az epefestékeket és az epesavakat. A máj működését az idegrendszer felől serkenteni vagy gátolni alig tudjuk.

Folyadékfelvétel befolyásolja az elválasztott epe mennyiségét. Fokozott folyadékbevitelre megnövekedik az elválasztott epe mennyisége, töménysége viszont csökken. Epehajtó a 10—20%-os pepton, natriumsulfat, vagy magnesiumsulfat-oldat itatása, vagy sondán át a bélbe fecskendezése is.

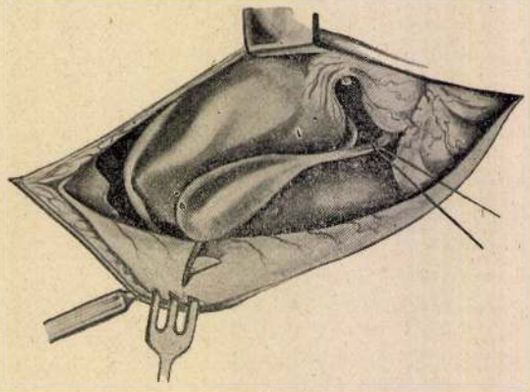
Epehajtó gyógyszerek vizsgálatakor és hatásuk értékének megitélésekor szükséges, hogy a fentebb felsorolt megállapitásokat gondosan mérlegeljük. Kisérleteinkben ügyeltünk arra, hogy az állatok a vizsgálat ideje alatt meghatározott fehérje, zsír és szénhydrat tartalmú ételt és folyadékmennyiséget kapjanak. Kisérleti állatainkat a lehetőség határain belül azonos külső körülmények (hőmérséklet, istállózás, szoktatás a kisérlet külső körülményeihez stb.) között tartottuk. Miután az epe elválasztását psychés körülmények is befolyásolják, kisérleti állatainkat a vizsgálat megkezdése előtt hosszú ideig nem értékelt, vak kisérleteknek vetettük alá, hogy az állat a számára szokatlan körülményeket megszokja. Az értékelt kisérleteket csak akkor kezdettük meg, midőn a vak kisérletek eredményei tartósan azonosak maradtak.

Kísérleteinkhez 10—15 kg. súlyú, rövidszőrű nőstény kutyákat használtunk. Az állatok nagyobb részén epehólyagsipolyt készítettünk (összesen hat kutyán), míg kisebb részben Kadokura-műtétet végeztük el (összesen két kutyán). Az epehólyagsipolyt a következő módon készitettük:

Median laparotomia után a ductus choledochust a bélbe szájadzás előtt alákötöttük úgy, hogy a hasnyálmirigy váladékának bélbejutása ne legyen akadályozott. Az alákötést kb. ½ cm távolságban megismételtük, majd a két alákötés között a ductus choledochust átvágtuk. Ezután az epehólyagot a májról óvatosan leválasztottuk és fundusát sürü, finom

öltésekkel a bal bordaiv alatt a medioclavicularis vonalnak megfelelően képezett két cm-es sipolynyilásba varrtuk ki. A hasüregi sebet zártuk, míg az epehólyag fundusát, a sipoly nyilásba rögzitö varratok selyemszálait, itinerariumnak meghagytuk. A mütét után 5 nappal a kötést eltávolitottuk, majd a meghagyott varrat-szálak segitségével felkerestük az epehólyag fundusát és éles eszközzel megnyitottuk. Az így képezett epehólyagsipolyba ernyös kathetert helyeztünk, amelyet a kisérletek befejezéséig az epehólyagban hagytunk. A mütéti területet ezután szájkosár és keménypapirosgallér alkalmazásával védtük meg, miután az állatok ezen védöberendezés nélkül a sipolynyilást állandóan nyalták. A szájkosarat csak az étkezés ideje alatt távolitottuk el és a felügyelet mellett történt etetés után azonnal visszahelyeztük. Az egyes kisérletek közötti időben a kathetert állandóan a sipolynyilásban hagytuk.

Két állatunkon a Kadokura-féle műtétet végeztük el, az epehólyag megkerülésével. E kisérleteinkben az előbb vázolt műtéti technikával nagyjában azonos eredményeket kaptunk. Miután azonban a Kadokura-féle eljárásban az epehólyag resorptiv lehetőségét tökéletesen elkerülhettük, mennyileges meghatározásokhoz főleg ezt az eljárást alkalmaztuk.



1. ábra.
Az ábra a már elkészitett fistulanyilást és a ductus choledochus lekötésének helyét mutatja. A mütét következő phasisában az epevezetéket átvágjuk, az epehólyag fundusát pedig a sipolynyilásba varrjuk.

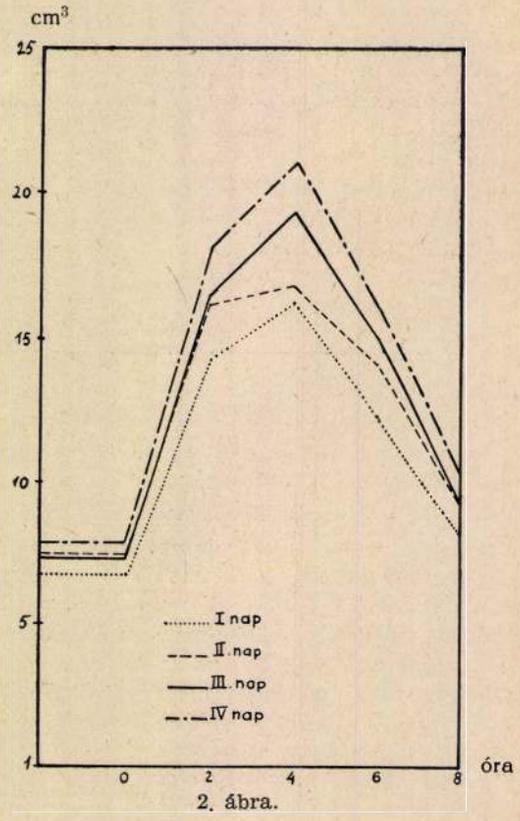
A kisérleti állatokat az epehólyag megnyitása, illetve a katheter behelyezése után azonnal függesztő övben helyeztük el az étrend és a külső körülmények szigorú szabályozásával. A függesztőövet téglaalakú léckeret felső élére hevederek segitségével rögzítettük. Maga a függesztőöv az állat végtagjainak és a sipolynyilásnak megfelelő kivágásokkal ellátott és az állat egész testét magbafoglaló öltözet, amelyet a hevederek segitségével oly magasan rögzitettünk, hogy az állat a földön csak állni tudjon. Az első napokban az állatok a függesztést türelmetlenül viselték, de később a szokatlan helyzetet nyugodtan tűrték, sőt a nap egy részében lábaikat maguk alá húzva aludtak.

Az epesipolyból kivezető katheter a függesztőöv közepén elhelyezett nyiláson át beosztással ellátott üvegedénybe vezetett, amely az epe összegyüjtésére, illetve mennyiségének mérésére szolgált.

Az epehólyag megnyitása, illetve a choledochus alákötése után a következő helyzet állott elő: az epe teljes egészében az epehólyagba jutott, ahonnan a katheteren át csaknem azonnal teljes mennyiségében kiürült, míg a hasnyál bélbeürülése akadálytalan volt.

Vizsgáltuk az elválasztott összes epe mennyiségét, fajsúlyát, valamint víz, szilárd anyag, epesavas alkália és cholesterin tartalmát.

Éhező állatnál 24 órán át vizsgálva a testsúlytól függően óránként átlag 3.5—5 ccm epét nyertünk (10—15 kg-os kutyákon vizsgálva). 14.5 kg-os kutyáknál a szárazon elfogyasztott két chelidoninum és epesavat tartalmazó dragée hatására az epeelválasztás a következőképen alakult:



2. ábra.

A kiürülő epe fajsúlya a négy nap középértékét számitva 1026-ról a negyedik órában 1012-re csökkent. Ugyanekkor azonban az elválasztott összes mennyiségre vonatkoztatva, szilárdanyagtartalma, az epesavas alkalia, az oldott só és a cholesterin mennyisége gyarapodott, habár töménysége ugyanakkor csökkent. A *Kadokura* szerint operált állatoknál középértékben az éhezés alatt elválasztott epében és a szárazon adott két dragée után 4 órával nyert epében meghatározva:

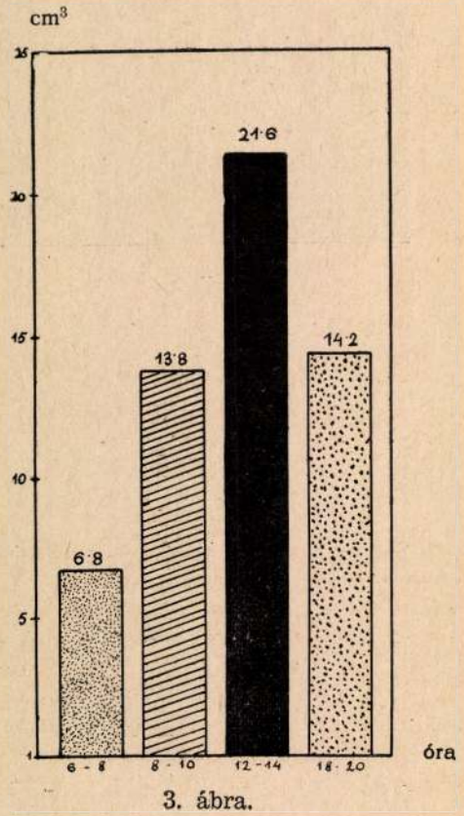
	10 órai éheztetés után:	2 tabl. nigellin után a 4. órában:
fajsúly	1022	1013
szilárd anyag	35.210‰	24.800‰
epesavas alkália	13.530 „	9.060 „
cholesterin	1.50 „	1.22 „
oldott só	6.28 „	7.32 „

Epehólyagsipolyos kutyáinknál a fentiekkel azonos eredményt kaptunk. Az éhezési kisérlet után a kutyáknak a következő egységes étrend alkalmazása mellett, a déli étkezéshez két dragét adtunk. Az állat reggel 8 órakor, délben 12 órakor és este 18 órakor a következő táplálékot kapta: 100 g nyers marhahús, 100 g rizs vízben főzve, 100 ccm víz. A fenti ételeket só és fűszermentesen, szobahőmérsékletre lehűtve etettük. Ezúttal mértük a reggeli etetés előtt (6—8-ig) két órán át összgyűlő epe mennyiségét, valamint a reggeli, déli és esti etetés után két órán át gyüjtött epe mennyiségét, mikor is a reggeli és esti étkezés utáni összes epemennyiség fokozódásához képest 40—65% további gyarapodást tapasztaltunk:

Kisérleteinkhez a chelodoninum és az epesavas só keverékét használtuk. Hatásos alkatrészei a chelidoninum

és a natrium choleinicum. Egy dragée chelidoninumból 0.0025 g-ot, natrium choleinicumból 0.10 g-ot tartalmaz.*

A chelidoninum majus epehajtó hatását már az ókorban is jól ismerték. *Dioscoroides* és *Plinius* legfontosabb epehajtó szere volt. Gyakran rendelték a középkori orvosok is, míg az utóbbi évszázadokban jelentőségét veszítette és csak a népgyógyászatban maradt fenn, mint vérhullajtó fecskefű tea. A kisérleti orvostudomány bukkant újból rá és pontos analysisekor kiderült, hogy több fontos alkaloidát tartalmaz, amelyek közül a chelidonin a hatás fő hordozója. Valószinű, hogy fokozza hatását protoptin és homochelidonin-tartama is. Kimutatható choleretikus hatás mellett, spasmolytikus és analgetikus hatással is bír.



3. ábra.

Az epesavas sók az epe elválasztásának természetes ingerét képezik és így a natrium choleinicum reiszívódása, mint erős epeelválasztó inger jelentős szerepet játszik. Természetes, hogy az epesavakat tartalmazó szerek hatása, arányos a bennük foglalt hatóanyag mennyiségével.

E fő hatóanyagok mellett, csak mint adjuvans jön számításba: a menthol, a phenolphtalein és a foeniculum olaj, amelyek egyrészt a bélműködés szabályozásával, másrészt lobcsökkentő hatásuk révén segítik elő a nigellin gyógyhatását. Nagy jelentőségű a gyógyszerben lévő orthooxysulfochinolinamidazophen, melynek nagy részét a máj választja ki *(Fritz)* és így kiváló fertőtlenítő hatását az epeutakban és az epehólyagban közvetlenül ki tudja fejteni.

Az állatkisérletek eredményeit megfontolva, a drageékat klinikánk beteganyagán is kipróbáltuk. Vizsgálatainkat elsősorban normalis serum bilirubintartlamú és ép májműködéssel bíró egyéneken végeztük. 12 órai éheztetés után orron át duodenum sondát vezettünk a duodenumba. Szívás nélkül a sonda végén kicsepegő epében végeztük a bilirubin meghatározást, majd a sondán át 20 ccm langyos vízben eldörzsölt 2 drageét fecskendeztünk be. Ezután a sondát további 3 órán át helyén hagytuk és figyeltük a kiürülő epe bilirubintartalmát és mennyiségét. Ha a befecskendezés után néhány percig tartó természetes felhigulástól eltekintünk, akkor megállapithatjuk, hogy a bilirubintartalom és ezzel párhuzamosan az epe töménysége fokozatosan és állandóan csökkent a megfigyelés ideje alatt, míg mennyisége fokozatosan gyarapodott. Természetes, hogy exact, számban kifejezhető eltéréseket nem lehet megállapitani, miután a duodenumba ürülő epe hasnyállal, bélnedvvel és gyomornedvvel keveredik. Az emberanyagon végzett kisérleteink mégis nagyjából fedik az állatkisérletek megállapitásait, ugyanis a kiürülő epe mennyisége minden esetben növekedett, ugyanakkor azonban valamivel hígabb is lett.

Még feltünőbbek voltak ezek az eredmények akkor, amikor a drageék mennyiségét fokoztuk. Kísérleteinkben egyszeri legnagyobb adagnak 8 drageét adtunk anélkül, hogy bármilyen ártalmas vagy kellemetlen következményt láttunk volna, ugyanakkor a kiürrülő összes epe mennyisége, amire a bilirubin és az összegyüjtött duodenum nedv mennyiségéből következtettünk, jelentősen gyarapodott.

Másik kisérlet-sorozatunkban idült epehólyag-hurutban és epekő-betegségben szenvedőkön alkalmaztuk napi háromszor két dragée mennyiségben. Ezekben az esetekben a fájdalom és a panaszok gyors csökkenését láttuk, úgy, hogy az addig alkalmazott fájdalomcsillapító szerek, az adagolás megkezdése után néhány nappal, szükségtelenné váltak. Természetes, hogy a gyógyitás többi eszközeit (ágynyugalom, étrend, thermophor stb.) nem nélkülözhettük a kezelésben, azonban a válogatás nélkül megfigyelt esetekben kivétel nélkül észleltük a nigellin subjectiv tüneteket jól és gyorsan befolyásoló hatását.

Ellenjavalt adagolása a sárgasággal szövődött epehólyag- és májbetegségekben, midőn az elválasztott epe mennyiségének fokozása, illetve az epe-secretio ingerlése ártalmasan befolyásolhatja a kórképet. Javalt azonban minden olyan epehólyag, vagy májbetegségben, mely nem jár együtt sárgasággal. Dinamikus jó hatását észleltük úgy az egyszerű cholecystopathiában, az epehólyag gyulladásos bántalmaiban, mint az mint az epekő által kiváltott subjectiv tünetek esetében.

Összefoglalóan megállapithatjuk, hogy állatkisérletben a nigellin-dragée hatására, epesipolyos és *Kadokura* szerint operált ductus choledochus sipolyos kutyáknál, éhező állatoknál maximum 240%os, míg meghatározott vegyes étrenden tartott állatoknál maximum 65%-os, igen jelentős összes epemennyiség fokozódást észleltünk. A kiürülő epe fajsúlya kissé csökkent, azaz az epe valamivel higabb lett, ugyanakkor azonban a szilárd alkatrészek összes mennyisége jelentősen fokozódott.

Egészséges és beteg emberanyagon az epeelválasztásra vonatkoztatva, a fentiekkel azonos eredményeket tapasztaltunk. A sárgasággal nem szövődött epehólyag- és májbántalomban szenvedő betegek subjectiv tüneteit jól és gyorsan szüntette. Szükség esetén a szokásos 3×2 tabletta napi mennyiség veszedelem nélkül emelhető.

* Forgalomba hozza a *Wander*-gyár Nigellin néven.

Emlékeztető!...

A leghatásosabb fürdőpártolás természetesen a betegküldés marad. Hogy milyen hatású, azt abból itélhetjük meg, hogyha a hazánkban számontartott *9000 orvos mindegyike csak egy beteggel küld is többet az idén fürdőre,* az 3,150.000 pengővel növelné meg fürdőink bevételét.

Vámossy Z.

Az Erzsébet Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: vitéz Berde Károly ny. r. tanár) és Somogyvármegye kaposvári közkórházának (igazgató: † Szigethy-Gyula Sándor) közleménye.

Dunántúl előforduló erythema induratum szöveti szerkezete.

(Scrophuloderma-val, tuberculosis papulonecrotica-val és sarkoid Boeck-kal társult erythema induratum esete.)

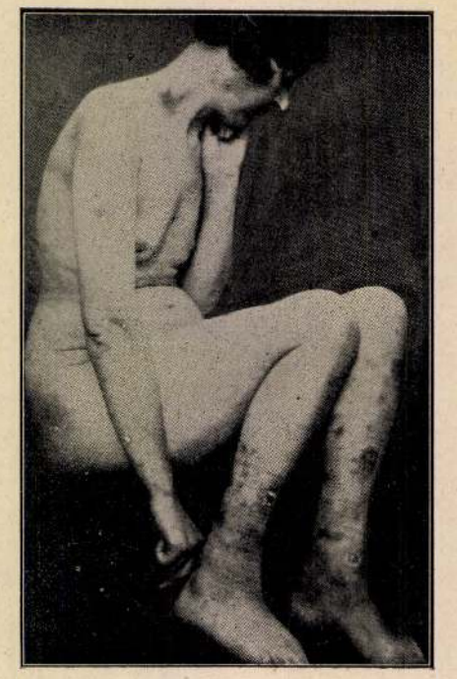
Irta: *Melczer Miklós dr.*, egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

A bőr gümős folyamatainak rendkívüli változatosságát, mai felfogásunk szerint több, különféle tényezőnek összejátszása okozza. Az egyéni hajlamosság mellett, a kórkép kialakulásában a megtámadott szervezet ellenállóképessége és a fertőzés súlyossága játsza a döntő szerepet. Emellett a bőr allergiája, ugyanabban az időben a test különböző tájékán, s az egymást követő fertőzések, elárasztások során pedig ugyanazon testtájékokon is különböző lehet. A tuberculotikus bőr reactioképességének — allergiájának — folytonos változásával magyarázzuk, azokat a ritkább eseteket is, midőn ugyanazon a betegen klinikailag, meg szövettanilag is egészen eltérő tuberculosis-fajták fordulnak elő.

Lewandowsky és *Volk* szerint, ennek a jelenségnek a magyarázata nem okoz nehézséget. Ellenkezőleg, e szerzők szerint az volna érthetetlen, ha ilyen kevert kórformájú esetek nem fordulnának elő, mert már kis ingadozások a szervezet immunitásában, a kóros területbe került bacillusok mennyiségében, az elhelyezkedésében, az alkatban elégségesek ahhoz, hogy egyszer bőrfarkas, máskor tuberculid fejlődjön ki. E kétféle folyamat között eszerint, csak fokozatbeli különbségek vannak, s ezért az is érthető, ha megfordítva, egy bőrfarkasos terület szomszédságában, vagy körülötte, valamilyen tuberculid lökődik ki.

Érdekes, hogy átmeneti, rokon kórformák, amilyeneket például *Alexander* észlelt, aránylag ritkán fordulnak egyidejűleg elő. Sokkal gyakoribbak azok az esetek, amikor valamilyen tuberculidból bőrtuberculosis fejlődött ki. Erythema induratum-ban, ahol a vérben keringő bacillusok, a bőr aljában rekednek meg, s keltenek gyulladást, amint azt a klinikai észlelések bizonyítják, felületesebb bacillusemboliák is előfordulhatnak, amelyek persze felületesebb bőrgümősödést váltanak azután ki. *Schidachi* 15 esete közül hat ízben fordult elő az eryth. induratum mellett, lichenoid tuberculosis. De előfordulhat az eryth. induratummal egyidejűleg lupus erythematodes, tuberculosis papulo-nekrotica, megjelenhetnek egyidejüleg a garaton is gümős elváltozások, a végtagokon jelen lehet livedo racemosa, s *Nicolaus* szerint Boeck-féle lupoiddal is kombinálódhatik az eryth. induratum. Hazai vizsgálók közül *Török* irt le ilyen esetet.

Az eryth. induratumban ezek mellett, úgylátszik, bizonyos tájéki sajátosságok is szerepet játszanak. A hazánkban előforduló erythema induratum-esetekben, csak rendkivül ritkán fordul elő, a külföldön általában gyakrabban észlelt kifekélyesedés. Az utolsó nyolc évben 36 eryth. induratum-ot észleltem a Dunántúl, s ezek közül csupán csak egy esetben fordult elő a csomók ellágyulása, majd kifekélyesedése. Éppen ebben az esetben azonban, a bőr allergiájának egészen szélsőséges mértékű változásait észleltem. A beteg lábszárain az eryth. induratumos csomókkal egyidejűleg nagy csomós Boeck-féle lupoid fejlődött, az alkaron papulo-nekrotikus tuberculid, a nyakon pedig skrofuloderma alakult ki (1. ábra).



1. ábra.

A beteget elsőizben 1935. őszén láttam. A 26 éves gyengén fejlett nőnek, mind a két lábszárán s részben combjain is symmetriás elrendeződésben, nagyobbrészt a bőrfelületben fekvő kékes-vörös kerek, az ép bőrbe éles határ nélkül átmenő, babnyi-mogyorónyi, az eryth. induratumra jellegzetes csomókat találtam. Tapintáskor jól érezhető volt, hogy a csomós beszüremkedések, noha mozgatáskor a bőrrel együtt oldalra tolódtak, mélyen a bőralatti kötőszövetben feküdtek. Fejlődésük kezdetén a csomók fájdalmat nem okoztak. 5—12 nap mulva azonban, már fájdalom kiséretében a csomók középső része ellágyult, színük szederjes-vörössé vált, majd bekövetkezett a kifekélyesedés. Ekkor már a csomók rendszerint kiemelkedtek a bőr felületéből, de mivel a skrofulodermával ellentétben, csupáncsak a csomók közepe lágyult el, csak egészen kivételesen lehetett, csipkézett, alávájt szélü kifekélyesedéseket találni, s ezekből nem is geny, hanem savós-genyes váladék ürült. A kifekélyesedések 2—3 hét mulva legtöbbször sima, festenyezett, ritkábban behúzódott heg hátrahagyásával gyógyultak.

1934. februárjában jelentkezett ismét. Ekkor a bal lábfej külső oldalán és a bal lábszáron, az eryth. induratum-ra jellemző csomók mellett, lencsényi-babnyi felületesebb, a bőr felületéből kiemelkedő, kezdetben vörös, majd szürkés-sárgás foltokat tartalmazó, s végül teljesen sárgás-barnává váló csomókat észleltem, melyek kifekélyesedés nélkül, lapos heg hátrahagyásával gyógyultak. Ugyanekkor a nyak jobboldalán a regio sternocleidomastoidea-ban, galambtojásnyi ellágyuló skrofuloderma-t, a két alkar feszítő oldalán pedig, behúzódó heggel gyógyuló papulo-nekroticus tuberculid-et találtam.

A lábszárról kimetszett, még ki nem fekélyesedett csomók metszeteiben az eryth. induratum-ra jellemző szöveti elváltozásokat találtam.

Amint az ismeretes, valószinüleg *Lewandowsky* biologiai törvényének megfelelően, az eryth. induratum-ban felette változatos szöveti kép alakulhat ki. *Lewandowsky* szerint ugyanis azokon a helyeken, ahol bakteriumok korlátlanul felszaporodnak, a szervezet a csirák ellen nem fajlagos gyulladással védekezik, ott ellenben, ahol a csirák a védőtestek hatása alatt már elpusztultak, ahol bakteriumfehérje lebontása megy végbe, ott sarjszövet, s a sarjszövet felburjánzása után gümők alakulnak ki. Az eryth. induratum-ban szövettanilag általában háromféle elváltozás fordulhat elő: 1. gyulladásos, 2. gümőt termelő sarjadzásos, s végül 3. kevertfajtájú elváltozás, melyben a heveny gyulladás elemei keverten, vagy egymás mellett fordulnak elő a sarjadzásossal.

Mind a három fajtájú elváltozásban, a bőralatti kötőszövetben az erek, még pedig elsősorban a gyüjtőerek körül találjuk az első beszüremléseket. Az erek fala, az endo- és mesarteritis, illetőleg endo- és mesophlebitis miatt megvastagodott, lymphocytákkal átszövődött. Egyes gyűjtőerekben az intima annyira felburjánozhat, hogy az ér teljesen el is záródhatik.

Az erek nagy szerepére mutat rá, a beszüremlések kialakulásában az a körülmény is, hogy egyes esetekben, az elhalt rész közepén, az epitheloidsejtek között elpusztult érnek a maradványait lehet feltalálni. *(Schidachi, Biberstein). Delbanco* szerint az erek megbetegedését nem a bakteriumemboliák erőművi hatása, hanem a belőlük kijutó endotoxinok idézik elő, helyi thrombozisokat okozva. A nagyobb erek megbetegedésében *Schaumann* szerint szerepet játszhat a vasa vasorumok falának megtámadottsága is.

Az eryth. induratum acut gyulladásos alakjában, a bőr aljában, a zsírpárnában lezajlódó szétterülő gyulladás, a zsírszövet *Flemming* által részletesen leírt, sejtszaporodással járó sorvadásához vezet. A zsírsejtek közötti laza rostos kötőszövet felszaporodik, s a sorvadó zsírsejtek helyét fokozatosan kötőszöveti sejtekből és kis gömbsejtekből álló szövet foglalja el. Ez a sejtdús gyulladásos szövet, a zsírpárnát kisebb karélyocskákra tagolja, melyben helyenként az elpusztult zsírsejtek helyét jelző üregecskéket is megtalálhatjuk.

26 szövettanilag is feldolgozott eryth. induratum esetemben 5 ízben, tehát mintegy 20%-ban találtam, ilyen tisztán heveny gyulladásos fajtájú elváltozást.

A második fajtájú, a tisztán sarjadzásos, gümőt termelő gyulladásban, a folyamat haematogen metastasisos eredetének megfelelően, a Koch-bacillusemboliák mentén, természetesen ennél az alaknál is előtérben van az erek bántalmazottsága. Főleg a gyűjtőerekben találunk phlebitises elváltozásokat, s nem ritkák a teljesen elzáródott, felburjánzott intimájú gyűjtőerek sem. A beteg erek körül és mellett, rendszerint a vegyes gümőnek megfelelő képződmények találhatók. A gümők közepében kifejlődött elsajtosodás azonban, sohasem olyan kifejezett, mint skrofuloderma-ban.

Tisztán gümős szerkezetet találtam 2 esetben, vagyis 5.2%-ban.

Feldolgozott eseteim közül 19 ízben, tehát mintegy 75%-ban, kevert fajtájú szerkezetet találtam. Valószínűnek tartom azt is, hogy ha anyagaimat sorozatban, minden egyes esetben felmetszettem volna, az ilyen kevert fajtájú, az acut gyulladás elemeit és a sarjadzást együttesen tartalmazó eseteim száma még nagyobb lett volna.

Fenntebb leírt esetemben is, szövettanilag ilyen kevert elváltozás kialakításával védekezett a bőr, a Koch-csira támadása ellen. A ritka kifekélyesedéseknek megfelelően, természetesen ebben az esetben is, az elsajtosodás nagyobb fokú volt a rendesnél, a gümők bőven tartalmaztak Langhans-fajtájú óriássejteket, s a szövetben kimutatható volt a Koch-csira is.

Noha a szövetben a Koch-féle csirákat ebben az esetben aránylag könnyen sikerült kimutatni, *Löwenstein* módszerével sem sikerült a csirákat a beteg véréből kitenyészteni.

Boeck lupoidjának, az eryth. induratummal egyidejű előfordulása rögtön érthetővé válik, ha meggondoljuk, hogy ez a kétféle kórforma közeli rokon egymással. Manapság e két baj közötti különbséget ugyanis csak abban látjuk, hogy eryth. induratum-ban a Koch-csirák a bőralját, lupoid-ban pedig az irhát támadják meg. *Lewandowsky* és *Volk* szerint, még ez a különbség sem található fel mindég. *Jakubson* vizsgálataiból ugyanis tudjuk, hogy a lupoidban a beszüremkedés ráterjedhet az irha mélyebb rétegeire is, sőt a beszüremkedés betörhet a bőraljába is. Ezen az alapon minden további nélkül módunkban volna a lupoid-ot, az eryth. induratum-hoz sorolni. *Nicolau* észlelései is, aki e kétféle bajnak egymással kombinálódását látta, e felfogás helyessége mellett szólnak. Éppen ezért *Volk* szerint talán helyesebb volna, lupoid *Boeck* helyett, eryth. induratum lupoides Boeck-ról beszélnünk.

Esetemben a jobb lábhát medialis szélén és a bal lábszáron a részaránysan elrendeződött, lassan kifekélyesedő szederjes-vörös tömött csomók között, hónapokig változatlanul maradó, kezdetben élénk vörös, lencsényi, kis babnyi, szederjes-barnás, a rászorított tárgylemez alatt sárgás-barna foltokat tartalmazó felületesebb csomócskákat találtam, melyek később felületes heg hátrahagyásával gyógyultak. E csomók, a Boeck-féle lupoidra jellemző szerkezettel birtak. A csomókat az irhában az erek mentén, főleg nyalábokban rendeződötten, epitheloidsejtekből felépült sarjszövet alkotta, melyben az enyvadó és a rugalmas rostok elpusztultak. Egyes epitheloidsejtes gümő körül, keskeny kis gömbsejtekből álló gyulladásos sáncot láttam, de súlyosabb érelváltozásokat sem az epitheloidsejtes gümőkben, sem azok szomszédságában nem sikerült találnom.

Amint ismeretes, a Boeck-féle lupoidban, a legtöbb esetben tuberculinnal nem sikerül gócreactiót kiváltani. Esetem érdekessége volt, hogy amíg az egészséges bőrterület és a tömött csomók is positivan reagáltak tuberculinra, s a tömött csomókban tuberculin-nal gócreactiót is sikerült kiváltani, addig a lupoid feletti bőrbe intracutan befecskendezett tuberculinnal szemben, a csomó teljesen refractaeren viselkedett.

Az alkarok, klinikailag behúzódó, heggel gyógyuló barnás-vörös papulái szövettanilag is, a papulo-nekrotikus tuberculid jellegzetes képét adták.

Ezek szerin a Dunántúl előforduló eryth. induratum esetekben, leggyakoribb a kevert, a heveny gömbsejtes beszűrődésből és a gümőt-termelő sarjazásból álló szöveti kép. (75%). Tisztán gömbsejtes beszűrődés eseteimnek 20%-ában, tisztán sarjazásos alak pedig legritkábban csak 5.2%-ban fordult elő.

Esetem különben iskolapéldája annak, hogy a bőr allergiája az ismételt fertőzések során, nem csupán a test különböző tájékaiban, hanem az először is megtámadott területen, olyannyira megváltozhatik, hogy ugyanazon a betegen egyidejüleg négyféle gümős elváltozás is kifejlődhetik.

Emlékeztető!..

„Különösen ajánlom kartársaim figyelmébe a nem iskolához kötött patiensek elő- és utóidényben fürdőre küldését. Ez fürdőink és üdülőhelyeink olcsóbbodásának kulcsa, hogy ne hat hét alatt igyekezzenek tőkebefektetésük kamatait megkeresni. — Mindenképen azon legyünk, hogy ez *az elő- és utószezon necsak papíron legyen meg*, hanem kihasználtassék mint életrevaló gondolat, amiért érdemes volna néhány nagyobb és nevénél fogva is vonzóbb fürdőnek tömegellátásra is (napi 4—5 pengőért) berendezkedni." (Siófokon már ez megvan.)

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1935. é. congressusán.

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (megbízott vezető: Somogyi István egyet. rk. tanár.).

A dystrophia myotonicáról.

Irták: *Somogyi István dr.* és *Horányi Béla dr.*

A Thomsen-féle myotomia congenita kórképéből 1909-ben *Steinert* a maga és mások észlelései alapján myotonia atrophica néven önálló betegséget hasított ki, melynek tünetei a következők. Míg a Thomsen-kórban az izmok hypertrophiásak, atlétaszerűek, addig a Steinert-féle myotoniában egyrészük atrophiás; rendszerint nem az egész izomzat atrophiás, hanem csak egyes csoportok, leggyakrabban az arc izomzata, a musc. sternocleidomastoideus, az alkar és kézfej izmai, végül a peroneusok. További jellemző tünet az activ myotoniás zavar az akaratlagos mozgások megindulásakor, csakúgy, mint Thomsen-kórban. Míg azonban ez utóbbiban rendszerint valamennyi izomcsoportban észleljük az activ myotoniás mozgászavart, addig az előbbiben csupán egyes helyeken, leggyakrabban a csukló és az ököl mozgásaiban; a mozgászavar éppenúgy, mint a Thomsen-kórban néhány mozgási actus után megszünik. Az atrophiás myotoniában az izmokon ugyanazok az elektrophysiologiai változások észlelhetők, mint Thomsen-kórban. Nevezetesen itt is tartósabb az izomösszehúzódás úgy indirect farádos, mint direct farádos és direct galvános izgatásra; az összehúzódás tartama rendszerint 3—10 másodperc; erősebb árammal végzett izgatáskor rendszerint hosszabb, gyengébbre rövidebb ideig tart. Látjuk továbbá az atrophiás myotoniában a myotoniás elektromos reactio másik jellemző vonását: direct galvános izgatásra, ha az elektródot nem az ingerpontra, hanem attól távolabb alkalmazzuk, nem villámgyors, hanem féregszerű összehúzódást kapunk, úgy mint az elfajulásos reactio esetén; emellett rendszerint a rángási formula is megváltozik, mert gyakori, hogy az anódzárási rángás előbb következik be, mint a kathódzárási. Az izmok rendszerint nemcsak az ingerpont felől ingerelhetők, hanem úgyszólván mindenünnen, legjobban közel az inas részhez, azaz itt is látjuk az ingerpont eltolódását, csakúgy, mint az elfajulási reactióban. Mindezek a myotoniás elektromos reactiót jellemző részletek a Thomsen-betegségben rendszerint valamennyi izmon megtalálhatók, az atrophiás myotoniában az izmoknak csupán egy töredékén, legkifejezettebben az atrophiás izmokon. Végül az atrophiás myotonia kórképéhez bizonyos vegetativ-endokrin zavarok tartoznak, mint általános soványság, fiatal korban jelentkező katarakta, herehypoplasia a sexualis élet zavaraival, gyakran korai kopaszság. Míg a Thomsen-kór rendszerint születéstől kezdve fennáll, addig a Steinert-féle betegség a 30. évek táján szokott kialakulni.

Röviden összefoglalva két tünetcsoport alkotja a Steinert-féle myotonia atrophica lényegét: atrophiás-myotoniás jelenségek s különböző vegetativ-endokrin zavarok.

A betegség különállóságának jogosultságát, a Thomsen-kórtól éles elkülönitését *Steinert* leírása óta a legtöbb szerző elfogadja. Tekintettel arra, hogy az izomzaton a dystrophia musculorum progressivára emlékeztető kórszövettani elváltozások észlelhetők, *Curschmann* az atrophia myotonica elnevezés helyett a dystrophia myotonica nevet ajánlotta s a német irodalomban ez az elnevezés nyert polgárjogot. A franciák myotonie atrophiqueről, az angolok vagy dystrophiás myotoniáról, vagy az angol és német leíró után Batten—Steinert—Curschmann-féle betegségről beszélnek.

A betegség kórokát illetőleg ma már kétségtelennek tekinthető, hogy a betegség az endogen, örökletes megbetegedések csoportjába tartozik. Erre utal gyakori familiaris jelentkezése, hereditásos mivolta (észleltek több generatión át dominánsan öröklődő eseteket), a gyakori homochronica, néha antepositióval. A betegség örökletes menete *Curtius* szerint szabálytalanul domináns. Az öröklési viszonyok meghatározásában fontos, hogy gyakran egy család több tagja közül csak egy vagy kettő mutatja a kórképet a vázolt teljességében, míg további családtagok csupán rudimentarius alakokat mutatnak, pl. isolált korai katarakta formájában. Igy pl. *Greenfield* észlelt családot, amelyben 13 gyermek közül 5 a dystrophia myotonia typikus képét mutatta, míg másik két testvér csupán korai kataraktát, mint abortiv phaenotypust.

Míg a dystrophia myotonica tünettana és kóroktana elég jól tisztázottnak mondható, a betegség közelebbi pathogenesisére nézve nagyon hiányosak az ismereteink. E tekintetben az irodalomban háromféle nézettel találkozunk. Az egyik, az ú. n. myogen-theoria szerint az izomelváltozások oka magában az izomzat elsődleges megbetegedésében keresendő. Ez a felfogás azonban nem kielégitő, mert nem magyarázza meg a szabályszerűen észlelhető vegetativ-endokrin zavarokat. Egy másik felfogás szerint a betegség primum movense az endokrin apparatus elsődleges endogen bántalma, az izmok megbetegedése csupán másodlagos következménye volna az endokrin zavaroknak. Különösen a glandula parathyreoideát tekintik többen a betegség kiinduló pontjának. A harmadik, ú. n. neurogen elmélet szerint a betegség alapját a III. agykamra körüli legmagasabb vegetativ központok elsődleges bántalma képezi, a kórkép minden jelensége csupán e vidék elsődleges megbetegedésének volna másodlagos következménye. E nézet legismertebb képviselője *Curschmann.*

A bántalom kiindulási pontjának meghatározása a kórszövettan feladata volna. Ezideig azonban idegkórszövettani szempontból mindössze három esetet dolgoztak fel; lényegesen több esetben történt kórszövettani vizsgálat az izmokat és a belsőelválasztású mirigyeket illetőleg. Az idegkórszövettani szempontból is feldolgozott három eset közül kettőben *(Steinert* 1909 és *Greenfield* 1911) a vizsgálat nem terjedt ki a vegetativ központokra. De e két észlelésből is kiemelhetjük a mellsőszarvi motoros sejtek teljes megkiméltségét, azaz az izomzat dystrophiája nem a spinomuscularis mozgatóneuron bántalmán alapszik. Modern kórszövettani szempontokból dolgozták fel esetüket *Bielschowsky* és *Ostertag,* kiknek leletéből a következő fontosabb részleteket emlitenénk. Az egész akaratlagos mozgató pálya teljesen ép volt. A III. agykamra számos vegetativ magja közül csupán egyben, a Meynert-féle nucleus basalisban voltak számbavehető szövettani változások (sejtárnyékok, elszórtan neuronophagiák) találhatók. A gerincvelői oldalszarvak sympathiás jellegű sejtjei helyenként megfogyatkoztak. Ez utóbbi észlelés beigazolódása esetén annál érdekesebb volna, mivel *Ken Kuré* és iskolája szerint a dystrophia musc. progr.-hoz hasonló szövettani elváltozások észlelhetők. Magunk azonban *Bielschowsky* és *Ostertag* ama megjegyzését, hogy a gerincvelői oldalszarvak sejtjei megfogyatkoztak, nem tartjuk bizonyitónak, mert *Gagel* és a magunk tapasztalása szerint a gerincvelői oldalszarvak sejtsűrűsége nomalis körülmények között is metszetenként nagy ingadozásokat mutathat, úgy hogy sejtkiesést csakis metszetsorozatok segitségével lehet biztonsággal megállapitani, már pedig *Bielschowsky* és *Ostertag* leírásából ez nem tűnik ki. Azt mondhatjuk, hogy a dystrophiás myotonia ú. n. neurogen-theoriája az eddigi,

mindenesetre nagyon gyér idegkórszövettani tapasztalatokban alátámasztást nem nyert.

Tekintettel arra, hogy a betegség valamennyi tünetét ezidőszerint egységesen magyarázni nem lehetett, újabb szerzők arra gondolnak, hogy az izomelváltozások valamint a vegetativ-endokrin jelenségek mellérendelt kórjelenségek, amelyek — tekintettel a bántalom biztosan endogen voltára — pleiotrop genhatás következtében jönnek létre.

A betegség előfordulási sűrűsége úgy látszik bizonyos földrajzi különbségeket mutat, így pl. Németországban Württenbergben sok esetet észleltek, ezzel szemben a hamburgi klinika igen nagy anyagában *Nonne* sohasem találkozott e kórképpel. *Dawidenkov* adatai szerint Oroszországban is a ritkaságok közé tartozik. Magyarországon a betegség előfordulási gyakorisága nézve adatokkal nem rendelkezünk; a betegséggel tudomásunk szerint magyar nyelven senki nem foglalkozott. Éppen ez indokolja a következő eset rövid közlését.

Gy. I. 37. é. Anyja 55 éves korban postenkephalitises parkinsonismusban halt meg. Egyik testvére fiatalon elhunyt, a másik 42 éves, egészséges. A családban hasonló betegség nem fordult elő, fiatal korban jelentkező kataraktáról sem tudnak.

Születése, fejlődése rendben folyt le. Nem dohányzik, alkoholt nem iszik, nemibetegsége nem volt (soha sem élt nemi életet, nem onanizált, sohasem voltak nemi vágyai). Születése óta rendellenes a testalkata. Járása 3 éves korban kezdett romlani, Bécsben kezelték akkor, de vizsgálati adatait nem lehetett beszerezni. Mindig nehezen tudott megindulni, azonban néhány lépés után türhetővé vált a járása, bár nehézkes volt. Az utóbbi időben járása még jobban megromlott. Kezeit mindig jobban tudta használni, a kereskedelmi iskola elvégzése után hivatalnok volt, majd mint fényképész kereste kenyerét. Kezében sohasem voltak megindulási nehézségei. Az utóbbi években sokat fogyott. Látása rendben; jobb oldalt gyermekkorában otitis media, jobb fülére rosszul hall. Vizelési, székelési panaszai sohasem voltak. A klinikai felvétel előtt 4 nappal az utcán elesett, tarkóját a kövezethez ütötte, eszméletét nem vesztette el, saját lábán ment haza. A beszédet az elesés utáni napokban egyáltalán nem értette meg. Emiatt kereste fel a klinikát.

Jelen állapot: Koponyán külsérelmi nyom nincsen. Durva tapintatú, őszülő hajzat; kopaszodásnak csak kezdeti stádiumai észlelhetők. Homlokát mindkét oldalt egyformán jól ráncolja. Mindkét szemhéj kissé lecsüng: ez s a sovány arc szenvedő, fájdalmas arckifejezést ad a betegnek (facies myopathica). Ex- vagy enophthalmus nincsen. Szemek csukása és nyitása jól sikerül, jelzett szemhéjtremor. Szemmozgások szabadok, kettős képek semmiféle szemállás mellett nem jelentkeznek, nystagmus nincsen. Pupillák középponti fekvésüek, szabályosan kerek alakuak, egyenlők, középtágak. Fényre a pupillák kis kitéréssel reagálnak s ebben a szükült helyzetben egyideig megmaradtak, úgy hogy gyorsabban következő egymásutáni megvilágításokra nem reagálnak. Ez a jelenség azonban nem állandó. Alkalmazkodáskor és összetéréskor is a pupillák egyideig megmaradnak a szükült helyzetben. Cornealis reflex mindkét oldalt kiváltható. Trigeminus- és occipitalis nyomási pontok nem érzékenyek. Az arc valamennyi izma sorvadt, a pofák beesettek (a betegnek csaknem teljesen ép fogsora van). Fibrillaris rángás az arc izmain nem észlelhető (mindjárt megemlitendők, hogy fibrillaris rángások a test egyetlen izmán sem észlelhetők). Facialisokat mindkét oldalt minden ágban jól idegzi be. Chvostek-tünet mindkét oldalt negativ. Kinyujtott nyelv középen, mozgásai minden irányban szabadok, az első mozgások nem korlátozottak. A nyelven sem atrophia, sem tremor, sem fibrillaris rángás nem látható. Garativek jól mozognak, garatreflex mindkét oldalt kiváltható. Hangja kissé nasalis jellegü (mindig ilyen volt).

Pajzsmirigy egyik oldalon sem tapintható. A musc. sternochleidomastoideus mindkét oldalt tömegében erösen megfogyatkozott, azonban számbavehető működési csökkenése nincsen. A nyak egyéb izmai rendes tömegüek.

A csontrendszeren különböző fejlődési rendellenességek észlelhetők. A mellkas erösen deformált, a gerincoszlopon dorsalis kyphosis és nagyfokú lumbalis lordosis látható. A könyökizületben a kar nem egyenesithető ki teljesen, kb. 160 foknál megakad (az ulna olecranonja beleütközik a humerusba). Tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincsen. Szivtompulat határa balra a medioclavicularis vonal, jobbra a sternum jobb széle. Szivcsúcs felett halk systolés zörej. Pulsus 68, rythmikus, kp. feszes. Vérnyomás 100/80 Hgmm. Gyengén fejlett hónalj- és nemi szőrzet. Kifejezett rectusdiastasis. Herék a zacskóba leszállva, jelentékenyen kisebbek, mint hasonló korú és magasságú férfié. Kiürítési functiók rendben. Vizeletben fehérje, geny, cukor, urobilinogen neg., üledék kóros alkotórészt nem tartalmaz. Vérben Wasserman, Kiss, Meinecke-reactio neg. Vérkép: fehérvérsejtszám: 8000, vörösvérsejtszám: 4,200.000, Hg-index: 79%. Vércukor: 0.11 mg%; calcium: 6 mg%. Rest-nitrogen: 19 mg%. Liquorban sejtszám: 7/3, összfehérje: 0.18 mg%. Wassermann, Kiss, Meinicke, Nonne-Appelt, Ross-Jones, Pándy, Weichbrodt: neg., colloidalis benzoegörbe normalis kiesést mutat.

Mozgató kör: A beteg nehezen tud megindulni, az első lépéseket csak nagy erőfeszitéssel tudja megtenni, a negyedik-ötödik lépésnél ez a nehézség elmulik, járása kissé csoszogó. Más mozgáskor nem észlelhetők ilyen activ-myotoniás jelenségek. A beteg izomzata alaki szempontból kétrendbeli eltérést mutat. Az izmok egyrésze és pedig az arcizmok, a musc. sternocleidomastoideus, a vállöv izmai, a felkar izmai, az alkar izmai atrophiásak, ezzel szemben a másik kisebb része ellenkezőleg plastikusan jól fejlett. Ilyenek a musc. trapezius, a m. gluteus maximus, a musc. sartorius, a m. rectus femoris. Az atrophiás izmok is kifogástalanul működnek, paretikus jelenség sehol sem észlelhető. Az izomzat tonusában biztosan értékesithető eltérés nem észlelhető. Rendellenes hyperkinesisek (pl. tremor) nem észlelhetők. Valamennyi inreflex kiváltható, kóros reflex nincsen, clonus nem váltható ki, hasreflexek egyik oldalt sem, egyik harmadban sem válthatók ki. Cremasterreflex mindkét oldalt kiváltható. Talpreflex egyik oldalon sem váltható ki, analis reflex mindkét oldalt élénk.

Elektromos vizsgálat: Az arc izmai, a nyak izmai közül a musc. trapezius elektromos vizsgálatnál normalis magatartást mutatnak. A musc. sternocleidomastoideusban direct faradós ingerléskor typusos myotoniás reactio: az izomcontractio nem szünik meg az inger megszüntével, hanem néhány másodpercig tovább tart; direct galvános ingerlésre villámgyors összehúzódást kapunk, mely nem mutat hosszabb összehúzódási időt. A törzs, a felső és alsó végtagok valamennyi izma a következőket mutatja: faradosan akár direct, akár indirect izgatva typusos elhúzódott izomösszehúzódást kapunk. Indirect galvános izgatásra az izmokban féregszerű rángás észlelhető a contractiós idő megnyúlásával. Galvános árammal könnyebben izgathatók az izmok, valamivel távolabb az ú. n. ingerponttól. Valódi elfajulási reactio egy izmon sem volt látható. Az atrophiás izmok egyrészében a normalisnál jelentékenyen magasabb chronaxia-értékeket kaptunk *(Perémy)*.

Érzőkör. Szemészeti lelet: Ép szemfenék. A lencse elülső és hátsó kérgében gyertyacseppszerű homályok, közben apró pontok, vöröses-zöldes kristályok. Diagnosis: myotoniás katarakta, myotoniás pupillareactio. *(Tóth)*. Fülészeti lelet: cicatrisatio memb. tymp. l. d. Egyébként ép viszonyok *(Krepuska)*. Szaglás, ízlés rendben. Tapintási-, hő-, fájdalmi-, valamint mélyérzés mindenütt kifogástalan. Érzéslocalisatio jó. Romberg negativ, ataxiás jelenségek nincsenek. Kisagyi tünetek nincsenek.

A koponya röntgenlelete: A koponyaboltozat csontjai normalis vastagságuak, normalis felépitettségüek. A sella turcica viszonylagosan kicsiny, alakja a normalistól eltér (anatomiai variatio, degeneratiós stigma?). A proc. clin.-ok és a dorsum épeknek látszanak. *(Gaál.)*

Elektrographikai lelet: Sinusrythmus, a bal szivfél túlsúlya *(Dobozy)*.

Alapanyagforgalom: 13% *(Kleiner)*. Adrenalinérzékenység normális *(Margitay)*. A beteg mérsékeltfokú sensoros aphasia képét mutatja (szómegértés zavart, perseveratio, paraphasiák, agrammatismusok stb.), ez azonban a klinikai tartózkodás alatt jód adagolása mellett gyorsan megjavul.

Psychésen a beteg kórosat nem mutat. Kis érdeklődési körrel biró, jóindulatú, szivesen mosolygó, szolgálatkész, ragaszkodó, néha kissé bizalmaskodó egyénisége van.

Összefoglalóan betegünkön kétrendbeli tünet észlelhető: atrophiás myotoniás jelenségek az izomzat részéről és zavarok a vegetativ-endokrin élet részéről katarakta és herehypoplasia formájában. E kétrendbeli tünetcsoport alapján a kórképet a dystrophia myotonica köréhez tartozónak kell tartanunk. Typusos Thomsen-

féle betegség ellen szól egyrészről az izomatrophia jelenléte, a szokásos izomplastika hiánya, másrészről az a körülmény, hogy az activ-myotoniás jelenségek nem az egész izomzatban, hanem csupán az izmok egy részében vannak meg.

Esetünk a dystrophiás myotonia megszokott képétől eltér a következőkben. A dystrophiás myotonia rendszerint a második-harmadik évtizedben kezdődik, ezzel szemben esetünkben a betegség már a kora gyermekkorban megindult s csak igen lassú progressiót mutatott. Dystrophiás myotonia legtöbb esetében az activ myotoniás jelenségek legkifejezettebbek a kézfej mozgásaiban, a mi esetünkben activ-myotoniás jelenségek kizárólag a járásnál mutatkoztak. Csak kezdeti formájában van meg esetünkben a kopaszság. Végül eltér a szokott képtől esetünk az öröklésbiologiai viszonyok tekintetében is: esetünkben a családban sem hasonló kifejlett kórkép, sem rudimentarius forma nem fordult elő, azaz esetünket sporadikusnak kell mondanunk. Ez annál feltűnőbb, mert az irodalmi tapasztalatok szerint minél nagyobb az örökletes dispositio, annál koraibb szokott lenni a betegség megindulása, ezzel szemben esetünkben a betegség már a gyermekkorban megindult s a családban a betegségnek még csökevényes formája sem fordult elő.

Az elmondottak alapján valószínű, hogy esetünk a dystrophiás myotonia szokatlan, atypikus formáját képviseli.

A Magánalkalmazottak Biztositó Intézete III. nőgyógyászati rendelésének közleménye (vezető: Gőczy Lajos egyet. rk. tanár.)

Asthma bronchiale szövődése terhességgel.

Irta: *Gőczy Lajos dr.*

Amíg az asthma bronchiale belorvosi viszonylatban nem tartozik épen a legritkább betegségek közé, terhességgel szövődve azt olyan ritkán észlelték, hogy *Offergeld* a világirodalomból a saját 4 esetén kivül csupán 7 esetet tudott összegyüjteni és azóta is *Vogt, Esch, Massini, Peyser, Kaminer, Seitz, Williamson, Green* 1—1, *Spiegler* 2, *Bársony* meg 3 esetet közölt.

Az asthma bronchiale terhességgel szövődve jelentkezhet 1. a terhességet megelőző asthma folytatásaképen, mint valódi asthma bronchiale szövődése terhességgel, 2. mint következménye a terhességnek, — *Seitz* szerint mint terhességi asthma, — amit *Spiegler* újabban asthmopathia gravidarum névvel jelölt meg. Ezzel az utóbbi terhességi szövődményei, *Seitz* szerint, elég gyakran találkozunk.

A MABI III. nőgyógyászati rendeléséről közlöm egy valódi asthma bronchiale esetét szövődve terhességgel, egyrészt ritkasága miatt, másrészt mert egyidejüleg ismertetni kivánom az e themával kapcsolatos mai szülészeti felfogást, mert a magyar orvosi irodalomban ilyenirányú összefoglaló közlemény újabban nem jelent meg.

A 28 éves I. P. (G. L.-né 1853—935. bjsz.) havibaja 15 éves kora óta 4 hetenként jelentkezik 4 napi tartammal. 5 év óta neurastheniával, 3 év óta asthma bronchialeval áll szakorvosi kezelésben. Rohamai függetlenek az időjárástól, azokat rendszerint idegesség váltja ki. 7—8 hete elmaradt a havibaja és azóta rohamai gyakrabban és súlyosabb formában jelentkeznek. Dg: Grav. III+asthma bronchiale.

A terhesség IV. hónapjában annyira súlyosbodtak a rohamok, hogy belorvosa a terhesség megszakitásának kérdését is felvetette. Mivel a beteg terhességéhez ragaszkodik, a terhesség megszakitásától elállunk. A terhesség V. hónapjában ritkábban és könnyebb formában jelentkeznek a rohamok, a VI. hónapban csak 3 könnyü roham volt, a VII. hónaptól a terhesség végéig, illetve a szülésig csupán nehéz légzési panaszok. A szülést a magzati szivhangok arythmiája miatt kimeneti fogóval fejezték be. É. é. leány született. Rendes gyermekágy. Asthmás roham a gyermekágy harmadik hetében ismét jelentkezett s azóta a terhesség előtti állapot tért vissza.

Hogy nem-terheseknél az asthma bronchiálét, — az alveolusok légtartalma mellett a kis bronchusok görcsös összehúzódását — mi váltja ki, az ma még nem tisztázott. Felveszik a savbasis-egyensúly zavarát, a belső secretiós systema, vagy a máj működésében beállott zavart, továbbá az allergenek anaphylaxiás szerepét. Allergenekként szerepelnek: 1. növényi, 2. állati és 3. klima allergenek. Ilyenek: bakteriumok egyes fű- és virágfajták hímpora, állati szőrök, tollak, por, chemiai anyagok, illó olajok stb., amelyek legtöbbször keveredve szerepelnek kiváltó okként. Azonban mindezen tényezők egymagukban rohamok kiváltására nem elégségesek, azokhoz még öröklött, vagy szerzett dispositio, illetve constitutionalis tulajdonságok is szükségesek, mint pl. a légzőközpont, vagy a központi idegrendszer egyes tényezőinek abnormalis állapota, fokozott ingerlékenysége, vagy a bronchusok izmaiban és nyálkahártyájában lévő, ma még ismeretlen szövetszerkezeti, illetve biochemiai elváltozások. Mindezekből pedig az következik, hogy igaza van *Kleinwitz*nek és *Tiefensee*nek, akik azt mondják, hogy ma még az asthma-probléma megoldva nincs.

A terhességi asthmát általában terhességi toxicosisnak tartják. A terhességi toxicosisokat pedig a terhességi anyagcserében beállott zavarok miatt az anya szervezetében felhalmozódott, illetve képződött mérgező anyagok idézik elő. Hogy ezek a mérgek milyen fajtájúak és természetűek, hogy vajjon fehérjehasadás rendellenes termékei-e, vagy mérgező tulajdonságuk a különböző ártalmatlan anyagok keveredési viszonyainak eltolódásából származik, vagy őket a vér és a sejtek vegyi és physikai állapotváltozásai teszik-e mérgező hatásúakká, ez még tisztázásra szorul. Tény az, hogy a tulajdonképeni mérget még kimutatni nem sikerült, de valószínű, hogy a különböző terhességi toxicosisokat különböző mérgek idézik elő. A terhességi asthma *Seitz* szerint az epithel-testek elégtelen működéséből származó Ca-hypoioniára vezethető vissza, vagyis az ásványi anyagcserében beálló zavarra. A terhesség alatt ugyanis a magzat testének felépitésére nagymennyiségű mész vonatik el az anya testéből, amelyet a parathyreoideák pótolni nem tudnak. A mészhiány, vagy a szervezetben más anyagok felhalmozódása következtében áll be az izomzat és a peripheriás idegrendszer ingerlékenységének fokozódása, úgyannyira, hogy a női szervezeten a terhesség alatt egy subtetaniás állapot uralkodik. Ha az ingerlékenység fokozódása a mozgató idegekre terjed ki: tetania, ha az autonóm idegrendszerre, főleg a n. vagus pylorusbeli ágaira: hyperaemesis áll elő, a vagus bronchialis ágai tonusának emelkedése pedig asthma bronchialét vált ki. Ezzel szemben *Offergeld* azt hiszi, hogy a rohamokat nem a mészhiány, hanem a kalium-ionok felszaporodása, illetve aminokapcsolatok idézik elő. *Wichmann* és *Pall* szerint meg az asthmarohamokat az explosiószerűen támadó és hirtelen lezajló alkalikus állapotok váltják ki.

Hogy a görcsöket foetalis, vagy chorealis eredetű sejteknek az anyai vérkeringésbe jutása, illetve időnként fokozottabb elbomlása okozza-e, az sem tisztázott.

De bármi legyen is okozója a terhességi asthmának, helyes véleményt erről a szövődményről csak úgy alkothatunk, ha 1. ismerjük a terhesség hatását az asthmára és 2. az asthma hatását a terhességre.

Mielőtt e kérdések tárgyalására rátérnénk, megemlítjük azt, hogy asthma bronchiale terhességgel szövődve egészséges idegrendszerű terheseknél nem szokott előfordulni, csak olyanoknál, akiknek idegrendszere valamilyen formában már a terhesség előtt is alterálva volt. Ezeknél neurosis, neurasthenia mindig szerepel az anamnesisben, de olykor a későbbi vagotonia előfutárai is felismerhetők a szívdobogásban, hányásban, gázfelhalmozódásban, kólikában és az indokolatlan hasmenésben. Természetes tehát, hogy az ilyen alterált idegrendszerű terhesek a terhesség által megváltoztatott életfolyamatokat zavar nélkül elviselni nem tudják.

A terhességnek az asthmára való hatása a rohamok jelentkezésének mikéntjében, azok befolyásolásában nyilvánul meg. Az eddigi közleményekből az tünik ki, hogy a rohamok megjelenésében merev szabályszerűség nincs, mégis az szűrhető le, hogy más a rohamok jelentkezése terhességi asthmánál és más, valódi asthma esetén. Ugyanis terhességi asthmánál a rohamok gyakrabban és súlyosabb formában inkább a terhesség elején jelentkeznek, főleg I. P-ákon, azonban jelentkezhetnek M. P.-ákon is, anélkül, hogy az előző terhességben jelen lettek volna. A rohamok rendes körülmények között a terhesség előrehaladásával mindinkább ritkulnak és gyengülnek, és később el is maradhatnak. Ennek az oka pedig *Pall* és *Wichmann* szerint az, hogy az asthmát előidéző alkalikus állapot a terhesség utolsó hónapjaiban a savanyú oldalra tolódás révén megszünik.

Más a helyzet valódi asthma bronchiale esetén, ahol a rohamok ugyancsak a terhesség elején jelentkeznek, de a terhesség előrehaladásával *Croom, Massek* stb. megállapitásai szerint sűrűsödnek és súlyosbodnak. A rohamok jelentkezhetnek a terhesség bármely időszakában is, azonban a jelentkezés ideje nem közömbös; *Offergeld* megállapitja, hogy a rohamok a terhesség előrehaladásával arányosan súlyosbodnak. Nem hallgathatjuk el azonban azt sem, hogy valódi asthma bronchiale esetén is észlelték a terhesség előrehaladásával a rohamok ritkulását és gyengülését, sőt azok teljes elmaradását is, amit időleges javulásnak, vagy végleges gyógyulás jelének lehet tekinteni. Ilyen időleges javulást mutatott a mi esetünk is.

A terhességi asthma *Seitz* szerint az anyára nézve általában kedvezően szokott lefolyni, sőt a valódi asthma bronchiale szövődése terhességgel is legtöbbször kedvező kimenetelű az anyára nézve. *Offergeld*nek a valódi asthmára vonatkozó kimutatásában 10 kedvezően végződő esettel szemben 1 halálos eset áll. Az azóta közölt 14 esetből is 2 végződött az anya halálával, így tehát az összes eddigi valódi asthma bronchale-esetekből 12.5% (24:3) anyai mortalitás állapítható meg. Ez a halálozási szám elég magas, mert közel jár az eklampsia mortalitásához *(Seitz)*. Épen ezért a valódi asthma szövődését terhességgel az anyára nézve, ha nem is mindig életveszélyesnek, de mindenesetre súlyos complicatiónak kell tartani.

Ami az asthma bronchialenak az anyai szervezetre, — a szívre, tüdőre stb. — hatását illeti, amíg az hosszabb fennállás esetén belbetegekben elváltozásokat okoz, terhességgel szövődve, épen az idő rövidsége miatt szervi eltéréseket nem idéz elő, sőt *Offergeld* kimutatásából az tünik ki, hogy valódi asthma szövődése terhességgel sem szokta az anya szervezetét lényegesen megtámadni, mert csak 1 esetben tudott myokarditist, 1 esetben emphysemát megállapítani, de ezeket a betegségeket is hajlandó terhesség előttieknek nyilvánítani.

A szülés rendesen folyik le, kivéve, ha a köhögési inzultusok korai burokrepedést okoznak, ami aztán, mint ilyen, szülési szövődmény lehet úgy az anyára, mint a magzatra.

Ami a szülés utáni állapotot illeti, arról megállapitható, hogy a méhnek spontán, vagy művi kiürülése után az anya állapotában szinte egy csapásra javulás áll be, és pedig terhességi asthma esetén gyógyulás észlelhető, valódi asthma esetén pedig a terhesség előtti állapot tér vissza. A méh kiürülése után az anya állapotának roszszabbodását senki sem észlelte. Művi vetéléseknél a narkosisból felébredés után azonnal megszünnek a panaszok. Elsőnek a rohamok maradnak el, ámbár a köhögés még olykor jelentkezik, de rendszerint megváltozik a köpet jellege, mely higabb és kevesebb lesz. Teljes gyógyulásra mégis csak akkor van remény, ha a fokozott vagotoniát sikerül megszüntetni, ami terhességi asthma esetén rendszerint önmagától is bekövetkezik. Megemlitjük *Peyser, Spiegler* stb. eseteit, amelyekben a terhességi anyagcsereváltozás a terhesség előtti asthma bronchialéra gyógyitólag hatott.

A szoptatás rohamokat nem szokott kiváltani.

Amilyen kedvezően végződik a terhességi asthma az anyára nézve, épen olyan kedvező a magzatra nézve is. Más azonban a következmény valódi asthma esetében. Ugyanis *Offergeld* munkájában a halvaszületett magzatok száma 57%-ot tesz ki. Ha ezen adathoz még az anya érdekében szükségessé vált művi vetélések %-át is hozzáadjuk, akkor a halott magzatok száma 73%-ra emelkedik a 27% élő magzattal szemben. Ha az 57%-os magzati mortalitást az utóbbi évek kedvezően végződött esetei némileg enyhitik is, mégis valódi asthma bronchiale esetén a magzatok nagy pusztulásával kell számolnunk. Tudni kell azonban, hogy a magzatok halálát nem a köhögéssel, a test rázkódtatásával járó mechanikus tényezők idézik elő, hanem szénsavmérgezés vagy az anyai szervezet anyagcserezavara miatt felhalmozódó mérgek. A magzat megzavart anyagcseréjű, dyskrasiás közegben él, amely életére és továbbfejlődésére alkalmatlan. Hogy a vagus-izgalomra keletkezett véredénytágulás vérbőséget és ez aztán retroplacentaris vérzést idéz-e elő, ami aztán peteleváláshoz és a pete halálához vezethet, ma még nem tisztázott. A mai felfogás szerint a magzat halála toxikus okokra vezethető vissza.

A szülés a kiviselt magzat életét nem veszélyezteti jobban, mint különben, ha csak a köhögés, illetve a test rázkódtatása miatt beálló korai burokrepedés nem okoz complicatiót rá nézve. Az élve született magzatok további sorsa kedvező, mert zavartalanul fejlődnek és bár a mai felfogás szerint az asthma bronchialet öröklődő betegségnek tartják és ezáltal a magzatok értékcsökkenését vitatni lehet, de arról biztosat mondani még nem.

A terhességi asthma gyógykezelése *Seitz* szerint igen egyszerű feladat, mert állitólag a rohamok mész adagolására elmaradnak. Valódi asthma esetén azonban különbséget kell tenni a roham alatti és a rohammentes időszak kezelése között. Ezen utóbbiban a gyógyeljárásoknak olyan sora áll rendelkezésünkre, amely specialisan belorvosi szaktudást igényel, ezért célszerű a szülésznek csak a terhességet ellenőrizni, s az asthma kezelését továbbra is szakorvosra bízni, aki minden gyógymóddal dacoló esetben a rohamok sűrűsödése és súlyosbodása esetén, tehát az anya életét veszélyeztető esetben a terhesség megszakitását is javalhatja. Az ilyen esetek persze ritkák.

Épen ezért az mondható, hogy ámbár az asthma bronchiale terhességgel szövődve az anyára nézve súlyos, de csak ritkán életveszélyes szövődmény, könnyű asthma esetén a fogamzás nem tiltandó el, a szoptatás is megengedhető, ha az nem befolyásolja kedvezőtlenül a betegséget. Mégis az anya életveszélye esetén a terhesség megszakítása is szóbajöhet és attól mereven elzárkózni nem lehet, mint ahogy azt *Luros* teszi, mert *Croom, Williamson* és *Green* halálos esetei művi vetéléssel megmenthetők lettek volna. Természetesen ettől az eljárástól sem lehet többet várni, mint a terhesség előtti állapot visszatérését.

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

Idiopathiás tetania kezelése A. T. 10-zel.

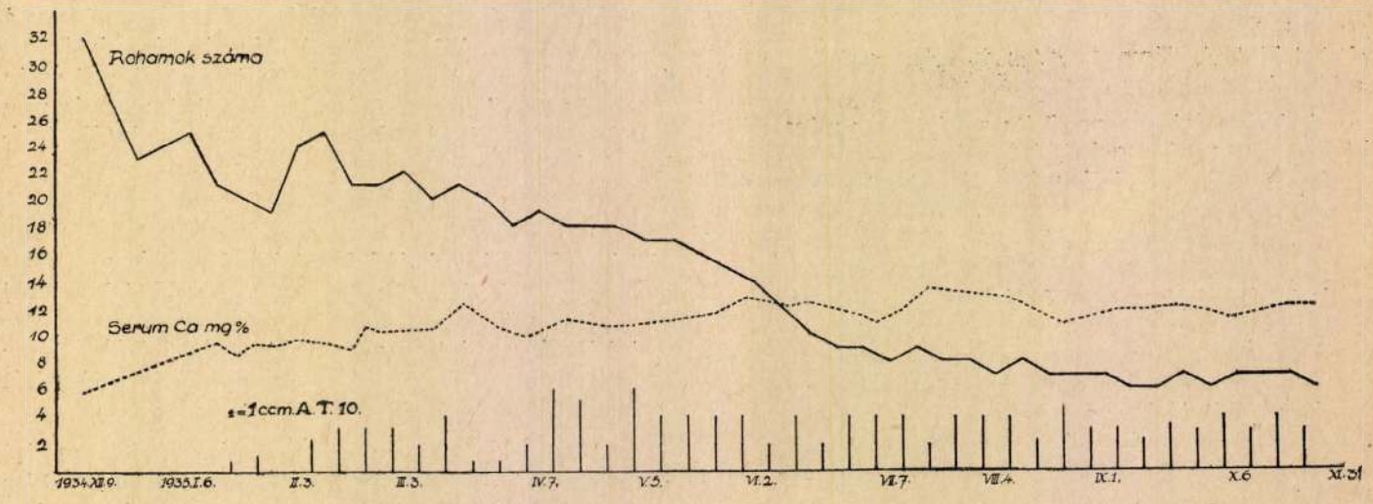
Irta: *Feledy Kálmán dr.*

F. Holtz és munkatársai 1933-ban tették közzé első tapasztalataikat az általuk előállított új gyógyszerről, az A. T. 10-ről (Anti-tetanisches Präparat No. 10.), mellyel műtét utáni tetaniákat orvosoltak igen jó eredménnyel. A készítményt besugárzott ergosterinből állították elő és az ergosterin-származékokban keletkező azon anyagot, mely a szervezet calciumforgalmát befolyásolni képes, calcinose-factornak nevezték el. A calcinose-factor nem azonos a D-vitaminnal, nagyobb adagban mérgező hatású, a vérserum calciumszintjét emelni képes. Hosszas kísérletezések után állították elő a calcinose-factor peroralis adagolásra alkalmas olajos oldatát, az A. T. 10-et.

Az eddigi kísérleteket leginkább golyva-műtét után keletkező tetaniában végezték és ezért érdemesnek tartom klinikánk egy idiopathiás tetaniás betegéről beszámolni, akit már csaknem egy éve kezelünk A. T. 10-zel.

N. D. 26 éves géplakatos. Elsőízben 1928-ban vettük fel. Akkor elmondta, hogy betegsége 4 éve kezdődött, eleinte húzó fájdalmakkal, később fokozatosan erősbödő görcsökkel, különböző izmaiban. Az eleinte néhány másodpercig jelentkező görcsök utóbbi időben már ½ óráig tartanak és igen erős izomfájdalommal járnak. Az utóbbi hónapokban többször előfordult, hogy a rohamok alatt rövidebb-hosszabb időre eszméletét is elvesztette. A klinikára felvételkor naponta 4—5-ször van tetaniás rohama. Mindkét oldalon élénk Chvostek-tünet váltható ki, a felső, illetve alsó végtagok leszorítására 2—3 perc mulva tetaniás görcs fejlődik ki a megfelelő végtag izomzatában. Hyperventilatióval roham nem váltható ki. Látás, szemfenék ép. A serum calcium-tartalma 5.9 mg%. Parathormone befecskendésekre és calcium peroralis szedésére (3x1.0 calcium chloratum) a serum-calcium 10.7 mg%-ra emelkedik, a rohamok megszünnek, jól érzi magát. A klinikáról távozása után — 2 hónapon át — míg a parathormone-ojtásokat kapja, állapota kielégítő, de a gyógyszer elhagyása után újra romlani kezd, a rohamok száma és ereje nő, néha a garatizmokban is keletkezik tetaniás görcs, ilyenkor eszméletlenné válik, arca szederjes lesz. Trousseau-tünet jól kiváltható, a kezek hyperventilatio után 20 másodperccel tetaniás tartásba jutnak, a beteg kipirul, szédülésről panaszkodik (1929. jan.). Állapotának súlyossága miatt 1929 augusztusban parathyreoidea-átültetést végeztetünk a has böre alá. Az átültetés után állapota fokozatosan javul, majd 2 évig semmi panasza sincs. 1931-ben tetaniás rohamai újra kezdődnek és amikor 1934-ben klinikánkra felvesszük, újra igen súlyos a kórkép. Naponta 30—32-szer van rohama, mely néha csak percekig, olykor azonban ½—1 óráig is eltart. Emlékezőképessége csökkent, gyakran szédül, látása 3 hónap óta rosszabbodik. Chvostek-, Trousseau-tünet jól kiváltható, hyperventilatióra 30 mp mulva keletkezik tetaniás roham. Az izmok elektromos ingerlékenysége nem mutatott lényeges eltérést. A szemészeti vizsgálat typusos tetaniás katarakta képét mutatja. A serum-calcium 5.7 mg%. Az állandóan szedett sapi 30 gr peroralis calciumon kivül eleinte napi 20, később 30 egység parathormonet kap. 5 hét mulva a rohamok száma 24—26-ra csökken, erősségük azonban meglehetősen nagy. 2—10 percig tartanak. 5 heti kezelés alatt a serum calcium 9.4 mg%-ig emelkedik. Ekkor elhagyjuk a Parathormone befecskendéseket (1933. január) és A. T. 10-et adunk. A gyógyszer adagolását óvatosan kedjük s serum-calcium másod-harmadnaponként történő ellenőrzése mellett.

Az A. T. 10-ről eddig megjelent közlemények a gyógyszerből szükséges heti átlagmennyiséget 2—5 ccm-ben jelölik meg és ismételten felhivják a figyelmet az esetleg bekövetkező hypercalcaemia veszedelmére (hányinger, hányás, fémíz a szájban, fejfájás, vizenyő, paraesthesiák, veselob). Ezért eleinte 4—6 naponként adtunk a gyógyszerből 1.0—2.0 ccm-t és csak akkor növeltük az adagot heti 4.0—6.0 ccm-nyire, mikor láttuk, hogy ilyen kis adagokra a serum-calcium szintje apadni kezdett. (Lásd az ábrát.) Egy hónapi adagolás után a serum-calcium kb. ugyanannyi, mint a parathormone elhagyásakor volt. Az A. T. 10 mennyiségét átlagban véve heti 10.0 ccm-re növeltük, mire a serum-calcium lassan emelkedni kezdett és a 12.0 mg-t is elérte. A serum-calcium emelkedésével eleinte nem csökken a rohamok száma, csak erejük gyöngül és átlagban 5—7 percig tartanak. Az A. T. 10 adagját lassan növeljük, 3—5 naponként adunk 5.0—5.0 ccm-t. A serum-calcium szintje lassan emelkedik és



1. ábra.

most, amikor mennyisége állandóan 12.0 mg% körül ingadozik, kezd fokozatosan csökkenni a rohamok száma és időtartama. A beteg a gyógyszer bevétele után és a következő napon nagy fejfájásról panaszkodik, ezért a ritkábban adott 5.0—5.0 ccm-es adagokról áttérünk a másodnaponkénti 2.0 ccm, majd 2.5 ccm-es adagokra. Ezen utóbbi adagon maradunk heteken keresztül. A serum-calcium szintje — csekély ingadozásokat nem tekintve — állandóan 12.0 mg% körül mozog, a rohamok száma napi 5—6-ra csökken, a rohamok igen gyengék, inkább csak 1—2 perces izomzsibbadások alakjában jelentkeznek. A fejfájás elmulik, a beteg jól érzi magát és rossz látását nem számítva, teljesen munkaképes. A Chvostek-tünet kiváltható, a Trousseau-tünet azonban nem. Hyperventilatióval tetaniás roham nem idézhető elő.

Az általános javulás ellenére feltünő azonban — és ez némi ellentétben áll az eddig észlelt esetekkel, — hogy a beteg tetaniás kataraktája állandóan súlyosbodik. Az A. T. 10-el végzett kezelés megkezdésekor az akkor végzett szemészeti vizsgálat szerint (II. sz. szemklinika) a látás üvegcorrectióval jobboldalon 5/20, baloldalon 5/25 volt és változatlan maradt 6—7 hónapon keresztül. Ekkor — annak ellenére, hogy a serum-calcium értéke ezen időben már állandóan 12.0 mg% körül ingadozott — a látás lassan romlani kezdett és 9 hónapi kezelés után a corrigált visus jobboldalon 5/50, baloldalon 5/75 (1935. szeptember).

Összefoglalásul azt mondhatjuk, hogy az A. T. 10 igen értékes új gyógyszer a tetania ellen, a betegség több tünetét megszünteti, mégpedig valószinűleg a serum-calcium szintjének emelése által. Ugy látszik azonban, hogy a serumcalcium alacsony volta csak részben magyarázza a tetaniás tünetek keletkezését. Emellett szól az, hogy betegünk kataraktája tetemesen romlott akkor is, amikor a vérserum calcium-mennyisége huzamos időn át a rendes érték fölött mozgott.

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

Különféle zsírok hatása a gyomor mozgására.

Irta: *vitéz Kolta Ervin dr.*

Az ételek elkészitésében nálunk leginkább használatos zsírfajták: a disznózsír, a vaj és az olaj az étrendi előirásokban különbözőképen szerepelnek. Az a nézet, hogy a jól emulgeált zsírok: az olaj és a vaj, könnyebben emészthetők, mint a disznózsír. A máj és az epehólyag betegségeiben a zsíremésztés csökkenése miatt a disznózsírt az étrendből lehetőleg kivonjuk, csakis a jól emulgeált zsírokat, a vajat és az olajat engedélyezzük, ezeket is kisebb mennyiségben. Ezzel ellentétben látszik állani epekőbetegségek esetén az olaj gyógyszerként rendelése. E kezelések gyakori jó eredménye valószinűvé teszi, hogy a zsírok epehajtó hatása és emészthetősége egymással nincs ellentétben. Hogy a zsírok a gyomor mozgásait megváltoztatják, arról *Scholtz-cal* végzett röntgenvizsgálatainkban győződhettünk meg, amikor is az esetek egy részében, ha a szokásos eljárással a gyomor átvilágitásakor elváltozást nem találunk, akkor zsírral kevert contrastanyaggal megismételve a vizsgálatot, kóros tüneteket találhatunk.

A motilitás vizsgálatával könnyen tudomást szerezhetünk arról, hogy miképen viselkedik a gyomor különféle zsír elfogyasztása után.

A vizsgálatokat egyrészt egészségeseken, vagy olyanokon, akiknek gyomorpanaszaik nem voltak, másrészt gyomor- és májbetegeken végeztem. A gyomor mozgásainak registrálásán alapuló gastrographiás eljárást használtam fel a vizsgálatokhoz. *Scholtz*-cal együtt végzett gastrographiás vizsgálatainkkal kimutattuk, hogy májbetegekben a vaj a gyomor összehúzódásait rendszerint fokozza, annak tonusa, peristalticája fokozódik, annyira, hogy az ilyenkor készült gastragrammot kórjelzés céljára felhasználhatónak tartottuk az éhgyomorra hasonló jellegű görbét adó gyomorhurutokkal szemben.

Jelen vizsgálatoknál a módszert annyiban kellett módositani, hogy a gyomorba lebocsájtott ballonos duodenalis sonda mellé még egy hasonló, végén nyilt sondát erősitettem. E sondán át fecskendeztem a gyomorba a vizsgálandó zsírt. Igy sikerült a kisérleti egyén esetleges undorát, hányingerét kiküszöbölni A sondák bevezetése után 5—10 percig éhgyomri összehúzódásokat registráltam. Miután ez alatt az idő alatt a kisérleti egyén teljesen megnyugodott, a görbe egyenletessé vált, a végén nyitott sondán át testhőmérsékletre melegített folyékony vizsgálandó zsírból lassan fecskendő segélyével kb. 15 ccm-t a gyomorba juttattam. A beteg a befecskendezés időpontjáról, valamint a felhasznált zsír mineműségéről tudomást nem szerzett.

Összesen 3 egészséges embert, 2 gyomorfekélyeset, 1 nyombélfekélyest, 1 idült gyomorhurutost és 8 máj- és epeút bajban szenvedőt vizsgáltam.

Az eredmények az egészségeseken és gyomorbetegeken azt mutatták, hogy a görbe zsírbevitel után elsekélyesedik. Ha az egyik zsír befecskendezése után megvártam, míg a görbe ismét a jellemző összehúzódásokat mutatta, akkor a másik zsír befecskendezésére a görbe újra elsekélyesedett. Az eredmény akkor sem változott, midőn néhány esetben pár nap múlva megismételve a vizsgálatokat, a zsírfélék befecskendezésének sorrendjét megváltoztattam. Tehát mind a disznózsír, mind a vaj és az olaj után a gyomor összehúzódásai csökkennek, az egyes zsírok között különbség nem volt.

A vizsgálatok másik csoportjában máj, illetve epeútbetegeken az eredmény az volt, hogy bármely zsírra az összehúzódások fokozódtak, a peristaltica mélyebb lett. Összehasonlítva a görbéket, bár egyes esetekben kisebb különbségek vannak, minden zsír után egyformán fokozódik a gyomor motilitása. Tekintettel arra, hogy élettani reactiókban a szervezet nem viselkedik mindig teljesen egyformán, e kis különbségekből következtetéseket levonni nem lehet.

Az első és második csoportban végzett vizsgálatok tehát egyöntetűen azt mutatják, hogy közvetlenül a gyomorba juttatott különféle zsírok kisebb mennyiségei egyformán hatnak. Lehetségesnek látszott, hogy az egyes zsírok a bélbe jutva, felszivódás után váltanak ki tüneteket. Tekintve, hogy a vizsgálatok 1—1½ óráig is elhúzódtak és ezen idő alatt sem változott a görbe, e feltevés nem látszik valószinűnek. Ezután még az a kérdés volt eldöntendő, vajjon ha a betegek nem sondán át, tudomásuk nélkül kapják az egyes zsírokat az eredmények nem változnak-e? Feltételezhető ugyanis, hogy a megszokás, egyes zsírok szaga, íze reflectorice vált ki tüneteket. E kérdés eldöntésére az egyes zsírokat először sondán, majd szájon át fogyasztattam el és közben vizsgáltam a gyomor mozgásait.

Három ily kisérletnek (2 sárgaságos és 1 gyomorhurutos) eredménye azt mutatja, hogy szájon át fogyasztott zsír után lényegesen mások a gyomor mozgásai. Az első kisérletben a sondán át a gyomorba juttatott folyé-

kony disznózsír 2 percen intensív összehúzódást eredményezett, mely azonban alig különbözött a vaj, ill. olaj adása után támadt összehúzódás fokozódástól. A szájon át elfogyasztott ugyanolyan mennyiségű hig disznózsír után 8 és fél percig tartottak a heves összehúzódások, nagyobbak is voltak és még 3 percig tartott, míg az eredeti nagyságra csökkentek. Egy második kisérlet hasonló eredményt adott. Ugyszintén mindkét esetben olajnak szájon át adása után a gyomor nagy összehúzódásai kb. kétszer olyan hosszú ideig tartottak, mint befecskendezés után. Csak a vaj szájon át adva nem változtatta meg lényegesen az összehúzódások idejét, csak azok nagysága fokozódott.

Összefoglalva: 1. a gyomorba juttatott kisebb mennyiségű különféle zsírokra a gyomorösszehúzódások egyformán változnak meg.

2. Szájon át adott zsírok után a gyomor összehúzódásai hosszabb ideig tartanak, nagyobbak, mint ha ugyanazon zsírt sondán át adjuk.

Fentiek alapján tehát nem indokolt, hogy ételek elkészitésekor felhasznált kismennyiségű zsírok között, mind a gyomor, mind a máj és epeútbetegségekben különbséget tegyünk; inkább az egyéni megszokásra, izlésre kell figyelemmel lennünk.

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL.

A Pázmány Péter Tdományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye. (Igazgató: Kenyeres Balázs ny. r. tanár.)

Öngyilkosság gyanus esete.

Irta: *Hidassy Dezső dr.*, tanársegéd.

Annak a kérdésnek eldöntésére, hogy történt-e büncselekmény vagy sem, nagyfontosságú a helyszíni szemle és a boncvizsgálat. A kettő eredményének összevetése rendszerint választ ad azokra a kérdésekre, melyek az eset kapcsán felmerülnek. Ilyen esetet volt alkalmunk észlelni Intézetünk működése kapcsán, midőn az egyik józsefvárosi lakásban halva találták Cs. J. 31 éves gépkocsivezetőt. Az elhalt felesége jelentette az esetet elmondva, hogy férjével reggel nézeteltérése támadt, férje dühösen távozott, majd hazajött s míg ő a konyhában foglalatoskodott, lövést hallott. Befutva látta, hogy férje mellbelőtte magát. A mentőket hívta, kik a beállott halált állapitották meg. A rendőri bizottság a holttestet a szobában hasonfekve találta. A padló véres volt, a holttest mellett 7 mm kaliberű „Buldog" forgópisztoly feküdt, melyben három kilőtt hüvely volt. Az elhalt ingben és nadrágban feküdt, az ing csukott, a mellkas lecsupaszítva nincsen, s az ing a mellkas baloldalának megfelelően tenyérnyi területen lőporszemcsékkel és füstcsapadékkal szenyezett. A mellkason (lásd az ábrán) három, nagyjából egymás felett levő kb 7 mm átmérőjű beszáradt folt, a kezeken füstcsapadék nem látható. A feleség gyanuba került, hogy férjét esetleg szóváltás közben maga lőtte le, s ezt a gyanut megerősiteni látszott, hogy bucsúlevelet nem találtak, a férj életvidám volt és hogy a fegyverrel végzett lövési kisérletek alkalmával a fegyverszakértő kezén *minden esetben* kormozódás mutatkozott. — A gyanut tisztázta a további vizsgálat, mert kiderült a boncvizsgálat alkalmával, hogy az ingen csupán egy lövési sérülésnek megfelelő szakadás van a füstcsapadékos terület alsó részén, a mellkason levő legalsó sérülésnek megfelelően (1. szám), mely sérülés a saroktól 132 cm-re, a VI. borda felett, a szegycsont közepétől balra 7 cm-re van. Ezen sérülés felett látható a másik két sérülés csupán beszáradás, a bőrön szakadás nincsen, csupán a bőralatti szövetben található finom vérzés. Az 1-el jelölt sérülés a bordán, a szív balkamrájának csúcsán is áthatol; a szivburokban 150 gr-nyi, a bal mellüregben 900 gr-nyi folyékony vér van. A rekeszizmon megakadva 7 mm átmérőjű, torzult ólomlövedék volt feltalálható.



1. ábra.

A helyszín újabb átvizsgálásakor a padlón még kettő, ugyancsak 7 mm átmérőjű nem torzult ólomgolyót találtak.

A további magyarázatot a fegyverrel végzett lövési kisérletek szolgáltatták, mikor is kitünt, hogy a különböző gyártmányú (cseh és német) töltények még háború-előtti gyártmányok voltak. A forgópisztoly gyujtószege olyan erővel csapódott a gyutacsra, hogy azt belukasztotta, a valószinüleg kissé nedves lőpornak csak egy kis része gyulladt meg, s így durranás nem hallatszott. Az amugy is kis mennyiségben fejlődő robbanó gázok egy része hátra felé a lukas gyutacson át eltávozott, így a lövedék átütő hatás nélkül, csupán hámsérülést okozva hagyta el a csövet. Evvel magyarázható a mellkason talált felső két sérülés, s az is, hogy a feleség csupán egy lövést hallott, azt a harmadikat, mely a mellkasba hatolva elvérzés útján hozta létre a halált.

Emlékeztető!...

„Franciaországban, Angliában s ezek révén az egész világon elterjedt egészségügyi szabály, hogy az embernek hetenként egyszer ki kell tisztítania bélcsatornáját. Azt hiszem, mindnyájan meg vagyunk felőle győződve, hogy ez indokolt és jó dolog, és kívánatos, hogy nálunk is elterjedjen. És milyen hasznát látnák a mi pompás *glaubersós keserűvizeink,* amelyeknek mint a gyomortól a vastagbélig takarító, pompás nyálkaoldó és a máj működését is serkentő sóoldatoknak minden hashajtó gyógyszer fölött nagy előnyük van."

Vámossy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1925. é. congressusán.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Néhány esetben észlelt hyperproteinaemia. *Jens Bing.* (Act. Med. Scand. 88. 478., 1936.).

Casuistikus közlése 3 myeloma esetnek, melyekben a kifejezett hyperproteinaemia már korán, még mielőtt a röntgenvizsgálat biztos eltérést mutatott volna, valószínűvé tette a diagnosist. Az egyik esetben a serum fehérjetartalma a 12%-ot is meghaladta, a többiben valamivel alacsonyabb de itt is 9%-on felül volt, A magas fehérjetartalom oka a globulin nagy mértékű felszaporodása. Ennek megfelelően a Kürten-féle formol-gel reactió („lenta-reactió"), is positiv volt. E reactió positivitása ezen betegségben épen úgy nem specifikus, mint ahogy nem az endokarditis lentában, mindösze csak a serum magas euglobulin tartalmát jelzi. Mindennek ellenére a hyperproteinaemia mellett jól értékesíthető a myeloma diagnosisában.

Gömöri dr.

A serum Na-tartalma essentialis hypertoniában és Simmonds-kórban. *Kylin-Elmquist.* (Act. Med. Scand. 88. 507, 1936.)

Kylin ismételten kifejtette azt a nézetét, hogy az essentiális hypertonia pathogenesisében a hypophysis elülső lebenyének a hyperfunctiója volna az a tényező, amely a kórkép létrejöttéért felelőssé tehető. Ezek szerint az essentiális hypertonia tükörképe az elülső lebeny hypofunctiós kórformaja, a Simmonds kór. Támogatná ezt a felfogást szerinte az, hogy a két kórképben bizonyos elváltozások (vérnyomás, a vér chemiai összetétele, stb.) antagonista módjára viselkednek. Ujabban ismeretessé vált, hogy mellékveseinsufficientiában a szervezet Na--kötő képessége csökken, minek folytán a serum Na- tartalma kifejezetten megkisebbedhetik. Ismeretes továbbá az is, hogy a hypophysis hormont termel, amely a mellékvesekéreg müködését szabályozza, sőt ismeretes, hogy hypophysektomiás állatokban a mellékvesekéreg atrophiás lesz. Kézenfekvőnek látszik tehát a gondolat, hogy Simmonds korban is alacsony serumnatriumértékeket kell találnunk és ha az essentiális hypertonia valóban a hypophysis elülső lebenyének a hyperfunctiója folytán jön létre, benne a serum Na- concentratiója a normalis felett kell, hogy legyen. Egészséges emberek serumában szerzők a Na-t 316 és 377 mg% között, középértékben 348 mg%-nak találta (megbízhatóbb methodikával az ingadozás nem ily nagy, az átlagérték is alacsonyabb, a Ref.) Hypertoniában a középérték 378, Simmonds-kórban 334 mg% volt. Szerzők úgy gondolják, hogy ezek a különbségek feljogositják öt theoriája alátámasztására.

Gömöri dr.

Sebészet.

Klinikai és kisérletes megfigyelések Talma műtétkor. *Henningsen.* (Bruns Beitr. 163. 2.).

17 beteg sorsáról számol be. 6 betege súlyos sárgasággal, cholaemiás állapotban került mütétre. 5 meghalt, 1, kinek csak rövid ideig tartó sárgasága volt —, egy évig ascites mentes maradt. 3 betegben a mütét alkalmával már cseplesz összenövéseket talált. Ezek a mütét után javultak. 2 vitiumos beteg állapota változatlan maradt. 5 beteg a mütét után lényegesen javult. Ezeknek sárgaságuk nem volt, betegségük röviddel a mütét előtt kezdödött. Javulás a mütéttől, szerző szerint csak olyan esetekben várható, hol a májmüködés zavara még nem nagyfokú, (ikterus, cholaemia!). — Ilyenkor a cirrhosis fejlödése ugyan már meg nem akadályozható, azonban évekig tartó javulás állhat be. A mütét időpontja lehetöleg korai legyen. 2 hasicsapolásnál tovább nem ajánlatos várni. A mütét kivitele: helyi érzéstelenités, kis behatolás, a cseplesz extra-, vagy intraperitoneális és ha lehet a léphez rözitése.

Zoltán László dr.

A mesenterium és mesocolon nyilásaiban történő bélbecsipödésekről. *Landois.* (Bruns. Beitr. 163. 2).

A mesenterium nyilásai lehetnek: 1. veleszületettek; 2. gyulladásos és fekélyes; 3. sérüléses; 4. mütét utáni eredetüek. A szerző a müvileg készitett nyilások és résekben történő bélelzáródásokat nem tárgyalja. A vékonybél nyilásai majdnem kizárólag vékonybél-vakbél szögletben találhatók, az a. ileocolica és a. mesenterica sup. között lévő physiologiában gyengébb Treves-féle térben. Elég jelentős szerepe van ezek megjelenésében a hasi tompa sérüléseknek. A vastagbél nyilásai leggyakrabban a transversum közelében találhatók és egy, az a. és v. colica media területén lévő recessusban foglalnak helyet. Rendszerint veleszületettek, gyakran gyomor- és nyombél-fekéllyel szerepelnek együtt. Bélelzáródások itt ritkák. A mesocolon sigmoideum nyilásait ritkán találjuk, keletkezésükben a gyakori természetes insultusok következtében fellépő esetleges gyulladásoknak lehet szerepe és főleg a nőgyógyászati mütétek kapcsán válnak veszélyessé. A nyilásokban lévő bélelzáródások változatosak: az egyszerü becsipödéstől a volvulusig minden alakjuk előfordulhat. Mütétük egyszerü: visszahelyezés és a nyilás pontos elvarrásából áll. Összenövésük a mütétet megnehezitik. A halálozási szám még ma is elég magas.

Zoltán László dr.

Az ileosacralis izület röntgen leleteiről. *Katz.* (Bruns. Beitr. 163. 2.).

Az ileosacralis izületi röntgenelváltozásait tárgyalja 100 beteg kapcsán. Gyakran látható ú. n. ágyékkeresztcsonti átmeneti csigolya, mely néha sacralisatióba megy át, azonban nem ritkán az izületek fellazulását, subluxatióhoz hasonló állapotát is okozza. Statikai elváltozásokkal magyarázható, hogy a csipőizületi elváltozások (tbc-s, osteomyelitises ankylosis) mellett az ileosacralis elülső izületi rés megszükül, gyakran eltünik. Oka, hogy az apró porcsérülések csak kötőszövetesen regenerálódnak. Hasonló elváltozásokat talált az izület sérülései után. Az elváltozások ilyenkori kifejlődésére hónapok, évek szükségesek. A legváltozatosabb képet — a legkülönbözőbb klinikai jelenségek mellett — természetesen a deformáló arthritis adja, mely az előbbiektől elég jól elkülöníthető. Kevésbbé gyakori az ileosacralis izületi tbc és osteomyelitise. Egy esetben Bechterew-kórban az ileosacralis izületben látható elváltozások erősítették meg a kórjelzést negativ csigalyalelet mellett.

Zoltán László dr.

Szülészet.

A vizelet-continentia helyreállítása elpusztult hólyagalap és hiányzó húgycső esetében. *A. Mandelstamm.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 8.).

Fogómütét után keletkezett húgycső- és hólyagalapsérülés mütéti ellátásáról számol be egy esetével kapcsolatban. Többszöri zárási kisérlete után —, mikor is mesterséges húgycsövet is készitett pyramidalis plasticával, minden eredmény nélkül — következőképen járt el: a sipoly körkörös körülmetszése után a hólyagot a méhről teljesen lepraeparálta, a plica vesico uterinaig. Ezután két rétegben elhelyezett selyemöltésekkel a nagy sipolynyilás széli részeit zárta, a középső részben azonban még elég nagy nyilás maradt. Minthogy a nagy távolság és a szövethiány miatt a hólyagnak az előzetesen készitett húgycsővel való egyesitése lehetetlen volt, megkisérelte, hogy a húgycső egy részét a hólyagból készitse, mihez a hátsó hüvelyfalat (sipolyszélt) használja fel. Ezért a direct izomplastica elve szerint néhány csomós selyemöltést alkalmazott. Ilymódon egy rövid csatornát képezett, melynek első falát a symphysis, hátsó falát a hólyagból alkotott csatorna képezte. Az ezen módon raffolt hólyagalap alátámasztására és a hólyagnyilás és húgycső közti hiány fedezésére a méhet typusos módon interponálta. A méh nagyrésze a hüvelyben fedetlenül maradt. A húgycső felfrissitett hátsó szélét és méhfundushoz fixálta, úgy hogy folytatólagos csatorna képződött a külső húgycsönyilásig, melybe a már interpositio előtt gummikathetert vezetett. A mütét utáni 12 napon a húgycső és a méh fundusának egyesitési helyén sipolynyilás képződött, azonban a beteg teljesen continens maradt.

Hufnagl Kálmán dr.

Gyermekágyi mastitis kezelése gyenge röntgensugarakkal. *Steinkamm.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 2.).

47 besugárzott esetet állit szembe 40 más módon gyógykezelt mastitissel. 3 féle összehasonlitást tesz 1. az incisio szükségessége szempontjából nincs nagy különbség amennyiben a besugárzott esetekből 12-nél, a nem besugárzottaknál 14 esetben volt szükség mütétre. 2. Ha azonban korán, az első tünetek utáni 48 órán belül alkalmazta a besugárzásokat, az eredmény igen jó (34 eset), csupán egy alkalommal volt szükség kis insicióra. Ezzel szemben a később besugárzott esetekben ritkán kerülhető el az incisió, de a gyógyulás itt is gyorsabb, mint a nem kezelt esetekben. 3. A korai besugárzott esetekben 94% gyógyult mütét nélkül, a másképen kezelt esetekben (mellfelkötés, alkoholos borogatás, leszivás) 65%. A röntgenkezelés után a mellett fel kell kötni. Már 24 óra mulva beáll a javulás. Esetleges fájdalmak esetén jó a tej leszivása. 24 óra mulva esetleg borogatások, míg a

pirosság, s esetleges fájdalmak el nem tünnek. A besugárzás után legtöbbször a láz is elmulik. — Ártalmas hatást nem látott a besugárzástól. Végeredményben tehát nagyobb a mütét nélküli gyógyulási százalék, gyorsabb a gyógyulás ideje, s a kezelés ambulanter és olcsón is megoldható.

Frey Katalin dr.

Chorionepithelioma áttét az agyban negativ hormon lelettel. *Hajek* és *Bareuther*. (Zbl. f. Gyn. 1936. 6.)

200.000 M. E. hormon literenként általában bizonyító chorionepitheliomára és molára, de számos olyan esetet is közöltek már, melynél negativ hormon lelet volt. Ilyen az ő esetük is. — 22. é. asszony III. ik szülése óta kb. fél éve állandóan vérezgetett. Ezért egyik vidéki kórházban kikaparták, de szövettani vizsgálat nem történt. Ezt megelőzőleg már fél hónapja igen erös fejfájásai voltak és annyira legyengült, hogy ágynak esett. A curretage után állapota nem javult, kifejezett agynyomásos tünetek léptek fel. Ilyen állapotba került a belklinikára. Koponya röntgen, Wassermann-reactio, gynaekologiai lelet negativ volt. Tekintettel a szülés utáni vérzésekre, chorionepithelioma áttétre gondoltak és vizelet hormon-vizsgálatot végeztettek a női klinikán. Ez negativ eredménnyel járt. A sebészeti klinikán azután többször megoperálták, azonban nemsokára meghalt. Boncoláskor régi és friss vérzés, oedema volt az agyban, uterusban semmi kóros. Szövettani lelete: chorionepithelioma áttét az agyban kiterjedt vérzésekkel és nekrosissal. Az uterusban szövettanilag sem volt kimutatható chorion-epithelioma. A primaer tumort valószínüleg a curettageval eltávolították, de akkor már meg volt az áttét. A negativ hormon leletet valószínüleg az magyarázza, hogy a vizsgálat idején a folyamat már inactiv volt.

Aranyi Sándor dr.

Szemészet.

Hályogkivonás elektrocoagulatióval. *Khalil.* (Egyptomi Szemésztársaság munkálatai. 1936.)

Szerző a Lacarrère- (Madrid) féle eljárást és elektródot használja. Az elektród lényege: üvegcapillaris, melyben két 0.14 mm. átmérőjü drót fut. Rugó segítségével e drót 2 mm-re kibujik, ha a gombot eleresztjük. A két szétérő drótocska a lencsében kiterjedt coagulatiót hoz létre, úgy hogy a lencse egészben távolítható el. Duzzadó hályog e közben megkisebbedik. Az elfolyósodott kéreg néha felforr és megrepeszti a tokot; ilyenkor csak a mag távolítható el és csarnok öblités végzendő. Különböző kisérletek szerint 70 gr. húzó erőt bir el a megfogott lencse. Alig ½ gr. súly szükséges, hogy a tü behatoljon, míg a zonula ellenállása kb. 2 gr; tehát az elektród nem luxálhatja hátra a lencsét. A szükséges áram, kb. 90 MA, a mütét előtt állapitandó meg. Amikor a tubus rajta van a lencsetokon, az áramot pedállal bekapcsolja és a gombot elereszti; a kigyónyelvszerüen kiugró drótpár a magas feszültségü áram segitségével beleszalad a lencsébe. Az áram kikapcsolása után a lencse könnyen kihuzható az „elektrodiaphak"-kal. Szerő a Siemens-féle Thermolux gépet használta. Az eljárás titka a megfelelő áramdosis. (Intensitás és idő.) Ennek megállapítása a beteg homlokára tett nyers husdarabbal történhet. Az eljárás nem jobb, mint a csipővel történő intracapsularis eljárás, de feltétlenül indikált az üvegtestbe luxált lencse esetén *(Jess)*.

Grósz István dr.

Embryonalis szövet-kivonatok befecskendezése szembetegségekben. *Attiah és Sorour.* (Egyptomi Szemésztársaság munkálatai. 1935.).

Állatkisérletek után szerzők emberi placenta, köldökzsinór és amnion kivonatot adtak bör alá és az izom közé (nutritiv anyagok a gyógyitás siettetésére). Blepharitisben a hatás jelentéktelen volt és csak szarúhártyafekélyeknél adták. Másodnap ½—2 cm³, összesen 6—12 injectio (32 eset). A fekély tartamát megrövidítette és a genyes váladékot csökkentette. Általános reactiót nem észleltek. A kis adag fehérje hatás ellene szól. Főleg öregekre volt jó hatással. Az amnion therapia kevésbbé hatásos.

Grósz István dr.

Keratitis epithelialis vernalis. *Tobgy.* (Egyptomi Szemésztársaság munkálatai. 1935.)

A tavaszi kötőhártyahurut makroskópos tünetei a jólismert limbalis felrakódások; ezek olyankor beborítják az egész corneát, eltávolitása után újra kinőnek és keratektásiára vezetnek (malignus alak.) A jóindulatú alak circum-cornealis pannus-, vagy keratitis sklerotisans szerü lehet. A réslámpavizsgálat kiderítette, hogy a vernalis 70%-ában található cornealis elváltozás. A cornea felülete szürkés-fehér, finoman szemcsés („poros"), ezek össze is folyhatnak. Finom hámlás, túlnyomóan limbushoz közel található, de lehet az elváltozás gyürü alakú, központi (palpebralis typusnál), vagy diffus, szabálytalan (kevert formánál.) Az elváltozás hasonlit a keratitis actinicára. A kórkép lényege hám-oedema és irregularitás; a hám alatt septum hálózatba foglalt hólyagcsák. Szerző a keratitis epitheliális vernalis nevet ajánlja.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekkori tuberculoticus tüdőbeszürődések kérdéséhez. *Dr. Karl Dietl és Dr. Viktor Koszler* (Archiv. f. Khk. 107. 2.).

100 ambulanter ellenőrzött tbc.-és gyermeken szerzett tapasztalásaik alapján öt pontban körvonalazzák a pdimaer infiltratio fogalmát. 1. Legelső és legfontosabb kritériuma a primär infiltratio (p. i.) felvételének annak kimutatása, hogy a keletkezése időbelileg közelesik az első infectiohoz. 2. Nagy valószinüséggel, de nem absolut biztonsággal szól p. i. mellet erythema nodosum egyidejü jelenléte, mert szerzők észleltek esetet, ahol a nem subprimaer erythema nodosum megjelenésekor is perihiláris infiltratiot mutatott a röntgen. 3. A röntgenárnyék bipoláris alakja (eltekintve a nem specifikus tüdőmegbetegedések hasonló alakjától) szintén olyan jel, mely p. i.-ra jellemző hiánya azonban nem kizáró értékü. 4. Jellemzője a p. i.-nak a röntgenárnyék hosszú tartama, bár rövid ideig tartó p. i.-ók is előfordulnak. 5. A primaer coplexumnak a röntgenárnyék visszafejlődésével való láthatóvá válása csak akkor szól p. i. mellett, ha a primaer góc és a hozzátartozó nyirokmirigy elmeszesedési folyamata kimutatható, mert sec. infiltratio is előfordúlhat a primaer complexum területén. A sec. infiltratio megitélésében számolni kell a tuberculinpozitiv gyermekeknél gyakran előfordúló aspecificus infiltratiókkal. A sec. i. általában hamarabb visszafejlődik, mint a p. i. Az u. n. „Frühinfiltrat" nemcsak valamely exacerbáló u. n. szóródási gócból származhatik, hanem magának a primaer gócnak, vagy p. i.-nak exacerbatiója folytán is létre jöhet.

Flesch István dr.

A diptheria-bacillusgazdákról két év alatt végzett iskolai vizsgálatok alapján. *Marius Kaiser, Alois Lode.* (Arch. f. Khk. 107. 1936.)

Szerzők Innsbruckban és Linzben az elemis, valamint a középiskolás leányoknál és fiúknál hetenként kétszer diphtheriára orr- és torokvizsgálatot végeztek. Vizsgálataiknál Löffler-táptalajt és az esetek egy részében a baktériumok virulentiájának megállapitására állatkisérleteket végeztek.

Eredményeiket összegezve: átmenetileg igen sok gyermeknél tudtak diphtheria-bacillust kimutatni Igy pl. Linzben, két osztályban a tanulóknak csak mintegy 30 %, Innsbruckban az egyik osztályban csak 2 % volt állandóan bacillusmentes. Dacára a bacillusgazdák nagy számának, Linzben a jelzett osztályokban a vizsgálat tartama alatt diphtheria-megbetegedés nem fordult elő, Innsbruckban pedig a diphtheria esetek csökkenését észlelték. A fertőzés szempontjából legveszedelmesebbek az incubatiós, valamint a reconvalescentiában levő egyének. A bacillus-gazdák számának emelkedése és a megbetegedés közt összefüggés nem volt kimutatható. Eredményeik alapján a bacillus-gazdák kikutatásának nem nagy jelentőséget tulajdonitanak.

Martyn Róbert dr.

A tetrophan hatása gyermekparalysis esetén. *H. Sehestedt.* (Mschr. f. Kinderhk.. 1935. 64. köt.)

Szerző 23 polyomyelitises esetben használt tetrophant. A kezelés tartama alatt az esetek egy részében 5—9 cm. oldatot adott endolumbalisan, egy másik csoportban 3 héten keresztül napi 0,5 gr.-t, per os. Emlitésre méltó eredményről nem tud beszámolni.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A Schick reactió viselkedése activ diphtheria immunisatió után. *Gundel* és *Wüstenberg*. (Deutsche Med. Wschr. 1935. 47. sz.)

6—12 hónappal activ immunizálás után szerzők 4,000 gyermeken végeztek Schick-reactiót. Az immunizáltaknál 2.8 %-ban volt positiv a Schick próba, egy másik városban pedig 26%-ban. Szerzők vizsgálatai igen kedvezőek az activ védoltást illetőleg.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Krupra vonatkozó tapasztalat 1926—1934-ig terjedő időben. *Bau*, (Düsseldorf.) (Klein. Wo. 1935, 50-ik sz.)

Schlossmann statistikája szerint a düsseldorfi fertőző kórházban 1920—23 közt a krupp esetek 23.4%-a meghalt. Mortalitás az előző évek 31.9% mortalitásához képest csökkent. A csökkenés oka *Schlossmann* szerint az 1920-tól kezdve képviselt conservativ álláspont volt. 1920—23 közt *Schlossmann* 128 krupp esetet észlelt, ezek közül operáltak 36 esetben. Az operáltak mortalitása 52.7% volt, a nem operáltaké csak 11.9%. Ezzel szemben ugyanezen intézetben 1926—34-ig 180 krupp eset összmortalitása 22.2% volt, az esetek 18.3%-a került tracheotomiára, az operáltak mortalitása 48.7%, a nem operáltaké 16.3% volt.

A postoperativ halálesetek száma szerző szerint azért ilyen magas, mert ezek egyrészt eleve is súlyos esetek voltak, másrészt a túlzásba vitt conservativismus miatt későn kerültek műtétre.

1926 óta Düsseldorfban is mindinkább tért hódít a primaer intubatió. Az intubált esetek egyharmadánál elkerülhető volt a secundaer tracheotomia. Szerzők tapasztalataik alapján activabb eljárástól, valamint az intubatió gyakoribb alkalmazásától több eredményt vár, mint az eddigi túlzott conservativismustól.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Bőrgyógyászat.

Xanthodermia karotinaemica. *Kistiakovsky* (Annales de dem. et de syph. 2. 1936.)

A szerző 1932—33. évben több sütőtöktől előidézett bőrsárgulási leletet észlelt. Az egész test bőre halvány-sárgától élénk narancssárgáig különböző mértékben muttatta a sárga elszíneződést. Ez főleg a homlokon, nasolabialis redőkben, tenyereken és talpakon volt kifejezett, míg a kötőhártya és a lágy szájpad nyálkahártyája csak egész halványan színeződött el. A vizelet sárgaszinű, de nem barna. A sárga elszineződés különösen olyan egyéneken volt kifejezett, akik sütőtök mellett sok tojást, tejet, sajtot és vajat fogyasztottak. A sárgaság kifejlődésének gyorsasága egyenes arányban van a fogyasztott főzelékfélék és zsírok felvételével, fordított viszonyban a gyomornedv elválasztással. A karotinnak nagy affinitása van az ektodermalis eredetű szövetekhez. Felhalmozódása chemiai és physikai tényezőktől függ. Növényi olajokban és állati zsírokban oldódik, alkalis közegben nem bomlik. Jelenléte úgy a vérben, mint a vizeletben spectrophotometriás úton kimutatható. *Gragger* szerint a xanthodermia karotinaemica kifejlődésének mechanismusa a következő: a főzelékkel és zsírokkal kevert karotin egy része a gyomorban nem bomlik, mivel a zsír gyomornedv elválasztását hátráltatja. Igy bontatlanul jut át a duodenumba és a vékonybélbe, ahonnan felszívódása elég gyors.

Differentiál diagnostikai szempotból tekintetbe jönnek: az ikterus, a börnek atavistikus sárga elszineződése. Több szerző összefüggést keres a karotin és az A-vitamin között és a karotint mint A-provitamint fogja fel.

Arokháty Vilmos dr.

Arany erythrodermia után gyógyult generalisált pityriasis rubra pilaris. *Nicolaus* és *Lebeuf*. (Bulletin de derm. et de syphil. 1936. 1.).

Pityriasis rubra pilarisban szenvedő betegük bőrén a tuberculin-reactiók erősen positiv eredményt adtak. Intravenásan alkalmazott 9 crisalbin injectió után erythrodermia lépett fel. Dacára, hogy az első tünetek megjelenésekor a crisalbin adagolását abbahagyták, az erythrodermia gyorsan kifejlődött, rendkívül viszkető, erősen nedvező oedemás alakban. A beteg sajátvérinjectiós kezelésben részesült. Az erythrodermia gyógyulása után a pityriasis rubra pilaris is teljesen eltünt s már 3 év óta a beteg teljesen tünetmentes.

Szerző idézi Milian és Katchoura estét, melynél pityriasis rubra pilaris crysalbin által előidézett dermititis után gyógyult. A betegség aetiologiájára nézve a cutan és intradermalis positiv tuberculin reactiók alapján a szerzők a tuberculotikus eredet mellett foglalnak állást.

Arokháty Vilmos dr.

Zoster kezelése 1%-os methylenkék oldat intravenás adagolásával. *Troung-Van Que*. (Bulletin de derm. et de syphil, 1936. 1.).

Szerző 1934. óta használja a zoster kezelésében a methylenkéket intravenás befecskendezések alakjában. Azóta mintegy 40 esetben észlelt jó eredményei arra indítják, hogy ezt az egyszerű és olcsó kezelési módot, mint ezen betegség legolcsóbb gyógymódját állandóan használja. — Ujabban *Frécus* antistaphylococcus vaccinával ért el zosternél jó eredményeket. A két eljárás közül szerző a methylenkéknek ad előnyt. Ez a fájdalmakat gyorsan szünteti, a beteg foglalkozását zavartalanul folytathatja, míg az antistaphylococcus vaccina lázzal és általános tünetekkel járó fájdalmas localis reactiót idéz elő, s mellette fájdalomcsillapítók szükségesek.

Methylenkék kezdeti szakban adva gyors, hegnélküli gyógyulást idéz elő. Hosszabb ideje fennálló zosternél a gyógyulás is kissé elhúzódik, de akkor is 3—6 nap alatt bekövetkezik. Adagolására nézve megjegyzi, hogy első nap 5, második nap 10 ccm 1%-os methylenkék oldatot szokott adni. A therapiás adag 5—15 ccm. között mozoghat.

Arokháty Vilmos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. *Karl Haug* (1936. Stuttgart, F. Enke Verlag 211 lap, ára 12.— márka.)

A magyar *Krishaber Maurice* (1836—83, Párisban élő magyar orvos), volt az első, aki 1873-ban „De la neuropathie cerebro-cardiaque" című munkájában 38 beteget közöl, kiknek az volt az érzésük, hogy elvesztették személyiségüket (Krishaber-féle betegség.) Ő ezt külön betegségnek tartotta. Ma csak tünetcsoportnak tekintjük és *L. Dugas* (1898) szerint „depersonalisatió" néven ismerjük, ami sokfajta betegségben fordul elő. A beteg saját elmeműködését, testét és a külvilágot megváltozottnak, másnak érzi, mint azelőtt és eszerint autopsychés somatopsychés és allopsychés depersonalisatiót különböztetünk meg. A csekély tájékozatlanságnak egyik alakja, melyet a beteg maga is észrevesz. Gyakran az elcsodálkozás (Ratlosigkeit, Wernicke) kellemetlen hangulatszinezetével, A környezet régi engrammáit nem tudja mostani benyomásaival azonosítani, de észreveszi, hogy nem a környezet (peristasis, Umwelt, v. Uexküll) változott meg, hanem ő, tehát nem csak a környezetet, hanem saját énjét is, mint idegent, mint objectumot szemléli. Azt kérdi a szerző, hogy az énnek ez az idegenülése (Entfremdung), idegenné válása előfordul-e ép emberen, ha pedig kóros tünet, elhatárolható betegség-e, vagy a más kóros elmetünetekkel érintkezik, így különösen az érzékcsalódásokkal, téveseszmékkel, sejunctióval vagy személyiségváltozással járó elmebajokkal. Milyen körülmények között és mely kóros állapotokban találjuk általában? Mint tünet milyen psychopathologiai tünetekhez, milyen alkati összetevők, valamint milyen kórélettani és szervi bántalmakhoz csatlakozik? Mi a helyzete és jelentősége az elmebajok lefolyásában? Lehet-e olyan általános elmetani és agyvelő élettani megállapításokat tenni, amelyek úgy a testiségnek, mint az elmebeliségnek kielégítő magyarázatához vezetnek? És végül mi jelentősége van e tüneteknek az „én" tanának szempontjából? A feleletet szerző 32 saját és az irodalomból ismeretes összes kórtörténet klinikai átvizsgálásából keresi meg. Ez a klinikai rész könyvének terjedelmesebb, egyszersmint legnyomósabb része, sok értékes megfigyeléssel. Egészségeseken álmosság, kifáradás, mérgezés, érzelmi okok és az észrevevés elsődleges zavarai okozhatnak depersonalisatiót. Innen a legkülönfélébb átmenetek vannak a kórosba, ahol nem csak elmebajokban, hanem somatikus megbetegedések megbetegedések kisérője is lehet, tehát nem schizopreniás tünet, mint oly gyakran vélik. Egy séges agyvelőbeli helyhezkötése szerző szerint nem lehetséges. Beható megfigyeléseken alapuló könyv, mi nemcsak a szakembernek szól, hanem minden orvosnak.

Reuter professor.

Chirurgische Fragen der Kinderheilkunde in der Praxis. *E. Gohrbandt*. (1936. F. Enke Stuttgart. Ára 3.60 M.)

Aki átolvassa a nagyobb gyermeksebészeti tankönyveket, bizonyos megütközéssel tapasztalhatta, hogy a szerzők felfogása még a mindennapi élet legelemibb kérdéseiben is mennyire eltér egymástól. Az egyik minden sérvet és szájpadhasadékot már a zsenge csecsemőkorban operálandónak tart, mások úgy vélik, hogy sérvet az első, szájpadhasadékot a második, vagy harmadik év letelte előtt operálni nem ajánlatos. Vannak sebészek, akik pneumococcusperitonitist heveny stádiumban semmi körülmények között nem operálnak, mások a sürgős beavatkozás szükségessége mellett kardoskodnak. A nézetek ezen divergálása alkalmas arra, hogy a kellő tapasztalattal még nem bíró gyermekorvosban és sebészben zavart és nyugtalanságot keltsen.

Gohrbandt most megjelent könyvecskéje éppen abból a szempontból nagyon hasznos és időszerű, mert a műtéti ja-

vallatok és a beavatkozás időpontját a nagytapasztalatú szakember józan ítéletével állapítja meg, s ezen fontos kérdésben úgy a gyakorló orvosnak, mint a sebésznek világos és határozott útmutatással szolgál. A munka kicsiny terjedelme ellenére (61 lap.) kiterjeszkedik a gyermeksebészetnek jóformán minden gyakorlatilag fontos kérdésére a diagnosis, elkülönítő kórisme, műtéti javallat és eredmény szempontjából. Olvasását nemcsak gyakorló, de szakorvosok számára is melegen ajánljuk.

Milkó prof.

Grundriss der inneren Medizin. *A. v. Domarus.* (Kiadó Julius Springer, 1936. Tizedik kiadás. 681. old. Ára: kötve 16.80 márka.)

Belgyógyászati tankönyvet írni úgy, hogy az a változó képességű és felkészültségű orvostanhallgatók és kezdő orvosok igényeit egyformán kielégítse, nagyon nehéz feladat, mely írójától nemcsak tudást, de nagy tanítói gyakorlatot és arra való rátermettséget kíván. Nem is véletlen, hogy *Domarus Fridrich Müller*-tanítvány, annak az embernek oldalán működött tehát hosszú időn keresztül, akit ma joggal tartanak Németország jegkiválóbb tanító mesterének. Világosság, szabatosság és tömörség, amely azonban sehol sincs az érthetőség rovására és tudományunk újabb haladásából felölelése mindannak, amit már bizonyítottnak feltételezünk: ezek *Domarus* könyvének erényei. Az egyes fejezetek terjedelme arányos, hézagokat gondos keresés sem képes felismerni. Kitűzött céljának a könyv mindenben megfelel és melegen ajánlható.

Heténvi Géza dr.

Közkórházi Orvos-Társulat május 27-i ülése.

Bemutatás:

Szabó M.: *Áthatoló inhártyasérülés gyógyult esete.* A bemutatott egyénnek egy éve vasdarab sértette meg a szemét és áthatoló inhártya sebet okozott nagy uvea előeséssel és vérzéssel a szem belsejében. Az uvearészletek kimetszése után 2 episkleralis varratot alkalmaztunk és a sebet kötőhártyával fedtük. Utána prophylactikus tej-rivanol inj. bör alá. Műtét után az uvea gyúlladását több izben megismételt tej rivanol befecskendezéssel sikerült lecsillapitani. Két hónap mulva az üvegtesti vérzés jórészt felszívódott s a látás 5/25-re javult s jelenleg is ennyi. Fontos tehát ily esetekben az azonnal pontos sebészeti ellátás és a fertőzés elleni módszeres küzdelem localisan az érzéstelenítő szerbe kevert rivanollal úgy, mint azt *Liebermann* műtétekhez és sérülések ellátásához már régen ajánlotta, általános kezelésként pedig tejjel.

Ify I.: Bemutatja egy lugos szemsérülés esetét, amidön olyan súlyos szaruhártya és kötőhártyamaródásnál, aminek a szem — magára hagyva — áldozatúl esett volna, a sérülés után 15 perccel végzett Denig-fé'e műtéttel (szájnyálkahártyaátültetés a felmart bulbaris kötőhártya helyére)) megakadályozta, hogy a lúg a mélyebben fekvő sklerát is elroncsolja. A sérülés olyan csekély szaruhártyahomály hátramaradásával gyógyúlt, amely a látást nem fogja zavarni

Liebermann L.: Ujabb műtéti eljárásokról van szó, amelyekkel sok szemet sikerül megmenteni oly sérülés után, amely azelőtt a szem biztos pusztúlását okozta. Fontos, hogy e beavatkozások idejében történjenek, mindig szakképzett orvosnak kell ellátni az ügyeletes szolgálatot.

Varga P.: *Tömeges trichinosis esetek. Aranyinjectiók után fellépő aranypigment.* Magyarországon a trichinosis igen ritka. Hazánkban 1926. óta trichinosist nem észleltek, ill. közöltek. Az első halálos trichinosist nálunk *Zalka* és *Dieballa* közölte 1923-ban. Ezután megjelent dolgozatok: *Buday, Szikszay* (1924) és *Schaffer—Bézy* (1926), 1936. márciusban a Horthy Miklós kórház II. belosztályán 13 trichinosis esetet észleltek. Mindegyik Gödöllőről került felvételre húsmérgezéssel. 7 felnőtt és 6 gyermek volt. A gyermekeknél a betegség enyhe lefolyású volt. Tünetek: 1. láz volt 8 esetben (5 betegnél remittáló typusu) 2. hasmenés minden betegnél, 3. oedema 5 betegnél, 4. izomfájdalmak és izomkeményedések 9 esetben, 5. eosinophilia minden esetben 57% és 26% között, 6. reflex kiesés (patella és achilles reflex) 3 esetben, 7. leukocytaszám 8.000 és 26.000 között, 8. Diazo reactio 1 esetben volt positiv. A próbaexcíziót eddig 6 betegnél végeztük el és az 5 esetben volt positiv. Eseteink kivétel nélkül meggyógyúltak.

Egy 26 éves nőbetegen igen ritka és érdekes bőrpigmentatio aranyinjectio, Solganal B. oleosum után keletkezett. 1934. decemberben 11., majd 1935. februárban 25 injectiót kapott. 1935. áprilisban bőre eleinte csak a hajlatokban, majd később diffuse megbarnult. A pigmentatio aranysárga szinü volt. Dermatitis nem előzte meg. A pigmentatio a szövettani vizsgála alapján *(Zalka)* aranynak bizonyúlt. Hasonló pegmentatióról hazai irodalmunkban említést nem találunk.

Előadások:

Hauber L.: *Gyomortuberculosis.* Egy resectióval gyógyított esete kapcsán vázolja a gyomortuberculosis kórképét. Sebészi szempontból a nyálkahártyafekély, a gyomorfalát infiltráló, sklerotizáló, sajtosan szétesö formái jönnek számításba. Nagyrészt a pepticus fekélyre, ritkábban a daganatokra emlékeztető tüneteket okoz. Diagnosisa csak műtét útján biztosítható. Gyógyítása, hacsak a beteg állapota megengedi, műtéti legyen. Ebben a palliativ gastroenteroanastomozissal szemben az egész kórosan elváltozott gyomorrészlet radicális kiirtását, tehát a gyomorresectio elvégzését tartja ajánlatosnak. Ugy az *Orsós* által közölt, mint a saját esete resectio révén simán gyógyult. Az eddig ismertetett mintegy 50 esetből 24 gyógyúlt; a műtéti mortalitás tehát nagy.

Milkó V.: Referál egy sikeresen operált isolált gyomortbc. esetről, hol úgy a kórelőzmény, mint a röntgenvizsgálat alapján a valószinüségi kórismét teljes pylorus-elzáródást okozó callosus gyomorfekélyre kellett tenni. Műtétkor a tágult gyomor serosáján elszórtan számos mákszem-kölesnyi miliaris gümöt találtak, egyebütt a hasban a tbc és elváltozásnak nyoma nem volt. A pylorus a lument teljesen elzáró, a környezettel összekapaszkodott kemény sima felületü kis almányi daganattá alakult. A gyomor ¾ részének resectiója után a beteg simán gyógyult, meghízott, 5 hónap óta teljesen panaszmentes. A kiirtott gyomor pylorikus részében egy nagyobb tölcséres és egy kisebb felületes fekélyt találtak, a histologiai vizsgálat úgy a fekélyek alapját képező sarjszövetben, mint a serosán látható göbcsékben és a kiirtott nyirokcsomókban typikus epitheloidsejtes, óriássejtes gümöket mutatott ki. Az eset tehát nem sorozható a gyomortbc három főtypusának egyik csoportjába sem, hanem kevert alaknak felel meg, amelyben a fekélyesi hyperplastikus és sklerotisáló alak egymással combinálódott. A műtéti eredmény szempontjából bizonyos, hogy jó eredmény csak gyökeres resectióval érhető el. Gastroenterostomiának a gyomortbc. operativ kezelésében jogosultsága nincs. A végleges gyógyerehmény megitéléséhez hosszabb idő szügséges.

Liteczky A. és Bodrogi Gy.: *Az A és B epe bakteriologia leleteinek klinikai értékelése.* 142 cholecystitis eset duod. és epehólyagváladékának bakteriologiai leleteit ismertetik. Vizsgálataiból levont eredmény: 1. a szájbakteriumokat közel kétszer oly gyakran találták a hólyagepében, mint a duod. nedvben, amiből azt következtetik, hogy ezek a bakteriumok az epehólyagban már befészkelték magukat és a gyulladásoknál már pathogen jelentőségük van, 2. a bélbakteriumoknál (coli, enterococcus stb.) még kifejezettebb az az arány, mert majdnem háromszor olyan gyakran vannak az epehólyagváladékban, mint a duod. nedvben. Az ő jelenlétük pedig már a duod.-ban is pathologiásnak tekinthető. 3. Ezen bakteriologiai vizsgálatok rámutatnak az epehólyagmosások nagy therapiás jelentőségére.

Torday A.: Rámutat a duod. váladék coli-bakterium gazdaságára anaemia perniciosában, ahonnan azok böven belekerülnek a gyomorba is, ahonnan kitenyészthetők, holott egyébként a váladék többnyire steril. A duod. váladék bakteriumgazdagsága, az epeutak fertőzése gyakorlati jelentőségü idült, kevés tünettel járó cholecystitisnek kórismézésében. A sósav csökkenése epehólyagmegbetegedésekben másodlagos folyamat, az epehólyagbántalom következménye. A duod. váladék bakt. florája és az epehólyagbántalom közti összefüggést bizonyitja az is, hogy műtét alkalmával az epehólyagban talált bakt. flora *Whipple* szerint a duodenum-évei 50%-ban megegyezik. Hurutos sárgaságban a duodenum steril, ami elkülönitő kórismére felhasználható. Élettani körülmények között a duod. bakteriologice steril és a vékonybélbe bevitt prodigiosus, élesztő, staphylococcus, colibacillus ott csakhamar elpusztúlnak a vékonybelek autodesinficiáló képessége miatt. A duodenum erős bakteriocid képessége magyarázza meg azt is, hogy typhusreconvalescenseknél miért volt eddig negat. a lelet, amig erre az epehólyag bakteriologiai vizsgálatot nem alkalmazták.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának május 22-i ülése.

Prof. A. Blomke (Königsberg): *A füleredetű agyhártyagyulladások, különös tekintettel a pyramiscsúcs genyedésre.* Nem várható a füleredetű agyhártyagyulladás gyógyulása addig, míg az elsődleges fertöző gócot ki nem irtottuk. A füleredetű fertözés útját az agyhártyagyulladás elöidézésében 4 csoportra osztja: 1. dobüreg—antrum. 2. labyrinthusrendszer, 3. erek és idegek útja, 4. a pyramiscsúcs. A pyramiscsúcs minden középfülgylladás esetén megbetegedhetik, spontan gyógyulása ugyanúgy lehetséges, mint a csecsnyulványgyulladásé. Tünetei: a mélybe sugárzó fülfájdalom, állandó höemelkedés, gyakran abducenshüdés és trigeminusneuralgia. A pyramiscsúcs állapotáról megbizható képet ad a Stenvers-féle röntgenfelvétel. Késői agyhártyagyulladás kapuja mindig a pyramiscsúcs-genyesedés, ezért gyakran lehet szükséges annak eltávolítása. A mütét vagy a dobüregen, vagy a labyrinthuson, vagy az agyburok alatt a csont felszínén történik. A füleredetü agyhártyagyulladások gyógyulási százaléka oly kicsi, hogy a megelözésben látja a segítés egyedüli módját.

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

Bemutatások:

Somogyi I.: *Operált spinalis extraduralis daganat.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Sántha K.: *Izomhypertrophiával és görcsökkel járó polyneuritis.*. 23 éves földmüves, 2 év előtt megfázott, utána jobblába, majd ballába fájni kezdett, bal lábfeje gyengült; röviddel ezután bal lábikrája vastagodni kezdett. Hónapokkal később a bal lábikrában görcsök és izombizsergések jelentkeztek, amelyek kb. ¾ év óta változatlanul tartanak. Vizsgálatnál feltünö a bal lábikra izomhypertrophiája és a baloldali peronaealis bénulás. A balodali térd- és mindkétoldali Achilles reflex hiányzik, egyébként a felszines és mély reflexek testszerte élénkek. A túltengett izom nyugalomban is keményebb, nagyobb erökifejtés vagy farados ingerlés hatására görcsös állapotba jut. A görcs oldódása után myokymiás vonaglások. Testszerte feltünö a nagyfokú mechanikai izomingerlékenység és igen élénk, helyenként tetaniás értéket megközelítő villamos ingerlékenység. A bénult izomzatban részleges elfajulás, a tultengett izomban farados tetanus. A bal alsó végtagon distalis typusú érzés- és vasmotorzavar. A humoralpathologiai adatok közül bemutató kiemeli az eosinophiliát, a liquor fehérjetartalmának erős emelkedését mérsékelt pleocytosis mellett, a vérsavó hypoglykaemiáját, a renyhe cukorterhelési és adrenalin-görbét. A kimetszett izom sarkoplasmás tultengést mutatott. Esetének elemzésével kapcsolatban bemutató röviden foglalkozik a polyneuritis utáni izomhypertrophiák és izomgörcsök fajtáival és azok keletkezésmódjával.

Előadások:

Rottmann S. *(Wien):* *Zur Pathogenese, Erbbiologie und Therapie der progressiven Muskeldystrophie.* Ken *Kuré* szerint a progressiv izomdystrophia keletkezésében az akaratlagos izmok autonom innervatiójának a laesiója kell okolni. Előadó ebben az irányban folytatott tovább kutatásokat. A Minor-féle módszerrel több esetben a verejtékkiválasztásnak a betegségi állapotnak megfelelő zavarát észlelete, ami histologiailag atrophiás és hypertrophiás verejtékmirigyekben mutatkozott. Azonkívül a bőrben kifejezett vasculáris elváltozásokat talált, ami egy chronikus izgalmi állapot képében mutatkozott (perivascularis fellazulás adventitiális magszaporulattal és lymphocytás gömbsejtes beszüródéssel). Az érfali sejtek helyenként erősebb beszüródéses burjánzása érbimbózáshoz és valóságos érgomolyagok képződéséhez vezetett. Előadó a különböző dystrophiás formákon (atrophiás forma, pseudohypertrophiás forma, scapulo-humeralis typus, pelvico femoralis tipus stb.) mutatta be ezeket a börleleteket. Előadó ezeket a vascularis elváltozásokat toxikus eredetü izgalmi állapotnak tartja. A wieni klinika utolsó 10 évi anyagának az öröklésbiologiai és földrajzi feldolgozásából kitünt, hogy a nem városi dystrophiás betegeknek majdnem 90%-a földrajzilag élesen határolt bortermelő vidékről származik. Számos esetben a szülök vérrokonsága és az ascendencia anyagcseremegbetegedései is kimutathatók voltak. Ezek szerint feltételezhető, hogy az autonom trophikus idegrendszernek egy idült izgalmi állapot okozta laesiója van jelen. Ez amellett szólna, hogy a progr. izomdystrophia nem egy tiszta hereditaer-degenerativ megbetegedés, hanem az ok az autonom trophikus nervosus izom- és verejtékmirigyinnervatio született csökkentértéküsége kóros exogen behatásokkal szemben, ami mellett a családi dispositio is okolható és az öröklés mind a 3 öröklési tipus formájában mutatkozhatik. Az idült beszürödéses izgalmi állapotra való tekintettel jogosultnak látszott egy a szervezet védekező erejét aktiváló áthangoló kezelés annál is iskább, mert Wagner-Jauregg 1892-ben egy typhus abdominalisban megbetegedett dystrophiás beteg spontán gyógyulását észlelte. Előadó 4 beteget oltott maláriás vérrel és négy lázrohamot engedett. 3 beteg kezdeti stádiumban volt 2—4 évi betegségtartalommal. A 4-ik eset egy stationaer állapotban levő, 8 éve beteg, teljesen kialakult dystrophiás volt. 3 beteg már 8—10. nappal a kúra után feltünő erösödést mutatott, a fáradságérzés csökkent. A következő hetekben a teljesítőképesség bámulatos gyorsan fokozódott, a kifáradási fázis majdnem normálissá vált. A 4 eset közül a legfrissebb majdnem teljesen gyógyult, 2 további eset igen nagyfokú remissiót mutatott még 6 hónappal a kúra után is, míg a stationaer, késői eset csak subjektive javult, objektíve nem.

Mészáros K.: *Sklerosis multiplex kezelése natriumthiosulfattal.* E gyógyszer hatásos voltára *Laubál* Istvánnal együtt úgy jött rá, hogy egy sklerosis multiplexben szenvedő betege neoezüstsalvarsantól dermatitist kapott s az emiatt alkalmazott natriumthiosulfat injectiókra idegrendszeri tünetei lényegesen megjavultak. Összesen 40 betegről számol be, akik közül 18 nagy mértékben, 8 mérsékelt fokban, 12 kis mértékben javult, 2 nem javult. Utóbbiak közül egy súlyos acut eset a kezelés ellenére is romlott. Egy kurában 50 injectiót adott a natriumthisulfat 20%-os oldatából 3, 5, 7½, és 10 cm^3-es adagban intravenásan oly módon, hogy 3 egymásutáni injectiós nap után egy szünnap következett. (Az adag az első 3 injectiót kivéve mindig 10 cm^3, azaz 2.0 gr.) Fokozatosan jelentkező javulás esetén 1—1 havi szünet közbeiktatásával a kura megismétlését ajánlja.

A Magyar Röntgen-Társaság május 25-i ülése.

Bemutatás:

Vidor J.: *Ellentmondás a gyomor tumoros röntgenlelete s a műtéti lelet közt.* A bemutatott esetben sok célzott és átekintő felvétel a gyomor sinustáján lépes structurájú telödési hiányt mutat, mely a residuális felvételeken jellegzetes szélü kiesés alakjában egészen a pyloruscsatornáig terjed. A mütét negativ eredménnyel zárult; igaz, hogy a gyomor nem került megnyitásra. A beteg 8 hónappal a mütét után panaszmentes. A jóindulatú gyomordaganatok elemzése és irodalmi adatai alapján arra a következtetésre jut, hogy circumscript polyposis áll fenn, mely a malignitás képét erösen utánozza és amely a mütétnél a tapintó ujjat kikerülte, de megnyitásnál, resectiónál bizonyára napvilágra került volna.

Friedrich L.: A próbalaparatomia indokolt volt a magasabb vérsejtsüllyedés, a praepyloricus defectus s a rövid anamenis (fogyás, dyspepsia) alapján. A sebész negativ lelete nem bizonyító erejü, amit analog esetek felemlítésével igazol. Negativ tapintási leletnél célszerü felvágni a gyomrot, vagy legalább is cystoskopot bevezetni a gyanus részbe. A gastroskopai az ilyen eseteket tisztázni fogja. Miután a polypusok nagyrésze cercinomásan elfajul, ajánlatos a resectio preventive negativ palpatiós lelet dacára is.

Révész V.: A mütét negativ lelete nem jelenti azt, hogy nincs jelen szervi elváltozás. égy bemutatott esetében praepyloricus elváltozást mutatott a röntgenvizsgálat. Negativ palpatiós lelet mellett a belfelületen malignus elváltozásra gyanus exulcerativ folyamat volt. A szövettani vizsgálat benignus elváltozást talált csak: gastritis chronica erosiva diagnosissal.

Előadások:

Schuster Gy.: *Ujabb tapasztalatok az enkephalographia terén.* Pontosan elvégzett levegötöltés és gondos felvételek mellett az agyfelszín és az agyvelő belsejének részleteit is ábrázolják az enkephalogrammok. Látható a sulc. cinguli, sulc. calloso-marginalis, corpus callosum, nucleus caudatus, septum pellocidum, plexus chorioideus, columnae fornicis, foramina Luschka, cisterna magna, insula, hypocampus, recessus ventrolater., sulc. front. I. II. III., calcarina, gyrus pariet. sup., gyrus angularis, sulcus parietooccip., ventriculus IV., aquaeductus Sylvii, cisterna ambiens, cist. interpedunc., fissura longitud., sulc. Rolandi, sulc. centralis post., fissura calcarina, for. Magendie, corp. mamill. forceps.

A Magyar Phonetikai Társaság május 13-i ülése.

Előadás:

Románné Goldzieher K.: *A hibásbeszédűek írása.* Ismertette vizsgálatait, amelyeknek tárgyát a beszéd és írás kóros jelenségeinek megfigyelése alkotta és amely oly módon történt, hogy a beteg írásán kívül a beszédét phonographon, az az összmozgásos magaviseletét pedig filmen vette fel. Kiegészítették a vizsgálatokat a *Román-Bálint*-féle graphodynnel végzett írásfelvételek, amelyek az írásfolyamatot görbe alakjában is ábrázolják. A beszéd működéses zavarai adaequat módon jelentkeznek úgy az összmozgásos magaviseletben, mint az írásban. A *dadogó* írása packás, szétesső, darabos, amelynek síma indítását és ryhtmikus folyamatosságát megakasztja az az ismétlésre való hajlam, a fokozott és rendszertelen írásnyomás. Hasonló a *hadaró* írása, amelyre a megcsonkítások és kihagyások jellemzőek. A *pöszebeszédű* írása vékonyvonalú és elerőtlenedő. A tünetek csoportosulásának és intensitásának változásai a hibásbeszédűek kezelésének különböző szakaiban beigazolják azt a tényt, hogy az írás közvetlen megfigyelése kórismei szempontból ma már annyira fejlődött, hogy a beszédfunctio-zavarok kimutatásának egyik fontos eszközévé vált.

Schulmann T.: Az írás tanulmányozása dadogókon és hadarókon diagnostikai és prognostikai, valamint a gyógypaedagógia kezelés eredményességének ellenőrzése szempontjából kiválóan értékes.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának május 14-i ülése.

Hauer E.: *Habitualis vállizületi ficam operált esete. Térdizületi keresztszalag plasztika.* Két operált esetet referál. 1. Luxatio habitualis humeri *Rapp* szerint operálva. A biceps hosszú fejének inát, a fejecsen keresztül furt csatornán rögzíti. Az in kikapcsolása az izület munkájából megszünteti a ficamra való hajlamot.

2. A másik eset rúgás következtében beállott keresztszalag szakadás műtéte. A fascia lataból lehajtott fascia csík, melyet a femur lateralis condylusán furt csatornán húz keresztül és a tibia medialis oldalára vonja. Ezzel pótolja a hiányzó szalagot. Az izület működése kifogástalan.

Gerő S.: *Kisérletek a cukorbaj endokrinalkali gyógyitására.* Az interglandularis és a neurohormonalis kölcsönhatások érthetövé teszik, hogy a cukorbajosoknál az endokrin mirigyek és a vegetatív idegrendszer részéről sokszor találunk olyan elváltozásokat, amelyeknek befolyásával therápiánk látszólag makacs esetekben is eredményessé válik. Az insularis rendszerrel szemben álló u. n. ellenregulatiót végző hormoncsoport legfőbb tagjait a pajzsmirigy, a hypophysis és a mellékvese alkotják. Ezen mirigyek túlmüködése mint *alkati eltérés* (subendokrinopathia) lehet jelen és az ilyen hyperthyreotikus, akromegaloid ill. hypersuprenalis alkatú cukorbetegek insulin resistentiáját jól megmagyarázza. Azt tapasztalta, hogy az antiinsularis rendszer egyik legfontosabb tényezőjének, a pajzsmirigynek *dijodthyrosin*-nal végzett megfékezésével, meglepő tolerancia javulást lehet elérni insulin resistens esetekben.

Berndorfer A.: *Az ajak- és szájpadláshasadásokról.* Az ajak- és szájpadláshasadás nemcsak sebészi, hanem általános orvosi kérdés. Az ajakhasadt gyermeket születése utáni 1—2. éven belül kell megoperálni, mert különben fokozódik a deformatio és az ajak müködésre képtelen lesz. *Veau* módszere a mütéti eljárások között a legjobb, mert anatómiailag reconstruálja az ajkat. Lényeges része a mütétnek az orrüreg alapjának újjáképezése és az ajak izomzatának az összevarrása.

A szájpadláshasadék klisszikus Langenbeck mütétjének hibái vannak, mert a szájnyálkahártya összevarrása által a nyálkahártya lesülyed, mögötte váladékpangás jöhet létre. *Veau* eljárásával kiküszöböli a hibákat, nyeles lebenyt készit a szájnyálkahártyából és az orrnyálhártyát is varrja. A lágyszájpadhasadást 3 rétegben varrja, itt legfontosabb az izomvarrat.

Ez a mütéti eljárás jobb bármely másnál, statistikája eredmény tekintetében felülmúlja a többiekét.

A beszéderedmények a legfontosabbak, ezek pedig szintén *Veau* mütétje után a legjobbak.

Tapasztalata szerint legelőnyösebb, ha a gyermeket 2 éves korában operáljuk, mert akkor lehet a legkisebb halálozási veszély mellett a legjobb mütéti eredményt elérni.

Fischer A.: A Veau féle eljárást a nyulajk és a hasadt szájpad operálásánál nagy technikai haladásnak tartja. Ez természetesen nem kisebbiti *Langenbeck* érdemeit, kinek eljárása több, mint 70 éves. Ez a módszer az akkori biologiai és sebészplasztikai ismereteknek megfelelt, ma azonban már a fejlettebb technikáju és az ujabb sebészplasztikai elveket szem előtt tartó Veau féle eljárás által tul van szárnyalva.

Érczy M.: A nyulajk mütétek után évek mulva a hegvonalban az ajak behúzódik, ami a kozmetikai eredményt rontja. — Utal egy újabb mütéti eljárásra, melynek segélyével a hegvonal késöi behúzódása teljes biztonsággal kizárható. — (Gyógy. 1932. 423.)

Berndorfer A.: Megköszöni *Fischer* hozzászólását. *Érczy* hozzászólásához megjegyzi, hogy *Érczy* által 1932.-ben ajánlott mütét lényegileg ugyanaz, mint amelyet *Veau* már 1925.-ben az Annales d'anatomie pathologique-ban ajánlott és amely kérdést *Plessier* 1931.-ben megjelent „Traitement du bér de lièvre unileteral" című monografiája beható részletességgel tisztázott.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának május 5-i ülése.

Bemutatás:

Jendrassik L.: *Új mikroelemző eljárások: Fénymérő vas- és bilirubin-meghatározás.* Bemutatja vas-meghatározó módszerét, mely 0.1 ccm vérben vagy hasonló vastartalmú anyagban adja meg a concentratiót. A roncsolás kénsavval és hydrogenperoxyddal történik, utána ferrocyankalium feleslegével oldható berlini-kéket hozunk létre, melynek színerejét a Pulfrich-fénymérő 57-es szürőjén mérjük meg.

Bemutatja ugyancsak a szürőfénymérőre kidolgozott szabatos bilirubin-mérő eljárását, amely testnedvekben fehérjekicsapás nélkül adja a teljes eredményt. Azofestékképző katalysatorul coffeinnatriumbenzoat és natriumacetat keveréke szolgál. Az eredményt az 53-as és 43-as szürön kapott extinctiók alapján kettős görbe adja.

Előadás:

Jendrassik L.: *A biologia felosztása.* Oly rendszer kisérletét terjeszti a szakosztály elé, mely az élettudomány egészét tevő szaktudományokat, mintegy természetes rendszerben táblázatszerüen foglalja össze. Az alkalmazott tudományok nem különböznek elvileg az úgynevezett tiszta tudományoktól, s rendszerben ugyancsak helyet találnak.

Pekár M.: Kifejti, hogy a „biologia" szót évtizedek óta kétféle értelemben használják. A tágabb értelem szerint minden, ami az elő világgal foglalkozik, az biologiai; ha akarom a népszokások is idetartoznak. Miután az élő világ feloszlik emberre, állatra, növényre: tehát külön beszélhetünk emberbiologiáról, stb. Nem tartja helyesnek közös tabellában összefoglalni az állatot, növényt és embert, mert ez csak fölösleges ismétlésekre vezet; ugyanazon módszerekkel vizsgáljuk mind a hármat. Minden egyes új módszer új fejezetét nyitja meg a természettudományoknak: ahány módszer, annyi specialis fejezetre fog oszlani a természettudomány. A biologiai kutatás már századokkal ezelőtt két irányban indult el. Az egyik kereste a szerkezetet, ez a morphologiai irány: a másik kereste a működést, ez a functionalis irány. A szerkezetet rendesen holt anyagon keresik; viszont működések csak élőkön találhatók. A szerkezet kutatásából születtek az anatomiai tudományok. Eleinte megelégedtünk a szabad szemmel történő vizsgálódással. A mikroskop elvezet az ezredmilliméterek világába. Ma már millimikronokat s annál kisebb dolgokat is észlelni tudunk. A functionalis kutatásnak négy főiránya fejlödött ki: a tapasztalati élettan, a biochemia, a biophysika és végül az élő szövetekkel kisérletezés: az experimentalis operatiós physiologia. *(Pawlow).* Itt is eleinte nagy vonásokban dolgoztak; ma már itt is megvannak a mikromódszerek. Sokszor beszélünk ma már gammákban és szigmákban. Ugyanezek a módszerek beteg emberre alkalmazva adták a kórbonctant, viszont a beteg functióinak kutatása vezet a pathologiára. A pathologia = a kóros physiologia úgy viszonylik a kórbonctanhoz, mint a physiologia az anatomiához. A négy alappillére tehát az orvostudománynak: az anatomia, a physiologia, a kórbonctan és a pathologia; persze ma már lemélyítve a submikronok világáig. Ehhez a négy alaptudományhoz két nagy gyakorlati terület csatlakozott. Az egyik a betegség okainak kutatása, ez az aetiologia, a másik, hogy hogyan lehet a betegségeket előnyösen befolyásolni, ez a therapia. Mind a két gyakorlati irány közös területre vezetett, mind a kettőben végeredményben azzal foglalkozunk, hogy a legkülönbözőbb külső és belső változásokra miként reagál a szervezet. A „biologia" és „pathologia" szónak szükebb értelme is van. Ha én úgy az

embernek, mint az állatnak, növénynek kikeresem azokat az általános törvényszerűségeit, amelyek minden élőre vonatkoznak, akkor jutok a szükebb értelmü biologiához. Beteg szervezeteknek általánosértékü szabályai adják a szükebb értelmü pathologiát.

Jendrassik L.: A sistema összeállításában őt is a *Tóth* Sándortól hangoztatott egységesítés szükségessége vezette. Örömmel látja, hogy az „emberbiologia" *Pekár* professortól tanított felosztása hiánytalanul beilleszthető táblázatába. *Gorka* professor észrevételeit, valamint előzetesen adott tanácsait köszöni és figyelembe fogja venni.

Korányi Sándor 70 éves.

Meleg házi ünnepséget rendeztek *Korányi Sándor* báró tanítványai mesterük 70. születésnapján. A III. sz. belklinika f. hó 18-án délelőtt felvirágozva várta igazgatóját. A zsufolásig megtelt tanteremben teljes létszámban jelen volt az orvoskari tanártestület, *Korányi* volt, és jelenlegi tanítványai, a klinika ápoló és szolgaszemélyzete. Az előadótermet zsufolásig megtöltötte ez a lelkes, mondhatni, áhitatos közönség, mely felállva percekig tapsolta, ünnepelte a terembe lépő professort. — Mellette 70 fehér rózsából kötött óriási csokor állott, mit a klinika női orvostagjai kötöttek szeretett mesterüknek, előtte félkörben a család három nőtagja és az orvoskari tanári testület tagjai foglaltak helyet élükön *Darányi Gyula* dékánnal és *Johan Béla* államtitkárral. Az ősz professort észrevehetőleg meghatotta ez a szűnni nem akaró taps, a szeretetnek és tiszteletnek ez az általános és szívből jövő kitörése, s néhány könnyet morzsolva el szemében, foglalta el helyét, hogy az ünnepi beszédeket meghallgassa.

Az ünnepség első szónoka a legidősebb tanítvány: *Bence Gyula* rk. tanár volt, aki gondolatokban bővelkedő beszédben méltatta mesterének tudományos, tanítói és emberi érdemeit. *Korányi Sándor* — úgymond — már fiatalon felismerte, hogy az orvostudomány haladása csak az exact tudományok biztos alapján lehetséges. — Már akkor látja, hogy a klinikai kutatás is tulajdonképen alkalmazott physiológia. Kisérleti kutatásai ugyan mélyen belenyulnak a physiológiába, első lökést azok megindításához mégis a finoman észlelő orvos megfigyelései adják. Örökbecsü művének, a veseinsufficientia tanának megalapítása is egy egyszerű klinikai észlelésből indult ki. Náhai *Tauffer* tanár egy hasi műtét alkalmával átvágta az egyik urethert és kivarrta azt a bőrbe. A beteg szeretne szabadulni ettől a terhes helyzettől. A műtő a belorvoshoz fordult tanácsért, hogy eltávolítható-e kár nélkül ez a vese? — *Korányi Sándor* pedig összehasonlítva a két veséből nyert vizeletet, azt találja, hogy a sipolyból nyert vizelet só, hugyany, stb. tartalma kisebb, s ezért az komolyabb kár nélkül eltávolítható. Ez volt az első vesefunctiós vizsgálat és ennek alapján teremtette meg a „hypostenuria" fogalmát.

A fagypontsüllyedés módszerével azután könnyen kivihetővé tette — folytatta *Bence* — a functiós vesevizsgálatot, ami az egész világon elterjedt és új irányt adott a vesebajok kutatásának és gyógyitásának. Idézi *Lichtwitz* és *Volhard* mélységes elismerését *Korányi* érdemeivel szemben.

„A vese a szervezet osmotikus egyensúlyának legfőbb őre" — mondja *Korányi* és csakugyan a vesetherapia egész területét ma áthatja az a gondolat, hogy a vese functióképességét megtartsuk, vagy hozzá alkalmazkodjunk. Hogy mily közkinccsé vált ez a gondolat, azt legszebben bizonyitja, hogy még közkórházi anyagunkban is alig találkozunk súlyos vízkóros vesebeteggel.

Megállapításainak haszna beláthatatlan. Az ő kezdeményezésére teszik vizsgálat tárgyává *Illyés* és *Kövesi* a két vese külön felfogott váladékát a higító és concentráló képesség szempontjából és ez teremti meg a modern vesesebészetet.

Ezután *Korányi* más belgyógyászati működésére tért át. Említette ideggyógyászati kutatásait és tankönyvét, a vérkeringés pathologiájára vonatkozó észleleteit, amelyek nyomában fakadó vérváltozásokkal és azok jelentőségével igen eredményesen foglalkozott, s végül megemlékezett a physikalis vizsgálati módszerek körében végzett kutatásainak értékéről.

Méltatta önzetlen hazaszeretetét, melyből fakadt az a nehéz, de sikeres küzdelme, mit nagyszerű atyja méltó utódaként a tuberculosis elleni küzdelem terén folytatott ernyedetlenül, s aminek eredménye az Erzsébet Sanatórium megteremtése volt. De alig van tudományos egyesület is, amelynek munkájában részt ne venne nem csak mint közreműködő, hanem mint szorgalmas hallgató. A közügyek szolgálatából sem vonta ki sohasem magát, s önzetlen hazaszeretettel szolgálta a nevelés és közegészségügy terén hazáját, államát és egyetemét. Legnagyobb szolgálatot azonban azzal tett hazájának, mikor a maga és iskolája kutató intézetével az egész világon elismerést és megbecsülést szerzett a magyar kulturának.

Beszéde végén átnyujtotta az ünnepeltnek a *Korányi* iskola 67 tanítványának a jubileumra írt tudományos közleményeit tartalmazó kötetét, a Gyógyászat *Bence* tanárnak és orvostársainak dolgozatait tartalmazó ünnepi számát és 27 német és olasz városi folyóiratban a jubileum alkalmából megjelent — ugyancsak a Korányi iskola tagjai által írt — idegen nyelvű tudományos közlemény különlenyomatát. A folyóiratok közül a „Wiener Klinische Wochenschrift" és a „Gyógyászat" teljes ünnepi számot szentelt a Korányi-iskola publicatiójának.

Bence után *Országh Oszkár*, a budakeszi Erzsébet-királyné sanatórium igazgató-főorvosa adott át költői szavak kiséretében egy, a budakeszi erdő virágaiból kötött csokrot és az „Orvosképzés" egy külön füzetét, amely a sanatórium orvosainak ez ünnepre írt dolgozatait tartalmazza. Majd *Hetényi Géza* egyetemi magántanár, a Korányi-klinika adjunctusa nyujtotta át a Korányi-iskolának a jubileum alkalmából elkészített bibliographiáját, mely több mint 3000 tudományos közlemény címét tartalmazza és amelyet a tanítványok német és francia nyelvre fordítva a világ összes orvostudományi tanszékeinek és intézeteinek szándékoznak elküldeni. Végül az orvostanhallgatók nevében *Mayer György*, a segítőegyesület ifjúsági elnöke üdvözölte tartalmas és hálás beszédben mindnyájuk szeretett professorát. — *Korányi* professor meghatottan válaszolt: „Először történt — kezdte szavait —, hogy tanítványaim azt tették, amire kértem őket, hogy ne tegyék. Bár az ember önismeretre törekszik, a mérleget még sem meri maga felállítani, s hogy mit tett, azt másoktól kell meghallania. Ha így történt, ahogy Önök mondják, akkor én életemet még sem töltöttem feleslegesen." Ezután rövid visszatekintést vetett élete folyására, pályájának küzdelmeire és ismert szerénységével sikereit munkatársainak munkásságára hárította. Tanszéke megszüntetésével állástalanná vált tanítványainak bátorságot és bizalmat, az orvostanhallgatóknak pedig kitartást kívánt azon a szép, de rögös pályán, amelyen elindulni készülnek. Beszéde végén az ünnepély közönsége hosszan ünnepelte a jubiláns professort, aki előtt hódolattal és mély hálával hajlik meg az „Orvosi Hetilap" is, melynek hasábjait annyiszor tisztelte meg tudományos, vagy nevelő és oktató cikkeivel. Báró *Korányi Sándort* a magyar orvostudomány díszét és Nestorát Isten tartsa meg, áldja meg mindnyájunk örömére! *Sz.*

Megjegyzés Veress Pál dr. cikkére.

(„Uj légmellkészítő tű." O. H. 1936. 23. sz.)

Az új légmellkészítő tű lényege az, hogy egy megfeszített rugó a tű belsejében lévő oldalnyilásos kanült a fali mellhártya átszúrásának pillanatában előre löki, s ezáltal a hegyes és tompa eszközök előnyeit egyesíti.

A Veress-féle tűvel a lényeget illetően teljesen azonos tűt szerkesztettem és próbáltam ki 1931 és 1932-ben. A tűt egy debreceni orvosi műszerüzlet, a Schön-cég állította elő és azt úgy magam, mint a belklinika kórházi tüdőbeteg osztályát 1931-ben vezető dr. *Róth Imre* tanársegéd kipróbáltuk. A tűvel szerzett tapasztalatunkat az alábbiakban foglalhatom össze.

Előnyei: 1. Azon esetben, ha összenövések nincsenek, a rugó zökkenése azonnal jelzi, hogy a mellhártyaűrbe jutottunk. 2. A kanül lekerekített vége a zsigeri mellhártyát nem sérti meg s így sima esetekben a légembolia keletkezésének lehetőségét kiküszöböli.

Hátrányai: 1. A tű aránylag drága és romlandósága miatt állandó használata túl költséges. 2. A sok főzés a rugót kilágyítja. 3. Ha a tű vékony, a belső kanülnek oly vékonynak kell lenni, hogy az már a manométer szabad működését akadályozza. 4. Ha a lapszerű összenövés helyén hatolunk be, a tű akadálytalanul halad be a tüdőszövetbe és ott a rugó hatása alatt a kanül kissé előretolódhat, — ha annak működését a túl vékony kanül nem akadályozza —, felvilágosítást adhat, ha azonban a kanül vékony, ez sem ad biztos útbaigazítást.

Nem volt ugyan olyan tapasztalatunk, mely a tű használatát ellenjavalta volna, a felsorolt hátrányok miatt alkalmazását mégis körülményesnek találtuk. A magam részéről azért visszatértem a gyakorlatban eddig legjobban bevált oldalnyilásos félhegyes légmellkészítő tűhöz.

A felsorolt hátrányok miatt a tű általános használatra való alkalmasságában kételkedem, azonban nincs kizárva, hogy a gyakorlat az eszköznek egy körülírt javalati területet fog megszabni. Első töltésnél szabad mellhártyaűr mellett a felsorolt hátrányok ellenére is jól használható.

Nem célom ezekkel a sorokkal az elsőbbségi jog kérdését felvetni, mert azzal, hogy műszeremet annakidején nem hoztam nyilvánosságra, erről végérvényesen lemondtam. Épen ezért szeretném, ha soraimat a cikkíró kartárs úr nem kritikának, hanem tapasztalataim minden alanyi szinezéstől mentes felsorolásának tekintené.

Szauter Béla dr.

Megjegyzés Bárdossy István dr. és Milkó Vilmos dr. közlésére.

(Csonttörések véres úton helyretevése. O. H. 23 és 25. sz.)

E sorok megírására elsősorban az késztet, hogy mi is hívei vagyunk gyermekek combcsonttörése esetén a véres úton történő gyógyításnak. Legtöbbször nem is elégszünk meg a törésvégek véres helyretevésével, hanem azok pontos együttmaradásának biztosítására egy szál rozsdamentes acélhurral össze is erősítjük őket. 15 gyermekkori combcsontvarratunk esetében egyszer sem zavarta a csontvarratot szövődmény s a késői évek során ellenőrzött eredmény is kifogástalan. Gyermekek combcsonttörésének operativ kezelésére hasonló tapasztalatok ösztönöztek bennünket, mint *Bárdossy dr.-t.* Gyermekek számára az extensiós helyzet kényelmetlen, nehezen elviselhető. A fertőzés veszedelme pedig akár a Kirschner-féle extensiót, akár a Klapp- és Block-féle drótnyujtást tekintjük, ha elméletileg kisebb is, de fennforoghat. Szerepet játszik mérlegelésünkben az a — sajnos ma nem mellékes — körülmény is, hogy csontvarratok esetén betegeink 10—12 napra elhagyják a kórházat s így kevesebb ápolási költség terheli őket.

De e sorok írására késztet az az idegenkedés is, amely a csontvarratokkal szemben sokhelyütt fennáll. Ezen idegenkedés onnan van, mert a multból sok rosszulgyógyult csontvarrat ismeretes. A sikertelenség oka azonban nem a csontvarratban, pontosabban nem magában az eljárásban rejlik, hanem az eljárás körül. Egy ember magaszerezte tapasztalatok alapján nehezen juthat abba a helyzetbe, hogy a csontvarratok helyességét és veszélytelenségét döntő statistikával bizonyíthassa. Ez nekem sem áll módomban, hiszen magam is csak válogatott csonttörési eseteket s így aránylag keveset operálok. De feleslegesek is a nagy számok. Kisebb, zavartalanul gyógyuló sériák is elégségesek ahhoz, hogy egy eljárás létjogosultságát bizonyíthassák. Ugy a mi comb, alszár, felkar, alkartörések eseteiben végzett csontvarrataink, valamint mások csontvarratai *(Henderson* (Mayo klinika) *Fritz, König* prof. stb.) bebizonyították, hogy kellő asepsissel és kellő technikával végezve a csontvarratokat nem jelentenek azok ma már semmi veszélyt a betegre, ellenkezőleg, nyomukban ideális csontforradás következik be.

De nem szabad túlzásba esni. Csak arra való esetben kell csontvarratot végezni. *Scudder* szavaira hivatkozom, aki azt mondja, hogy a véres csontegyesítésnek, s így a csontvarratoknak is meg van a maga jól megalapozott, körülírt helye a sebészetben. Magam az O. H. 1935. 50-ik számában megjelent szerény dolgozatomban összefoglaltam azokat az indicatiókat, amlyek mellett csontvarratokat végzünk. Azok ismétlése itt felesleges.

Természetesen ott, ahol a véresen reponált törésvégeket sikerült úgy összeilleszteni, hogy azok elcsuszásától nem kell tartanunk, felesleges azokat dróttal, vagy lemezzel is fixálnunk. E tekintetben *Milkó* professor úr álláspontja vitán felüli, s minden műtővel csak közös lehet. Mennél egyszerűbb beavatkozásra és mennél kevesebb idegenanyag behelyezésére kell törekednünk. De viszont a szövetek kellő kimélésével behelyezett drót, vagy rozsdamentes acéllemez bajt nem okoz.

Pernyész Sándor dr.
igazgató sebész-főorvos, Jászberény.

VEGYES HIREK

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

Ismételten bejelentjük, hogy a Hetilapot vagy le kell rendelni, vagy ha el méltóztatott fogadni, meg kell fizetni, mert az előfizetés meg nem újítása nem jelent lerendelést.

Politzer Ádám emléktábla leleplezése. A Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete f. hó 21-én Alberti-Irsán a magyar származású neves bécsi otológus professornak, *Politzer Adámnak* születési centenáriuma alkalmából emléktáblát



avatott fel szülőházán. Az ünnepségen vitéz *Marton Béla* orsz. képviselő *Wein Zoltán* egyetemi magántanár, *Neumann Henrik* bécsi egyetemi tanár, tartottak ünnepi beszédeket. A leleplezésen a magyar fülorvosokon kívül nagyszámú osztrák fülorvos is megjelent.

A szegedi Tudományegyetemen üresedésben lévő közegészségtani-kórtani, valamint a bőr- és nemi-kórtani tanszék betöltésével kapcsolatban a jelölések a következők: Közegészségtani-kórtani tanszékre: 1. helyen *Lőrincz Ferenc* és *Kanyó Béla*, 2. helyen *Ivanovics György*, 3. helyen *Scheff György* egyet. m. tanárok; a börgyógyászati tanszékre: 1 helyen *Melczer Miklós*, 2. helyen *Lang Mihály* egy. c. rk. és *Heiner Lajos*, 3. helyen *Szentkirályi Zsigmond* és *Rejtő Kálmán* egyet. magántanárok.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület Iparegészségügyi Szakosztálya május 28-án tartotta alakuló ülését. Működési iránya lesz 1. a munkaélettan; 2. az ipari toxikológia és 3. a foglalkozási hygiene tudományos és gyakorlati kutatása. — Ezen cél megvalósítására a szakosztály hasonló munkakörben működő tagjai referálónapokat tartanak, közös irányú vizsgálatokat végeznek, tanulmányi kirándulásokat szerveznek és az egyesület keretén belül szakelőadásokat tartanak. A megválasztott tisztikar: *Gortvay György dr.* elnök, *Tangl Harald* dr. főtitkár, *Pélyi József* dr., *Heller Imre* dr. *Pályi Márton* dr. titkárok.

Szabadságon lévő egyetemi tanár és consiliarus kartárs urak névsorának közlését megkezdjük. Kérjük az érdekelteket, hogy szabadságuk idejét szerkesztőségünkkel minden hét keddjéig közölni szíveskedjenek.

A szepesi orvosegyesület ez év júniusában tartotta VIII. továbbképző tanfolyamát, melynek 120 orvostagja volt: 30 Magyarországról, 32 Németországból, 10 Lengyelországból, 5 Romániából és a többi beltagok. A magyar előadók közt voltak a budapesti tud. egyetemről *Verebély* és *Szabó* professorok, a debreceni egyetemről *Bókay* professor.

Az angol parlamentben 23, az új francia kamarában 15 *orvos* kapott helyet. Az új kormány tagjai között van Irene Curie-Joliot, aki államtitkári tisztet tölt be a nevelésügyi minisztériumban.

A német vörös kereszt egyesületnek 1,356.000 tagja van. Az 57 anyaházban 11.000 növér teljesít szolgálatot.

Kimutatás 1936 junius 14-től 20-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) s halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphteria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis,		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mb.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.411	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	112.666	4	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
3. Baranya	251.620	4	—	1	—	2	—	6	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—
4. Békés	335.874	1	—	6	3	3	1	2	—	—	—	—	—	6	—	3	—	—
5. Bihar	180.415	2	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	3	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.756	5	—	3	1	2	1	—	—	—	—	—	—	9	—	2	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.704	1	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	63	—	1	—	—
8. Csongrád	148.353	3	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
9. Fejér	231.165	12	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.568	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	36	—	—	—	—
11. Hajdu	182.047	3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
12. Heves	322.207	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	420.142	2	1	4	1	7	—	4	—	—	—	1	—	30	—	1	—	—
14. Komárom és Esztergom	181.862	3	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—
15. Nográd és Hont	227.958	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	46	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,437.226	19	1	6	2	15	2	39	—	2	1	5	—	163	—	—	—	—
17. Somogy	389.792	7	2	3	—	1	—	8	—	—	—	—	—	72	—	9	—	—
18. Sopron	143.128	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
19. Szabolcs és Ung	415.264	3	1	2	—	1	—	4	—	—	—	1	—	21	—	16	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	156.351	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	15	—	—
21. Tolna	267.133	1	—	2	—	1	—	11	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—
22. Vas	273.776	6	—	—	—	6	—	6	—	—	—	8	3	10	—	1	—	—
23. Veszprém	246.551	3	1	—	—	3	—	6	—	1	—	—	—	42	—	—	—	—
24. Zala	368.371	2	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	76	—	10	—	—
25. Zemplén	149.043	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	27	—	10	—	—
I. Baja	29.791	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
II. Budapest	1.035766	9	—	5	—	21	—	36	—	—	—	—	—	89	—	—	—	—
III. Debrecen	122.825	9	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	10	—	2	—	—
IV. Győr	50.828	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.659	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.399	2	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	63.037	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
VIII. Pécs	67.527	1	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—
IX. Sopron	36.023	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.287	3	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	11	—	2	—	—
XI. Székesfehérvár	41.462	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,898.367	112	7	43	9	98	5	163	—	3	1	18	3	852	5	84	—	—
Előző évben:		59	4	36	3	109	7	144	1	2	—	6	1	982	3	93	—	—

PANTAL
A hashajtók ideálja
az orvosok PANTAL-ja!
CHINOIN

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gyöngyösi Alapítványi Kórháznál újonnan szervezett szülész-nőgyógyász osztályvezető főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű IX. fizetési osztály 3-ik fokozatának megfelelő fizetés és lakbér, a kormányrendeletekkel megállapított csökkentésekkel.

Előléptetés szempontjából a 300—1935. B. M. sz. rendeletnek a nagyobb kórházak csoportjára vonatkozó intézkedései az irányadók.

A pályázati kérvények a gyöngyösi Alapítványi Kórház Igazgatóságához címezve f. év augusztus 15-ig nyujtandók be.

Pályázati kérvényhez csatolandó:

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

Az állás a választás jogerőre emelkedése után foglalandó el.

Gyöngyös, 1936 június hó 20-án.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Fővárosi előkelő szanatórium
keres sebészileg képzett, fiatal, nőtlen orvost. Kimerítő ajánlatokat „Sanatorium" jeligére a kiadóhivatalba kérünk.

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

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümelléklettel 5.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P)

Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — 25.— P helyett 5.70 P

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — 2.50 P helyett 2.— P

Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

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

Solubismuth
Igen aktiv Bismutholdat
Magas jódtartalmu bismuth komplex só vizes oldata a lúes minden stadiumának eredményes kezelésére
Teljesen fájdalmatlan! Tiszta kezelés.
Dr. Bayer ftsa.
Gyors felszivódása és kumulationmentes kiürülése folytán a primär affectiók souverén szere!

Kurhaus Semmering
Főorvos: **Dr. Franz Hansy** e. ü főtanácsos
Ideális magaslati gyógyhely üdülők, lábbadozók részére
Diabetes, Basedow, Asthenia, Anaemia eseteiben — Diétás kezelések
Árak: 21 Schillingtől

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.

Most jelent meg!
Dr. KUNSZT JÁNOS:
Gyakorlati balneologia
című könyve.
Átnézte és előszóval ellátta: Dr. VÁMOSSY ZOLTÁN egyet. nyilv. r. tanár.
A gyakorló-orvos nélkülözhetetlen kézikönyve.
Beszerezhető a kiadóhivatalban.
Ára: 3·— pengő

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. IGAZGATÓ: BORNEMISZA GÁBOR.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLÉKLETE

SZERKESZTI:
MILKÓ VILMOS
EGYETEMI C. RK. TANÁR

1936.
KILENCEDIK ÉVFOLYAM

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T. BUDAPEST

TARTALOM

KÖZLEMÉNYEK

oldal

Belorvostan

Anaemiák vastherapiája . . . 156
Aranylerakódás a bőrben . . 157
Ascaris az epeutakban . . . 178
Asthma bronchiale lázkezelése . 191

Bélpolypusok 46
Belvérzések elkülönítő kórisméje 103
Biologiai leukocytagörbe . . . 186

C-vitamin therapiás alkalmazása 80
Colitis kezelése 3

Digitalis „nagy" és „kis" adagjai 15
Dijodthyrosin a hizlaló kúra szolgálatában 40

Enterococcusok által okozott megbetegedések 130
Epehólyag dyskinesiás betegségei 124
Extrasystolia 140
Étrendi előírások rheumás betegek részére 67

Germicid a typhus lázellenes therapiájában 27
Gümőkór elleni activ immunizálás 132
Gümőkórosok gyomorpanaszai . 62
Gyomorvérzések diaetetikája . 125
lésének alapja és főbb irányelvei 173
Gyomorvérzés diaetetikája . . 125

Halálos nitrosus gázmérgezés . 182
Hasi hagymáz kórisméje . . . 61
Heine—Medin-kór kezelése . . 8
Hypertonia gyógykezelése . . 37

Idegentestek a gyomor-bélcsatornában 153

Kell-e lázkeltő therapia a gümőkór Karion-kezelésében? . . 118
Kétoldali sympathiás pleuritis pankreas cysta mellett . . 85

Májkezelés jelenlegi állása . . 137
Meghüléses betegségek gyógyítása 211
Mesterséges légmell művi megszüntetésének érdekes esete . 32
Méhcsípés okozta anaphylaxiás shok 121
Miliaria infectiosa 11

Normalis elektrokardiogramm és a fontosabb rhythmuszavarok 159

oldal

Nyári hasmenések kórisméje és kezelése 124

Piócákkal végzett gyógykezelés 45
Primaer chronikus polyarthritis 127

Raynaud-féle betegség . . . 66
Rövidhullámú kezelés a belgyógyászatban 54

Septol gyógyértéke influensában 47
Serumbetegség kezelése . . . 6
Subcutan morphinmérgezés . . 200
Székrekedés gyógyítása rectalis hőkezeléssel 2
Szívinfarktus 133
Szívizombántalom elektrokardiographiai képe 172

Trichinosis 144
Tuberculosis diaetetikája . . 5
Tüdőplomba-kérdés mai állása . 138
Tudőtuberculosis actualis kérdései:
Összetéveszthető kórképekről 12
24, 48, 67
Rejtett kóképekről 86, 106 129
Typhus ismétlődése 144

Venaesectio alkalmazása szívbajok esetén 41
Vesekövek balneotherapiája . . 188
Végbélcsomók injectiós kezelése 89
Vérmennyiségről 213
Vörösvérűség 58

Bőr- és nemikórtan

Akrosklerosis és Raynaud-féle betegség elkülönítése . . . 21
Aranykészítmények alkalmazása a bőrgyógyászatban . . . 168

C-vitamin follicularis hyperkeratosis kelezésében . . . 150
Condyloma acuminata kezelése 111

Erytrocytosis 96

Gonorrhoea aspecifikus immunkezelése 91

Hajhullás hormonalis therapiája 177

Leukaemiás bőrbajok 117

Narancshámozó üzemben előforduló foglalkozási bőrgyulladások 192

Salvarsan resistens lues . . . 207
Syphilis fertőzőképességéről . 13

Tenyéri-talpi hyperkeratosisok . 165
Trychophytia profunda . . . 107

oldal

Vérbaj gyógykezelése 151
Vitaminok jelentősége a bőrgyógyászatban 196

Elme- és idegkórtan

Agyvelőgyulladás 52

Cyklothymia 49

Erectio zavarai 16

Hypnosis javallatai 1

Liquorcsurgás 181

Myasthenia gravis pseudoparalytica 126

„Paralysis-jelölt" liquorképe . 17
Sklerosis multiplex kezelése . . 115

Tabes dorsalis lázkezelése . . 148

Elméleti tudományok

Gruber—Widal-féle vizsgálómódszer értékelése gyakorló orvosi szempontból . . . 51
Gyakorló orvos laboratóriumi faladatai 9, 30, 39, 84 97
113, 122, 141, 164, 171 188
202, 205 210

Nerium Oleander hatása . . 170

Orvosi bizonyítvány 87

Takata reactio 179

Vérsejt-süllyedési próba alkalmazása a biztosítás orvosi gyakorlatban 14
Vizsgálati anyagok beküldése az O. K. I.-be 34

Gyermekgyógyászat

Csecsemőkori heveny megbetegedések elkülönítő kórismézése 175
Diphtheriával összetéveszthető torokgyulladások 204
Gyermekek hypochloraemiája . 163
Gyermekkori hasi hagymáz . . 92
Gyermekkori heveny gégestenosisok 185
Gyermekkori narkolepsia . . . 19
Herter—Heubner-féle betegség . 136
Idegentest gyermeki hüvelyben . 53
Kisgyermek végbélpolypusai . 142
Korai sondázás fontossága gyermekkori lúgmérgezések esetén 10
Transfusio a gyermekkorban . 53

oldal

Orr-, gége- és fülgyógyászat

Anara, egy új náthaszer . . . 35
Angina acuta infectiósa . . . 180
Beszédhibák gyógyítása . . . 195
Directoskopia 91
Fülzúgás és therapiája . . . 211
Idegen testek a fülben 145
Nyelőcsőszükületek retrograd kezelése 133
Phoniatria 96
Sziklacsontba terjedő középfülgyulladás 120
Tejrekedtség 57 68

Röntgenologia

Chaoul-féle röntgensugaras kezelés 131
Cholecystographia ellenjavallatai 8
Szájüregi daganatok rádiumkezelése 190
Terhességi röntgenártalmak . . 100
Tomographia 33
Tüdőlebenyek röntgenologiai elhatárolásának kórjelző értéke 108

Sebészet. urologia, orthopaedia és fogászat

Arthritis deformans coxae. Malum coxae senile 60
Bakteriuria 29
Csigolyák praesenilis osteoporosisa és összeroppanása . . . 184
Csonttömlők elkülönítő kórisméje és gyógyítása . . . 212
Epehólyag átfuródása gyermekkori hasihagymázban . . . 209
Evipan-natrium altatás . . . 26
Ewing sarkoma 139
Extraduralis daganat operált esete 128
Fertőzött sebek kezelése zsírmentes kenőccsel 55
Functiós vesepróbák 57
Gazdasági sérülések 64
Gyomoroperáltak késői panaszai 167
Gyűjtőeres-fekélyes tünetek kórjelzése és gyógyítása 31
Hólyag diverticulumok . . . 119
Hólyagnyak megbetegedése . . 25
Intravenás pyelographia . . . 79
Kankós izületi gyulladás kezelése 158
Lágyszájpadhasadék prothetikus javítása 43

oldal

Mellkascsapolás kivitele . . . 41
Műtéti érzéstelenítés a gyakorlatban 116
Penis fractura esete 35
Poliomyelitises bénulások prognosisa 155
Postoperativ acidosis 107
Postoperativ parotitis 104
Postoperativ szívgyengeség megelőzése és kezelése . . 42
Prostata hypertrophia kezelése transuretralis resectióval . . 135
Sarokcsonttövis 198
Sípcsonttöréssel okozati összefüggésbe hozott bénulás . . 169
Subcutan bélrepedés 194
Talma műtét 21
Telefonkönyök 203
Ureterkövek az orvosi gyakorlatban 204
Ureterszájadék cystikus tágulata 147

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből:
Izületi egér és baleset . . . 38
Arteficialis sérülések 89, 94 161
Könyökficam utáni tüdőgyulladás baleseti eredetű volt-e? 102
Tévedések és hibák a balesetszakértői gyakorlatban 189 201

Szemészet

Alkat és szembetegségek . . 193
Bőrbajok okozta szemelváltozások 98
Elsődleges glaukoma korai felismerése 95
Gócos ferőzés a szemészetben . 83
Heveny kötőhártyagyulladás és a kankós szemgyulladás . . 160
Katarakta diabetica 112
Szakképzettség nélküli szakértői véleményezés 208
Szem feszülésének csökkenése . 50
Téves kórjelzések a szemészetben 152

Szülészet és nőgyógyászat

Akne sexualis hormonalis gyógyítása 105
Chinin és combinatioi a szülészetben 114
Emmenagogumok alkalmazása . 81
Mastitis és szoptatás 195
Menstruatiós zavarok hormonalis kezelése 149

oldal

Metrosalpingographia 23
Női nemzőszervek tuberculosisa 103
Rádiumgyógyítás a nőgyógyászatban 199
Rendellenes burokrepedés . . 176
Szülést megindító és siettető eljárások 183
Táplálkozási irányelvek a terhességben 18
Terhesség és szülés a thorakoplastika után 109
Változás korának kezelése . . 101
Vitaminok jelentősége a szülészet- és nőgyógyászatban . . 45

Kérdés—Felelet

Betegszoba fertőtlenítésére hány formalin pastillát használjunk? 16
Bőr fényérzékenysége mikép szüntethető meg? 110
Fertőzött faecalia trágyázásra alkalmas-e? 52
Friss luesben szenvedő bába, eltiltható-e a gyakorlattól? . . 206
Gyomorcső levezetése folytán létrejött szerencsétlenségért kit terhel felelősség? . . . 146
Hatóságilag kórházba utalt beteg ápolási költségét ki fizeti? 162
Kártérítési kérdés 64
Két körorvos közül ki az előljáróság tagja? 4
Közgyógyszer ellátásra igénnyel bíróktól kérhet-e a hatósági orvos díjazást? 68
Községi jegyző rendelkező formában utasíthat-e orvost egészségügyi dolgok elvégzésére? 142
Községi orvosok irodaszer és nyomtatvány szükségletének ellátása hogy történik? . . 32
Lázas cukorbajos betegnek insulin adható-e s mennyi? . . 182
Natrium bensoicumnak van-e hatása a vesekőre? 194
Neuralgiás fájdalom esetén milyen %-u alkoholból mennyi adható inpjectióban? . . . 142
Scarlatina és gyógysavó . . . 214
Tisztiorvosok magánpraxisa . . 134
Typhus abdominalissal kapcsolatos óvintézkedések . . . 118
Urticaria és Quinke oedemáról . 214

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

	oldal
Alföldy Jenő	146
v. Ambrus József	133
Ambrus Matild	43
Atzél Elemér	4 32 68, 82, 134 142 162
Bartók Imre	51 153
Bíró Sándor	92
Bodnár Tíbor	210
Bodon Károly	134
Both Béla	182
Bősze Lajos	54 114
Buday László	67 128
Büchler Pál	50 126 149
Czirer László	21
Dániel Gábor	41
Detre László	60 157 186 213
Doctor Károly	15
Dollinger Gyula	57
Dudás Pál	53
Erdélyi Gyula	162
Fabinyi Géza	91
Faludi Géza	11
Faragó Sándor	100
Fekete Sándor	103 176
Fischer Ernő	60 185
Fischer István	44
Follmann Jenő	178 189
Frankl Samú	16 181
Friedrich László	47
Fritz Gusztáv	170
Gáli Géza	64
Gergely Jenő	138
Guszman József	14
György Erzsébet	150
Hainiss Elemér	214
Hajnal Tíbor	32
Hajós Károly	68 191 214
Hajós Sándor	52
Hammer Dezső	16
Haranghy László	10 31, 40, 82 85 98, 113, 122 142 165, 172, 189 202 206 210
Hazay Lajos	102
Herczog Imre	132
Horay Gusztáv	84
Ify Imre	161
Joós Ilona	52
Kerpel-Fronius Ödön	164
Kertész Tivadar	130
Kisfaludy Pál	190
Kukán Ferenc	112
Laczay Antal	64
Laub László	133
Láng Imre	107
Lányik István	110
László György	98
Lederer Emil	20
Lehner Imre	97
Lehoczky Tibor	2
Lesskó Jenő	108
Liebmann István sz. Lieberman Leo	150 209
Lőrincz Ferenc	35
Lumniczer Sándor	27
Markovits Imre	8 34
Marx József	105 198
Matits Lajos	40
Matolcsy Tamás	212
Melly Béla	158
Menyhárd Irén	32
Mező Béla	25 136
Mihálkovics Szilárd	48
Milkó Vilmos	39 64 89, 94 102 117 190, 194 202
Minder Gyula	30 58 120, 148 194
Mosonyi Albert	122
Neuber Ede	206
Nékám Lajos	110
Némai József	96 196
Németh Lajos	194
Noszkay Aurél	80 205
Okolicsányi Kúthy Dezső	118
Oláh Gábor	52
Páll Gábor	19 82
Peleskei Lajos	7 12 62, 93, 145 181
Pogány Ödön	211
Polgár Ferenc	109
Pólya Jenő	203
Preininger Tamás	112
Probstner Artur	200
Puhr Lajos	140
Puky Pál	156
Puder Sándor	12 24 48, 68, 86 106 130
Radnai Ernő	193
Rausch Zoltán	66 126
Rósa László	55
Rothman István	208
Rötth András	95
Sarbó Artur	116
Sántha Kálmán	142
Schaffler József	38 124, 182, 211
Schill Imre	86
Schranz Dénes	88 170
Sellei József	23
Sumicska Gábor	188
Skutta Árpád	118
Somogyi István	129
Soós Aladár	56
vitéz Sövényházy Ágost	184
Steiner Iván	28
Szarka Sándor	46
Szász Tíbor	121
Szegedi Sándor	90
Szemző György	174
Szentkirályi Zsigmond	169
Székely László	3 35 56 178
Szirmai Frigyes	176 185 204
Tállyai Róth Miklós	6
Thurzó Jenő	17
Torday Árpád	81 180
Udvardy László	125
Varga Aladár	106 166
v. Varga Lajos	4
Varga Péter	144 154 158 201
Vass J. Jenő	142 195
Vámossy Zoltán	8 146
Vándorfy József	45 104, 138 168
Wollek Béla	137
Zárday Imre	15 42 141, 160 173
Zemplényi Imre	152

oldal

Teljes A-V blockban hallható harmadik szívhang phonokardiographikus felvétele . 1024
Testi fogyatékosok Magyarországon 600
Tetracor és cormotyl klinikai alkalmazása és összehasonlítása 1090
Thrombopeniához társult idült fekélyes colitis 513
Thyreotoxicosis folytán jelentkező symmetrikus allergiás bőrelváltozások 492
Tokograph és tokographiás tapasztalatok 711
Tonogen (1%-os) szemészeti alkalmazása 373
Tonsillectomia evipan-natrium bódításban 41
Transsudatio szerepe az álló véroszlop elvén alapuló vérnyomásmérésben 338
Tropikus malária esetek Debrecenben 535
Trychomonas okozta fluor vitamin-kezelése 1094
Tuberculotoxikus exanthema meningitises betegen . . 220
Tüdőverőér thrombosisa terhesség alatt 176
Tüdővérrög-embóliáknak az időjárással összefüggéséről és azok keletkezéséről 3

oldal

Tükörírás agykérgi localisatiójához 503
Tüszőhormon kiválasztása . . 962
Typhus terjesztők-e a legyek? . 584
Urobilinuria klinikai jelentősége 699
Urologiai vizsgálatok sterilitásáról 706
Újfajta karleszorító eszköz . 788
Újszülöttek halála szivsövény hiánya miatt 769
Újszülöttek nemének téves meghatározása és következményei 928
Uterus aspirator alkalmazása a nőgyógyászatban . . . 799
Üregi osteomákról 264
Vagus reflexingerlékenységének jelentősége angina pectorisban 1021
Vakok irányhallásáról . . . 447
Vasektomia értékéről prostata túltengésben 361
Veleszületett bőrhiány a koponyán 272
Veleszületett kétoldali atypikus szivárványhártya-rés . . . 511
Veleszületett repülőhártya sebészi kezelése 1159
Venás légembolia keringés-kórtani kérdései 822
Veseállomány genyedése 1103 1127
Vérátömlesztés hatása a vörösvérsejt képzésre 1011
Vérátömlesztés utáni haemolytikus shok esete 494
Vércukor agyi szabályozásáról a gyermekkorban 1139
Vércukorvizsgálatok hypoglykaemiás shokban . . . 1043
Vérfehérje „kolloidképeim" diagnostikai értékéről . . 51
Vérjódszint és jódforgalom pajzsmirigy betegségekben . 1183
Vérnyomás és belső secretio kapcsolatai gyermekkorban . 996
Vérraktárak kiürülésének befolyása a vértestszámra neuropathiás egyénekben . . . 1019
Videa a rachitis gyógyításában 902
Világrahozott facialis és abducens bénulás 423
Villamos áramcsapás későbbi következményei 21
Megjegyzés a cikkre . . . 68
Vitaminok haszna a sebészetben 486
Vizsgálatok a porphyriák köréből 994
Vörhenyesek diphtheria-fogékonysága 1065
Wilson pseudosklerosis szokatlan tünetcsoporttal . . . 917
Zsíranyagforgalom cerebralis szabályozásáról 336

RÖVID KÖZLÉSEK A TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSI GYAKORLATBÓL

oldal

Hólyagképződés akasztás esetén 588
Két holttest feldarabolásának érdekesebb esete 24

oldal

Öngyilkosság gyanus esete . . 614
Rekeszizomsérv által okozott hirtelen halál 588
Rohamos szülés árnyékszéken 374
Salak gázok okozta halálesetek 537

oldal

Szokatlanul elágazó akasztási barázda 1143
Tréfából okozott halálos végű villanyáram baleset . . . 587

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

oldal

Agydaganatok korai felismerése 551
Aulus Cornelius Celsus az ókor urologusa 787
Az ember az ismeretlen . . . 353
Billroth és Johannes Brahms barátsága 304
Bolyai János idegvilágáról 911 938
Cerebralis tünetek endarteriitis obliteransban a thorotrast angiographia és az enkephalographia combinatiójának diagnostikai jelentősége 575
Chronaxiáról újabb ismereteink 691

oldal

Csecsemőkori pylorus passagezavar műtéti indicatiója . . 184
Daganatok kórfejlődése . . 623
Debreceni m. kir. Tisza István Tud Egyetem I. éves hallgatóinak átvizsgálásáról egészségügyi szempontból . 159 187
Egyetemi gyógyszertár felállításának tervezete 1813-ban 156
Gyógyszertan haladása Balassa óta 1055 1081 1107
Házi és intézeti szülészeti eredmények az új Szülészeti Rendtartás gyüjtőkimutatásai alapján 71

oldal

Kaloriás nystagmus felfedezése 836
Válasz a cikkre 885
Kisérleti adatok a colitis serumkezeléséhez 259
Leiter Jakab 327
Megemlékezés Jendrassik Ernőről 955
Mussolini megmenti az emberiség legszerencsétlenebbjeit 1148
Nyelvfekélyekről 1200
Olasz gyarmati háború egészségügye 253 278
Olasz gyarmati háború egészségügyi mérlege 1050
Orvosok az igazságszolgáltatásban 743

	oldal
Rák kétszázéves leírása . . .	522
Sárgaság sebészetének kérdéseiről	331
Stahly Ignác szerepe a pesti kolerazavargásokban (1831)	522
Szívburok lobja	791
XVI. századbeli syphilis-kézirat a budapesti bőr- és nemikórtani klinika könyv- és kézirat-kincseiből	545
Tuberculosis és rákkérdés . .	763
Vízellátás Buda ostroma alatt .	859

ÉLETRAJZOK, NEKROLOGOK, UTILEVELEK, CONGRESSUSI JELENTÉSEK

	oldal
Atheni nemzetközi diákegészségügyi congressus . . .	1123
† Bárány Róbert	382
† Charles Nicolle	405
Egy orvos benyomásai 7 éves iráni tartózkodás után . .	570
Hóman Bálint diszdoktorrá avatása Berlinben	549
† báró Kétly László	863
Korányi Sándor 70 éves . . .	621
Krepuska Géza 75 éves . . .	1049
Londoni II. mikrobiologiai congressus	838
Magyar Orvosi Nagyhét megnyitó ülése	550
MON hatodik ü'ésszaka . . .	573
Nobel dijas orvosok	1077
Nyomorékügyi Világcongressus Budapesten	693
† Pavlov Iván	231
† Poór Ferenc	407
Rákkutatás és a rákelleni küzdelem második nagygyülése	980
Spemann, az orvosi Nóbel-dij nyertese	65
Üdvözlet Itáliából a magyar orvosoknak	1198
Welcome-féle orvosi múzeumok	813

ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

	oldal
Aktualitások 356 765 862 . . . . . 933 1005	1029
Az 50 éves Országos Közegészségügyi Egyesület	1219
Belügyminiszter és közegészségügy	571
Budapest fürdőpolitikája . .	741
Egy érdekes könyv. (Magyarország népesedési viszonyai-1920—32-ig).	256
Eötvös Loránd rádium- és röntgenintézet	521
Faluegészségügy	1099
Klinikák collaborálása . . .	1053
Köszöntő	599
Közegészségügyi kormányprogramm	66
Magyar magaslati üdülőtelepek szükséges voltáról . . .	89
Mátra fejlesztésének kérdései .	884
Mezőgazdasági népbiztosítás .	1221
Nyelvművelés	1226
Országos Közegészségügyi Intézet 1934. évi jelentése	108 131
Orvosi Kamara feladatai . .	28
Orvosi Kamarák megalakulása	692
Orvosi mesterszavak orthographiájához	306
Önkéntes könnyű-halál . . .	29
Rákelleni küzdelem szervezése Franciaországban . . .	762
Törvényjavaslat a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények módosításáról	227
Tünődések „Az ismeretlen ember" felett	404
Typhus abdominalis elleni indirect immunisálás terve .	1196
Typhus ellen indirect immunisálás kiegészítése	1225
Új egyetemi klinikák . . .	1147
Verebélÿ Tíbor, az orvosi kamara elnöke	1048
Vörös-Kereszt és a vérátömlesztés	1100

SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

oldal

v. Ambrus József 896
Angyal Lajos . 31
359, 386, 555, 863
Aradszky György 1063
Armentánó Lajos 383
935
Aschoff Lajos . 111
136
Augustin Vince 439
Ángyán János . 1151
1175

Babits Antal . . 267
Balassa Kálmán . 754
Balázs Gyula . . 630
Bak Mihály . . 924
Bakács György . 99
825
Bálint Sándor . 423
Bárdossy István 529
670
Beck Henrik . . 207
Belák Sándor . 623
Benedek László . 455
575 839
Benkovich Géza . 457
Bensáth Aladár . 935
v. Berde Károly . 407
Berencsy Gábor . 465
Bernovits Mária . 447
Beznák Aladár . 232
Béres Tíbor . . 935
Binder László . 632
Bíró Imre . . . 627
Bíró Sándor . . 863
Bobory Béla . . 533
Boér László . . 170
Bodon György . 845
934, 941 969
Bodon Károly . 792
Bokrétás András 1164
v. Borsos László 209
1161
Böhm István . . 1086
Bródy Sándor . 878
Bud György . . 683
733 1163
Bugyi István . . 671

v. Czabafy András 513
Csajághy Márta . 503
Csapó József . . 284
Csekey László . . 21
214
Csépai Károly . 812
Csillag Sándor . 120
Csinády Jenő . . 1133
Csomay Imre . 561
Csont László . . 900
Csőke László . . 685

oldal

Dapsy Endre . . 1136
Darányi Gyula . 405
839
v. Dániel Elemér 147
948
Deák Lajos . . 571
Dick Endre . . 494
Dobos Ferenc . . 922
Dollinger Gyula 500
Donhoffer Szilárd 1151
Dubóczky Béla . 51
Dzsinich Antal . 508
1092 1211

Egedy Elemér . 659
Elischer Ernő . 197
Endersz Frigyes 1208
Erdélyi Gyula . 922
1101
Erdélyi Mihály . 211
Erdős József . . 877

Faragó Ferenc . 479
Faragó Pál . . 239
Faragó Sándor . 713
Fauszt Imre . . 439
Fazakas Sándor . 511
532 576
Fekete Sándor . 235
Fejes Katalin . 996
1093
Feledy Kálmán . 612
Fényes István . 58
189, 261 1151
Flesch Ármin . 806
Flesch István . 420
Fiessinger Noël . 314
Frank László . . 778
Frankl József . . 990
Friedrich László . 199
Friesz Jenő . . 853
Fornet Béla . . 259

Gajdos Alfréd . 314
Gajzágó Dezső . 815
842
Gárdonyi József . 789
Gáspárdy Géza . 712
1067
Germán Tíbor . 914
Gidró László . . 415
Gondos Miklós . 729
Göczy Lajos . . 610
670
Gömöry Pál . . 804
Görög Dénes . . 587
Greiner Irén . . 59
Grósz István 557 893
Guszich Aurél . 435
György Ede . . 100
139 919
Győry Tíbor . . 156

oldal

Hady Antal . . 167
Hainiss Elemér . 184
1201
Haintz Ödön . . 122
Hajós Károly 239 646
Hajós Sándor . . 319
Haranghy László 24
K. Haspel Lujza 219
Haszler Károly . 174
Heinrich Emil . 1226
Herein Edith . . 663
Herman János . 971
Herman Károly . 397
v. Herczeg Árpád 545
814
Herczfeld L. Erzsébet . . . 272
Herzóg Ferenc . 91
482 955
Heténvi Géza . . 1053
Héjja Pál . 253 278
522, 859 1050
Hidassy Dezső . 537
588 614
Hofhauser János 987
Hollósi Károly . 34
78, 313, 469 776
864
Horányi Béla . 608
945 1043
Horn Zoltán . . 582
Horváth Mihály . 600
Huzella Tivadar . 66
356
Hüttl Tivadar 3 839

Illényi András . 1189
Illyés Géza . . 1103
1127

Jakob Mihály . . 675
Jankovich László 1143
Jáki Gyula . 361 418
Jenő Andor . . 1215
Johan Béla . . 599
Joós Ilona . . . 584
Jósa László 217 271
297 973
Julesz Miklós . 369
460
Jung Géza . 441 525

Kacsmár Sándor . 321
Kalapos Imre . 307
Kassay Dezső . 41
Kasztriner Iván . 786
Kálnoki Kis Jenő 734
Keleti József . . 1221
Keller Kálmán . 93
Kemény Ernő . . 1066
Kemény István . 244

oldal

Kenyeres Balász . 743
Kerekes György . 493
Kerpel Fronius Ödön . . 367 431
Kinczler Mihály . 714
Kiss Pál . . 58 198
652, 808, 898 1141
1188
Klamartsik Antal 1088
Kleiner György . 295
Kollarits Béla . 23
Kollarits Jenő . 89
v. Kolta Ervin . 613
Kopits Imre . . 709
Korányi András . 579
Kotra Ferenc . . 662
Kovács Ferenc . 71
Krompaszky Tíbor 56
Krompecher István 14
Kubányi Endre . 951
Kulcsár Margit . 145
344
Kulitzy Géza . . 904
Kup Gyula . . . 492

Lajos Sándor . . 471
Laubái István . 827
László Géza . . 1090
László Tíbor . . 214
1043
Lehoczky Tíbor . 917
Léránth Géza . 778
Lévai Mihály . . 232
Loránd (Lőwi) Sándor . . . 771
Lorenz Hugó . . 1116
Lőrincz Béla . . 739
Lőrincz Ferenc . 695
723
Ludo van Bogeart 551
Lusztig Józsa . 297

Magyar Imre . . 1041
Magyary Kossa Gyula . 328 525
Maio Mario . . 338
Makara György . 695
723
Manninger Vilmos 573, 647 763
982
Marcinkievics Andor . 815 842
Margitay Bech Endre . . . 804
Markó Viktor . . 1111
Markos György . 585
Markovics Dezső . 634
Marno Sári . . 853

oldal

ifj. Marsovszky Pál 336
Matolcsy Tamás . 194
264 1159
Melczer Miklós . 606
Melly Béla 411 706
941 969
Mester Endre . . 117
Mező Béla . 767 959
Mészáros Károly 827
887
Milkó Vilmos . . 331
598
Mittag Margit . 1151
Molnár István . 336

Molnár Vilmos . 422
Móra Sándor . . 101
Moritz Dénes 19 220
344
Mosonyi Albert . 306
Mosonyi János . 81
465
Mosonyi László . 796
822, 1014 1021
Müller Ferenc . 247
926
Müller Vilmos . 678
1149
Nagy Mihály . 997
1023 1114
kaáli Nagy Sándor 1198
Nánásy László . 560
Nemecskay Tivadar 445
Nemes J. György 1213
Neuber Ede 159 187
1125
v. Novák Ernő . 1060

Okolicsányi-Kúthy Dezső . 763
Oppe Sándor . . 214
Őrffy Lajos . . 868

Palcsó Bálint . . 731
Pap Zoltán . . . 75
Papolczy Ferenc . 975
Patat Pál . . . 557
Paul Benő . 408 527
890 1211
Páll Gábor . . . 1007
Pásztor Mihály . 142
Perényi Gábor . 691
Pernyész Sándor . 622
Petrányi Győző . 1133
Petrilla Aladár . 288
Pollák Lili . 200 877
Pólya Jenő . . 38
Possaghi Ubaldo 1186

oldal

Puky Pál . . . 1044
Radnai Pál 655 680 718, 796, 822 998 1021
Radványi Géza . 1024
Rakonitz Jenő . 1179
Rausnitz Erzsébet 1139
Razgha András . 307 338 727
Rácz Benő . . . 756
Recht István . . 97
Reichenfeld László . . . 1204
Rejtő Kálmán . 871
Rejtő Sándor 382 886
Remete Tíbor . 371 295
Réthy Aladár . 896
Roboz Pál . . . 1139
Róna Zoltán . . 68
Roth Imre . . . 994
Rusznyák István . 935
Rutich Jenő . . 291
Ruzicska Gyula . 310 340
Sakel Manfred . 359 386
Sarbó Artur 749 983
Sas Loránt . . 909
Sándor István . 505 657
Schaffer Károly 404 911 938
Schaffler József 603 863
Scheffer László . 1183
Schmidt Albin . 719
Schmidt Lajos . 928
Schranz Dénes . 374
Schürger Sándor 148
ifj. Scipiades Elemér . . . 1176
Sellei József . . 851
Sereghy Emil 815 842
Simon Lajos . . 174
Sipos Károly . . 757
Sivó Rudolf 659 699
Somló Ernő . . 694
Somogyi István . 31 608
Spiera Márta . . 307
Steiner Pál . . 794
Stief Sándor . . 503
Straub János . . 1114
Sugár K. Márton 836
Surányi Gyula . 996
Szabó Károly . . 317
Szabó Tíbor . . 1166
Szappanos Gy. . 723
Szarka Sándor . 962
Szatmári Sándor 1043
v. Szathmáry Zoltán 54
Szauter Béla 535 622
Szántó Géza . . 967
Szekér Jenő . . 147
Szendey András . 636
Szendi Balázs . 364 389, 769 818
Szent-Györgyi Albert . . . 935
Szent-Györgyi Nándor . . . 508
Szentkirályi Zsigmond . . 510
Szerb György . 711
Széky Antal . . 483
Szép Jenő 752 873
Szold Endre . . 80
Szolnoki (Szüsz) Ferenc . 950 1037
Sztehlo István 40 391
Tamási Gyula . 16
Takáts László . 1095
Tátrallyay (Wein) Zoltán 123
Teschler László . 1175
Teveli Zoltán . 16 1065 1093
Tiszamarti Antal 1227 637
Thurzó Jenő . . 455
Torday Árpád . 470
Tóth Sándor . . 176
Tóth Zoltán 373 586 637
Ujsághy Pál 443 489
Vahl Vera . . 902
Valkányi Rezső . 876
Varga Aladár . 345
v. Varga Lajos . 702 1031
Váll László . . 727
Vámossy Zoltán . 108 133, 231, 257 522 550, 573, 621 742 1049, 1050, 1054 1055 1077, 1081, 1107 1148 1198, 1221 1228
Vásárhelyi Béla . 849
Verebélÿ Tíbor . 1200
ifj. Verebélÿ Tíbor 1035
Veress János 536 669
Vetter Ambrus . 293
Végh József . . 241
Végh Pál 408 527
Vitályos András 170
Wallner Emil . . 561
Weinstein Pál . 829
Winkler Erzsébet . . 369 460
Wirth József . . 466
Wollek Béla . . 145
Zágon András . 269
Zárday Imre 82 1016 1079 1157
Zemplén Béla . 488
Zemplényi Imre . 29 68, 357, 589 693 766, 862, 884 934 1006, 1029 1100
Zich Sándor . . 1019
Zoltán László 114 486 750

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Terhességi röntgenártalmak.

(Röntgensugarak által okozott pete- és magzatsérülések.)

Emberi magzatoknak röntgenezés után bekövetkező intrauterin sérülésére vonatkozólag az irodalomban annyi heterogen és egymásnak ellentmondó észlelés és vélemény látott napvilágot, hogy nem csoda, ha a gyakorló orvos e kérdésben teljesen tájékozatlan.

A nőgyógyászok és röntgenorvosok ezirányú megfigyeléseit és az azokból leszürt tapasztalatokat az alábbiakban foglalhatjuk össze.

A röntgensugár okozta petesérülések származhatnak a conceptio előtti és utáni besugárzásokból. Az irodalomban annak a kérdésnek eldöntésére, hogy a röntgenezett pete conceptio előtti esetleges sérülése az utódra milyen veszéllyel járhat, számos állatkisérlet van. Igen kevés azon esetek száma, amelyek emberen tett észlelésről számolnak be. Külön kell tárgyalnunk a férfi, külön a női csirasejtek sérüléseit és az azok kapcsán tett tapasztalatokat.

A röntgensugár hatására a himcsirasejteken a herében észlelhető elváltozásokat állatkisérleteken tanulmányozták. Igen nagy dosisokra beálló herenekrosisok alkalmával makroskoposan a besugárzott here fehérebb, a a széli rész oedemásan beivódott. Mikroskoposan a spermaképződés teljes megszünése látható. A besugárzás után közvetlenül megszünik a magoszlás. A nagy spermatocyták száma erősen csökken, a chromatin szétesik. Relative legellenállóbbak a kész spermaszálak, kevésbbé a spermatocyták és még kevésbbé a spermatogoniumok. Az elpusztult herecsatornácskákban mindig vannak olyan Sertoli-sejtek, melyek a falról in toto leváltak és a csatornát eltömeszelik. A Sertoli-sejtek magjában soha nincs sérülés. A resorptio alkalmával a canalisok alakja nem változik. A közti szövet szaporodik. A degeneratiós jelenségek kb. egy és fél hónapig tartanak, ekkor kezdődik a regeneratio. Therapiás dosisokra nekrosis nem következik be. Ilyenkor legfeljebb a spermaképződés kisebb-nagyobb zavara jöhet szóba, mely a spermasejtek fejlődési fokozatának fentebb említett sorában állhat be. Nagyobb dosisokra teljes azoospermia jöhet létre, mely az elváltozások nagyságától függően rövidebb-hosszabb ideig állhat fenn. A mellékhere legtöbbször csak kisebb elváltozást mutat. A sugárhatás tehát a dosisoktól függően először a csiraképző sejteket, azután a védőapparatust (Sertoli sejtek, köztiszövet, vérerek, kötőszövet) támadja meg. A csirasejtek annálinkább sérülnek, minél kevésbbé differentiálódnak és főleg sokkal erősebb a hatás, ha épen karyokinesisben vannak. A regeneratio az érintetlen csirasejtszigetekből indul ki. Here atrophiát nem észleltek. Állatkísérletekben megfigyelték, hogy a csirafolyadék csökken. A potentia coeundi csökkenése nem volt megállapítható még teljes azzospermia mellett sem. Egyesek egerek heréinek besugárzása után több generatión át sem észleltek elváltozást *(Synder)*, mások pedig súlyos laesiokat mutattak ki és torzképződést észleltek *(Oscar, Günther, Hertwig)*. Természetesen az elváltozás nagysága függ attól, hogy a röntgensérülés óta mennyi idő telt el, tehát mennyire állt be regeneratio.

Röntgenezett heréjű férfiak hosszabb ideig azoospermiásak lehetnek. Sok esetben a röntgenezéssel foglalkozó orvosokon is azoospermiát találtak. Az emberi here, ha újabb insultus nem érte, öt hónappal az azoospermia beállása után újból nemzőképes. Az emberi here szövettani vizsgálata a fent leírt elváltozásokat mutatja. A regeneratio, mind morphologiailag, mind functionálisan teljes lehet.

Az 1925. évi bécsi nőgyógyászati congressuson *Seynsche* két hosszabb ideig röntgenezéssel foglalkozó szakorvos gyermekéről számolt be. Családjukban állítólag semmiféle öröklési lehetőséget kimutatni nem lehetett. Az egyik orvos gyermeke mongolismusban szenvedett, a másiké idiota volt. *Seynsche* az utódok kóros fejlődését mindkét esetben röntgensugár-okozta spermasérülésre vezeti vissza. Nagyon valószinű, hogy a torzképződés nem röntgenezés folytán, hanem más okból jött létre. Erre azonban bizonyíték nincs. Felmerül tehát annak lehetősége, hogy a röntgensugár a férfi csirasejtjében sérülést hozhat létre anélkül, hogy a csirasejt termékenyítő képességét megszüntetné és ily módon sérült utódokra vezethet.

Ha a csirasérülés lehetőségét kizárni nem is lehet, bizonyításra, sőt még valószinűsítésre is az irodalomban egyedülálló két eset nem elégséges. Intézetünkben és minden más intézetben hosszú éveken át működő szakorvosok egészséges utódokat nemzettek. Az állatkisérletek is ellentmondók. Arról sincs tudomásunk, hogy a therapiásan alkalmazott röntgenezés torzszülöttek nemzéséhez vezetett volna, bár a nemi szervek környékén számos esetben végeztünk besugárzásokat különböző betegségek miatt. Igaz, hogy ilyenkor a heréket lehető legjobban letakarjuk és védjük.

A röntgensugárnak az ovariumra gyakorolt hatását először állatokon vizsgálták. A besugárzott ovariumok histologiai lelete a következő: A csírahám változatlan és csak igen erős sugárzások után mutat részleges elhalást. Normalis dosisokra kéregsérülést nem tudtak megfigyelni. Az albuginea se mutatott strukturális eltérést. A primaer follicului azonban súlyos elváltozásokat mutatnak. A csírasejt chromatinja szétesett, nagyfokú degeneratiós jelenségek láthatók, magzsugorodás, (a protoplasma hyalinos degeneratiója), a Graf-tüszők elpusztulnak, míg a corpus luteumok sértetlennek látszanak. Az interstitialis mirigyszövet mindig sérült. *Speckt* szerint ezen elváltozások már 24 órával a röntgenezés után észlelhetők. Először a primaer follicului és az interstitialis parenchyma sérül. A Graf-tüsző sérülése csak háromszor 24 óra mulva áll be.

A női petefészek röntgensugár hatására teljesen megegyező képet mutatott. Az ovarium képletei között bizonyos sugárérzékenységi fokozatot észleltek. Legérzékenyebb a nagy follicului petesejtjeinek magja, majd a petesejt plasmája, a nagy follicului belső granulatiós rétege, a fiatal follicului pete- és epithel sejtjei, a nagy follicului külső granulatiós rétege, primaer follicului, theca interna és externa, corpus luteum véredényei, az endothel és végül a stroma. A sérülés időbeli lefolyása is megegyező az állati ovariumokon észleltekkel.

Hogy ezen elváltozások reversibilisek, az állatkisérletek is mutatják. A sugárzás után egy bizonyos dosisra végleges sterilitás áll be. Ha a dosis kisebb volt a sterilisatio csak időleges, az állatok ekkor egy bizonyos idő elteltével újból terhesekké válhatnak. Besugárzott nőkön észlelt tapasztalatok szerint a teljes castratio a bőregy-

ség dosis (HED) 45 százaléka, míg időleges castratio 34% (HED) dosisra áll be. Ezen dosis után az ovarium belső secretiós működése állítólag nem szünik meg. Némelyek szerint a belső secretio irányitását a corpus atreticum veszi át.

Állatkisérletekből következik, hogy nőkön a kisebb dosisokra beálló amenorrhoeák után a megtermékenyedés lehetősége fennállhat. Ebből kifolyólag az a veszély fenyeget, hogy egy besugárzott és igy többé-kevésbbé sérült petesejt termékenyedik meg és abortus, halvaszületés, vagy torzképződés származhat. Feltételezik, hogy a fiatal folliculusok röntgensugár által sérült petesejtjei conceptioképesek maradnak. Állatkisérletekben igen erős besugárzás után egyes esetekben torzképződést észleltek. Egyesek különbséget tesznek korai és késői termékenyítés között. Korai termékenyítésről szólunk akkor, ha a sugárhatás után közvetlenül áll be a conceptio, mivel a follicularis apparatus nem ment tönkre. Késői termékenyítéskor a conceptio hosszabb sterilitási periodus után jön létre.

Az állatkisérletek itt is különféle eredményeket mutatnak. A besugárzott nőkön tett megfigyelések sem megegyezők. Intézetünk számos tapasztalattal bír és ezek ellentmondanak *Werner* e megfigyeléseinek. Előfordult, hogy csipőizületi sarkoma miatt hosszasan sugároztunk egy beteget, ki, miután meggyógyult, más állapotba került. Gyermeke egészséges volt, úgy szellemileg, mint testileg. Nagyszámmal vannak olyan betegek, kiket különböző diagnosis alapján sugaras kezelésben részesithettünk és később egészséges utódokat szültek. Természetesen az ovariumokat a környéki besugárzások alkalmával lehetőleg védeni kell a beálló castratio veszélye maitt.

A terhesség alatti röntgensérülések és következményei. Burckhardt a terhesség első felében egereket sugárzott be. A besugárzás a terhesség megszakitását és a világrajöttek fejlődési zavarait okozta. A terhesség második felében történt sugárzások nem bírtak befolyással. *Fellner* intrauterin magzathalálról számolt be. Némelyek állatok besugárzása után torzképződést, vagy a terhesség megszakitását észlelték. A hatás a dosis nagyságától függ. Ezen kisérletekkel kapcsolatban felvetődött a röntgenabortus lehetősége. Számos szerző ennek lehetősége mellett foglalt állást. Mások nem látták bizonyitottnak az abortus ilyetén létrejöttét. Voltak szerzők, kik terhes nőkön besugárzás után abortust észleltek. *Archangelski* theoriája szerint a röntgenabortus keletkezésének okai: 1. sugárhatásra a magzatnak intrauterin halála, 2. az uterusra gyakorolt sugárhatás, 3. a sugár hatása az ovariumokra. (A corpus luteumok sérülése abortushoz vezethet, mint azt a corpus luteum operativ kiirtása mutatja.) 4. Röntgentoxinok keletkezése és azoknak a magzatra gyakorolt hatása.

A magzat sérülése létrejöhet direct sugárhatás következményeként, bár számos megfigyelés van arra, hogy relative nagy dosisok után is egészséges utódok jöttek a világra, mégis egyes szerzők röntgensérülés lehetőségét mutatták ki. Felveszik, hogy az uterus fala röntgensugár hatására sérülést szenved. *Deutsch* szerint a röntgensugár a foetus endokrin-apparatusát támadja meg. *Zappart* a terhesség harmadik hónapjában besugárzott gyermeken a születés után mongolismust észlelt. A sérüléseket általában a központi idegrendszer sérülése jellemzi, melyeken kívül különböző degeneratiós jelek léphetnek fel, (hypophalangia, a felső végtagok, a fülek, nemi apparatusok rendellenességei, stb.), melyeket csökkent fejlettség kisér. Nem tisztázott az a kérdés, hogy melyik az a dosis, mely sérüléshez vezet.

Állatkisérletekből vont következtetéseket röntgensérülésekre vonatkozólag nemcsak a faji különbségek miatt nem lehetett emberre átvinni, hanem azért sem, mert állatban és emberben teljesen mások a physikai és anatomiai viszonyok. Az állati embryo úgyszólván közvetlenül a vékony hasfal alatt fekszik, tehát a has felületére eső sugárzást jóformán gyengítetlenül kapja, míg a vastag emberi hasfalon keresztül a tetemes absorptio miatt a sugárzásnak csak egy csekély töredéke jut le a magzatig. Az állatnak, embernek kiszolgáltatható maximális sugárdosis pedig kb. egyforma. Nyilvánvaló tehát, hogy a kisérletileg besugárzott állati embryo összehasonlithatatlanul nagyobb adagot kap, mint az emberi. Kétségtelen, hogy a fejlődésben levő petesejt és ébrény a röntgensugarak irányában érzékenyebb, mint a felnőtt, ez az érzékenységfokozódás azonban korántsem akkora, hogy kiegyenlitené azt a dosiskülönbséget, melyet a vastag hasfalakon áthaladás közben a sugárelnyelődés kitesz. Akkora sugáradagokat, mint állati embryokra, emberi ébrényekre adni nem is lehet, mert ez már sokszorosan túlhaladná az anyára vonatkozó maximális adagot és gyógyithatatlan sérüléseket okozna a hasfalon. A fenti szerzők által leirt terhes nők besugárzása után bekövetkező torzszülések, abortusok, nem bírnak teljes bizonyító erővel. Igy nincs bizonyíték arra nézve, hogy besugárzás nélkül torzok ne jöhettek volna a világra, vagy abortusok nem következhettek volna be. Ezirányú megfigyelések ellen szól a fentebb leirt különbség is, mely az állati-emberi embryok között van. Nem egyszer előfordult, hogy a téves myomadiagnosis miatt besugárzott terhes asszony teljesen egészséges gyermeket szült. Sokan az irodalom ezen adatait mint lehetőséget elfogadják és terhes nőkön a genitaliák környékén therapiás sugárzásokat nem alkalmaznak.

Állatokon, különösen drosophilán (ecetlégy) végzett kisérletekben azt tapasztalták, hogy sejtsérülés következhetik be nem közvetlenül a röntgenezés, hanem csak néhány, teljesen normalisan lefolyó oszlás után. (heredocellularis sérülés.) A heredocellularis sérülések a csirasejtekre volnának fontosak, mert ezek chromatinja szolgáltatja az utódokra az átöröklött tulajdonságokat. Ha a pete a sugár hatására nem pusztul el, heredocellularis sérülést szenved, az átöröklött tulajdonságok megváltozhatnak és mutatiók jöhetnek létre. Emberen mindezideig nem sikerült lehetőségét bizonyitani és mivel létrejötte igen sok különös körülmény összejátszásától függ, valószinűleg nem is jöhet szóba.

Ha a terhes nők therapiás besugárzása a vázoltak miatt mellőzendő is, teljes nyugodtsággal alkalmazhatjuk a röntgensugarat diagnostikus célból. A különböző klinikai vizsgálatok kiegészitésére terheseken bátran végezhetünk röntgenvizsgálatokat. Felvételeket készithetünk annak legkisebb veszélye nélkül, hogy akár az anyának, akár a magzatnak ártanánk. Veszély nélkül készithetünk terhességi felvételeket is, annak különböző idejében, a magzat helyzetének meghatározása céljából. Sokszor a felvételek döntik el az ikerterhességet. Nagyon sok szülészeti intézet e felvételeket medencemérésre is alkalmazza. Az átvilágitás, vagy felvétel során az anyára, illetve magzatra jutó röntgenmennyiség túlságosan kevés ahhoz a dosishoz, mely sérülések létrejöttéhez vezethet. Nem tanácsos azonban a felvételt ugyanazon terhes nőn sokszor ismételni.

Faragó Sándor dr. egyetemi tanársegéd.

Adatok a változás korának kezeléséhez.

A legtöbb nő szervezetében többé-kevésbbé bizonyos zavarok mutatkoznak a változás korának beálltával. A mi égövünk alatt a 47-ik életév az az átlagos életkor, amikor a klimakterium zavarai jelentkezni szoktak. Az esetek 4%-ában a 40-ik életév előtt, s 1.64%-ában az 55-ik életéven túl jelentkeznek a változásra jellemző tünetek *(H. Kahr* statistikája szerint.).

Mathes észlelései szerint az alkatnak igen nagy jelentősége van abból a szempontból, hogy milyen megrázkódtatást jelentenek a női szervezetre ezek az átmeneti változások. A jellegzetes női tulajdonságokkal rendelkező *pyknika* ezt az időt minden különösebb testi és lelki megrázkódtatás nélkül éli át és ha előfordulnak is zavarok, ezek rövid ideig tartanak, s csakhamar helyreáll a testi és lelki egyensúly. Ezzel szemben *intersexualis* typusú és *astheniás* alkatú nők *Mathes* szerint „átszenvedik" a klimakteriumot. *Wiesel* is rámutatott, hogy a tökéletesen pyknikus alkatú nők külsejüket a klimakterium alatt alig változtatják, más typusok viszont és pedig különösen azok, amelyek a beteges alkat határán állnak, e szempontból igen jelentős változáson mennek át. Ezek az átalakulások egyrészt és talán elég nagymértékben lelki traumát is jelentenek, de nem kevésbbé fontosak a testi átalakulás okozta tünetek sem.

Éppen a tünetek sokfélesége és a panaszok változatossága folytán sokszor igen nehéz a klimakteriumba jutott asszonynak kezelése és megnyugtatása. Sohasem elegendő az egyoldalú gyógyszeres kezelés, mert legtöbbször a lelki tényezők vannak előtérben.

A tünetek és panaszok sokfélesége miatt célszerűnek látszik, hogy *Jaschke* és *Winter* osztályozását: a *hyperthyreotikus* és *hypothyreotikus* széválasztást figyelembe vegyük, harmadik csoportba sorozva azokat az eseteket, amelyek e két csoport egyikébe sem illeszthetők. A pajzsmirigy fontos szerepét kellően értékelve, ha beszélünk is három fontos tünetcsoportról, nevezetesen anyagcserezavarokról, melyek nagyrészt a petefészekműködés zavart működéséből, illetve kieséséből keletkeztek, valamint idegrendszeri és vérkeringési zavarokról, ez csak könnyítést jelent egy-egy eset megítélésében, de korántsem jelenti azt, hogy minden klimakteriumba került asszonyt e három csoport valamelyikébe beoszthatunk. A tüneteket nem kizárólag a petefészekműködés csökkenése, illetve hiánya okozza, hanem a szervezetben levő hormonalis lánc megbomlása, tehát több hormonalis mirigy egyensúlyzavara. Igy érthető, hogy a folliculushormon adagolása, mely a legokszerűbb gyógymód volna, néha cserbenhagy bennünket. Gyakran már kis adagokkal is (100 I. E.) látszólagos hatások érhetők el. Ezekben az esetekben azonban sokkal valószínűbbnek látszik, hogy psychés okokra vezethető vissza a javulás, mert komoly substitutiós eredményt csak nagyobb adagoktól várhatunk. 1000, 10.000, néha 50.000 I. E.-t kell adnunk, ha komoly kiesési tünetek állottak fenn, s csak lassan, fokozatosan csökkentve az adagokat tarthatjuk fent az elért kedvező eredményt kisebb (2—300 I. E.) dosisokkal. Egyesek felvetették a kérdést, hogy helyes-e egyáltalán a substitutiós therapia, nem célszerűbb-e az olyan beavatkozás, mely csak arra szorítkozik, hogy hormonadagolás nélkül tegye elviselhetővé ezt a szükségszerűen bekövetkező folyamatot. Másszóval: bízzuk a szervezetre, hogy hormonalis egyensúlya ismét helyreálljon, — ami előbb vagy utóbb úgyis bekövetkezik, s míg az átmeneti idő tart, kövessünk el mindent, hogy a jelentkező kínos tüneteket kiküszöböljük, illetőleg azokat a lehetséges minimumra csökkentsük. Ezt az elvet nem vallhatjuk, mert ha a hormonalis kezelés eredményes és keresztülvihető (sokszor anyagi nehézségekbe ütközik), úgy nincsen okunk arra, hogy más utat válasszunk. Sokszor azonban, még ha eredményre is vezet a substitutiós gyógymód, főleg a kezelés kezdetén, szükségünk van más gyógyszereknek a segítségére is. A petefészek-hormon hiánya s az antagonista hormonok túlsúlyba jutása gyakran eredményezik a sympathicus idegrendszer izgalmát. Ezért oly gyakoriak a vasomotoros rendszerre visszavezethető panaszok. A nervus splanchicussal beidegzett edényrendszerben bekövetkező görcsök a nagy hasüri erekből lökésszerűen nagyobb vérmennyiségeket juttatnak a pheripheriákra. Ezt csakhamar követik a környéki erek görcsös összehúzódásai, amelyek viszont a hasüri edények felé lökik a vért. Ezek a nagy vérhullámzások néha naponta 20—30-szor is bekövetkeznek. Súlyos esetekben vértódulás, szívdobogás, ájulás, fejfájás, szédülés, izzadás, bőrviszketés néha olyan huzamosan tartanak és sokszor ismétlődnek, hogy a beteg nemcsak munka-, hanem életkedvét is elveszti. Ezeknek a tüneteknek a csökkentésére több szerző az utóbbi években, mint igen jól bevált készítményeket a cholint tartalmazó gyógyszereket ajánlották *(Schönholtz* és *Werner, Senator, Lewy, Göczy, Barát, Markovits).*

Cholin a vérben 1.5—2.0 mg %-ban fordul elő. *Bohn* vizsgálatai szerint a cholin a vérben hatékony ester alakjában található s a normalis vérkeringés fenntartásában jelentős szerepe van. Hatása parasympathikus izgalomban nyilvánul. A parasympathikus izgalom a környéki ereket (arteria, arteriola, kevésbbé a vena) tágítja és a vasa vasorumok is kitágulnak. A cholin és cholintartalmú gyógyszerek jó hatása a görcsös érpanaszokra így érthető. Az erek táplálkozási leheaőségének javulásával a szívszorongási érzések és agyi nyomási tünetek megszünése is lépést tart.

Vizsgálataim szintén cholintartalmú gyógyszerre vonatkoznak. Megfigyelésem célja az volt, hogy lehetőség szerint, a subjectiv tünetek észlelése mellett, az erekre gyakorolt hatást valamilyen formában ellenőrizzem. A (systolés) vérnyomás mérése *Wiesel* és *Steinhardt* vizsgálatai szerint nem látszik alkalmasnak arra, hogy klimakteriumban következtethessünk a vasomotoros rendszer állapotára. Nevezett szerzők észlelései szerint, amit a mi 27 esetünk is igazolt, a klimakteriumban gyakran előforduló hypertonia nem tekinthető a változás korára jellemző tünetnek. 27 vizsgált esetünkben hypertonia 15 esetben, hypotonia 8 esetben, normalis systolés nyomás 4 esetben fordult elő. Magát a hypertoniát a normalis állapottal szemben nemcsak a systolés nyomásnak emelkedése, hanem a systolés nyomásnak az élet változó szükségleteivel járó vagy ezektől független befolyások alatt még magasabbra emelkedése és az így bekövetkezett emelkedésnek nagyobb tartóssága is jellemzi. *Kaufmann* szerint éppen a labilis hypertoniák járnak panaszokkal, az állandó hypertoniák többé-kevésbbé panaszmentesek. Ezek alapján a systolés nyomást vettem ugyan controllnak, azonban azon módosítással, hogy hosszabb nyugalom után mért systolés nyomás meghatározását egy emeletnyi magasságig fel- és lefelé megjárása követte, ezután ismét megmértem minden esetben a systolés vérnyomást.

Mind a 27 esetben szokásos étrendi előírások mellett *cholparint** adagoltam. A cholparin cholin mellett perparint, theobromint és jodant is tartalmaz. A cholin említett hatásai mellett tehát kedvező; synergeta hatásokra

* A kísérleti anyag díjtalan rendelkezésre bocsájtásáért ezúton mondok köszönetet a Chinoin-gyárnak.

is számíthatunk *(Issekutz, Januschke, Halban)*. Betegeinknek enyhébb tünetekkel járó esetekben napi 2 tabletta, súlyosabb panaszok esetén naponta háromszor 1 tabletta cholparint rendeltünk. Három betegünk már két hét után lényeges javulásról számolt be, azonban az esetek nagy részében komoly eredményt csak a negyedik hét után láttunk. Öt esetben ez még a nyolcadik hét elmultával sem következett be, miért is napi 6 tablettára emeltük az adagot. Két esetben ismét eredménytelenül.

Az említett módon elvégzett systolés-nyomás méréseink igen érdekes adatokat szolgáltattak. Nevezetesen a lépcsőnjárás után mért systoles nyomás 22 esetben mutatott rendellenes kilengést, 30—60 Hg mm-es emelkedést. A többi 5 esetben és 10 hasonló korból választott egészséges asszonyon végzett ellenőrző vizsgálat csak 10—20 Hg mm emelkedést mutatott. A systoles nyomás kilengése 16 esetben nyolc heti kezelés után 20—30 Hg mm-nél nem volt nagyobb. Kilenc esetben ez a javulás négy hónap elteltével következett be, két esetben pedig nem láttunk javulást.

Megfelelő diatetikai előírások — melyek úgy a szellemi, mint a fizikai életre vonatkoztak — elhagyása vagy könnyenvevése mindig bizonyosfokú visszaesést jelentett. A klimakteriumban jelentkező kínzó tünetek kiküszöbölése, illetőleg azoknak a lehetséges minimumra csökkentése tehát nem történhetik egyoldalúan. Bár nagy segítséget jelent a substitutiós kezelés és minden olyan gyógyszer, amellyel a tünetek egyikét-másikát kiküszöbölhetjük, azonban csak ilyen módon célt érni nem fogunk. Kezelt betegeink kikérdezése alkalmával csaknem minden esetben azt láttuk, hogy a változás korának beálltával olyan lelkiproblemák kerülnek a nő életébe, melyeknek kiküszöbölése sokszor igen nehéz, s csaknem mindig igen hosszadalmas feladat. A csökkentértékűség, a megnemértettség, valamint az öregedéstől való félelem a leggyakoribb panaszok, s különösen akkor nehéz a befolyásolásuk, ha gyermektelen asszonyról van szó.

Összefoglalva az elmondottakat:

Megfelelő étrendi előírások mellett a változás korában jelentkező vérnyomásingadozások cholintartalmú gyógyszerekkel (eseteinkben cholparinnal) jól voltak befolyásolhatók.

A systoles vérnyomás egyszerű mérése helyett — minthogy a klimakteriumra nem annyira a magas vérnyomás, mint inkább a labilis hypertonia jellemző — jobbnak látszik, ha azt bizonyos munka elvégeztetése előtt és után mérjük.

Hazay Lajos dr.
I. női klinika gyakornoka.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Könyökficam utáni tüdőgyulladás baleseti eredetű volt-e?

A baleseti összefüggések és kártalanítási igények elbírálásához nem mindig elegendő, ha csupán a baleset közvetlen következményeit tesszük vizsgálat tárgyává. Gyakran előfordul, hogy mérlegelni kell olyan károkat is, melyeket ugyan a balesettel nem közvetlenül összefüggő, de mégis azzal kapcsolatos távolabbi körülmények idéztek elő. Ez utóbbiakhoz számíthatjuk a kórházi ápolás ideje alatt szerzett betegségeket is, aminek megvilágítására szolgálhat az alábbi tanulságos eset.

M. J. 43 é. gazdasági munkás 1934. okt. 6-án sáros földön elcsúszott és balkönyökét kificamította. A m.-i kórházba vették fel, ahol ficamát helyreigazították és továbbra is mint fekvő beteget kezelték. A sérült 10 nappal felvétele után tüdőgyulladást kapott, miért is a belgyógyászati osztályra helyezték át, honnan két heti kezelés után okt. 24-én javult állapotban hazabocsátották. Otthoni tartózkodása alatt is állandóan betegeskedett, lázas volt, úgy, hogy dec. 12-én ismét be kellett szállítani a m.-i kórházba. Itt azután megállapitották, hogy tüdőgyulladás utáni genymell keletkezett, miért is a betegen bordacsonkolást végeztek és jun. 25-én bekövetkezett gyógyulásáig ápolták.

Ezek után a sérült munkaadója kéri a kórházi ápolási költségek megtérítését, amit az Orsz. Gazd. Munkáspénztár azzal az indokolással utasít el, hogy az empyema nem volt baleseti eredetű, miután a baleset alkalmával a mellkast külső erőművi behatás nem érte.

E határozat ellen a munkaadó fellebbezést nyújt be, hangoztatván. hogy a genymell és baleset között okozati összefüggésnek kellett lennie, mert sérült a kórházból gyógyulatlanul távozott és azóta is állandóan betegeskedett.

Megkeresésre a m-i kórház igazgatósága közli, hogy az okozati összefüggés tényleg lehetséges, mert sérültnek könyökficama miatt a kórházban hosszabb ideig feküdnie kellett. A tüdőgyulladás kifejlődése e fekvéssel, a genymell viszont a tüdőgyulladással hozható kapcsolatba.

A pénztár főorvosa e magyarázatot nem tartja kielégitőnek, mert szerinte könyökficammal hosszabb ideig feküdni nem szükséges s így megint csak javasolja az igény elutasítását.

Ezek után a felülbírálatra felhívott Orsz. Közegészségügyi Tanács a következő szakvéleményt adja:

A rendelkezésre álló adatokból tényként megállapítható, hogy M. J. baleseti sérültön, akit könyökficama miatt a m-i kórházban ápoltak, kórházi tartózkodásának 10-ik napján tüdőgyulladás, kibocsátása után pedig genymell lépett fel, mely újabb kórházi ápolást tett szükségessé. A genymell nem tekinthető valamely újabb, a tüdőgyulladástól függetlenül keletkezett betegségnek, mert több, mint valószinű, hogy az a tüdőgyulladásból annak szövődményeként fejlődött ki s így azzal okozati összefüggésbe hozható. E mellett szól 1. az az általános tapasztalat, hogy genymell, mint késői szövődmény gyakran csatlakozik tüdőgyulladáshoz. 2. hogy a fennforgó esetben sérült a kórházból távozásakor még nem volt egészséges, hanem megszakítás nélkül betegeskedett mindaddig, amíg a kifejlődött genymell tüneteivel újra kórházba nem került.

Ami már most a tüdőgyuladásnak a könyökficammal, tehát a balesettel való összefüggését illeti, arra nézve nem lényeges körülmény az, hogy a sérült könyökficamával hosszabb ideig feküdt-e vagy sem, mert a tüdőgyulladás létrejöhet gyógyintézetben tartózkodás folyamán, fekvés nélkül is specifikus fertőzés által. Kórházban, ahol számos beteg tartózkodik állandóan egy közös kórteremben, ilyen házi fertőzés nem tartozik a ritkaságok közé. Sérült tüdőgyulladása a kórházi ápolás 10-ik napján lépett fel, tehát nagy valószinűséggel feltehető, hogy a fertőzést nem kivülről hozta magával, hanem az magában a kórházban történt. Miután pedig a kórházi ápolást baleseti sérülése (könyökficam) tette szükségessé, a balesetnek úgy a tüdőgyulladással, mint az ebből származott genymellel való okozati összefüggését meg kell állapitani.

Milkó Vilmos dr.
egyetemi rk. tanár.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A női nemzőszervek tuberculosisa.

Ha figyelemmel kisérjük nagyforgalmú nőgyógyászati intézetek közleményeit, akkor az a benyomásunk támad, hogy a női nemzőszervek tuberculosisa igen ritka megbetegedés. Rendszerint több év telik el, amíg egy-egy intézet 20—30 megbetegedésről beszámolhat. Ebből azonban csak az következik, hogy ritkán kórismézik a nemzőszervek tbc-át. A német nőgyógyászok sterilisatiós műtéteik alkalmával ismételten találkoztak tbc-sal olyanokon, akiken sem a tapintási lelet, sem a klinikai tünetek nem utaltak erre a megbetegedésre. Az ilyen nőkön legfeljebb a havi vérzés zavara, vagy a méh csökkent fejlettsége s általános panaszok, elfáradás, gyengeség, mutattak arra, hogy valami nincs rendben.

A női nemzőszervek tbc.-a rendszerint másodlagos s a vér-nyirokkeringés útján, továbbá a hashártya felől terjed rá a kürtökre, a méh hashártya borítékára s igen ritkán a petefészekre. Primaer infectio a vulva, portio s endometrium tbc-a esetén előfordulhat. A belső nemzőszervek tbc-a kezdetben alig okoz tünetet, később a chronikus gyulladás kórképét mutatja, amelyhez esetleg ascites társul. A tbc gyanuja akkor ébred fel, ha a szervezetben másutt is megtaláljuk a tbc gócot, — ha a kürtökön kitapintható elváltozás torpid, lobellenes s felszívó kezelésre rosszul reagál — ha a resistentia tömött, szegletes, — ha a hashártyán göböket találunk. Megerősíti a gyanut, ha subfebrilis hőmérsék, gyorsult vörösvérsejtsűllyedés mellett a betegség előrehaladottabb formájában is hiányzik, vagy csak kisfokú a leukocytosis, úgyszintén, ha relativ lymphocytosis van. Biztossá akkor lesz a kórisme, ha a hasat megnyitva látjuk a tbc-s elváltozásokat s ha a kivett darabkák szövettani vagy bakteriologiai vizsgálata a jellegzetes képet mutatja. Az immunbiologiai eljárások a női nemzőszervek tbc-a esetén biztos eredményt nem adnak.

Pedig éppen a tbc diagnosisa igen fontos volna. Elkerülhetnénk biztos diagnosis esetén az eredménytelen lobellenes felszívó kezelést. Hamarabb alkalmazhatnánk a gyógyító sugártherapiát. A betegség kezdetén kis műtéti beavatkozással is biztosíthatnók a gyógyulást. Biztos diagnosis hiányában rendesen tbc vagy rosszindulatú daganat gyanuja miatt nyitjuk meg a hasat; a rosszindulatú folyamatok tünetei ugyanis nagyon hasonlítanak a tbc-hoz: a tapintható elváltozás, ascites, subfebrilitas, gyors vérsejtsűllyedés, a leukocytosis hiánya, általános panaszok.

Rendesen csak hosszabb észlelés után szánjuk rá magunkat a has megnyitására. A fentemlített tünetek egynémelyike, így a hőemelkedés s a gyorsult vérsejtsüllyedés más eredetű adnexum-gyulladás esetén műtéti ellenjavalatot képez s ettől csak abban az esetben tekintünk el, ha tbc-ra vagy rosszindulatúságra van gyanu. Igy mi 20 esetünk közül 10-ben hőemelkedés vagy gyorsult süllyedés dacára végeztük a hasmetszést.

Műtéteink rámutatnak arra, hogy a női nemzőszervek tbc-a rendszerint csak akkor okoz komoly tünetet, ha a folyamat már nagy fokban előrehaladt. 20 esetünkből 14-ben kénytelenek voltunk az explorativ hasmetszéssel beérni, mert a tbc. már ráterjedt a hashártyára, belekre. A radikális műtét erőszakolása ilyen körülmények között nemcsak céltalan, de káros is, mert az összenövések megbontása esetén a bélfal sipolyképződésre hajlamos s a hashártya gyógyulási képessége tbc esetén kifejezetten csökkent. Maga az explorativ hasmetszés — különösen helyi érzéstelenítésben végezve — még legyöngült szervezetre sem képez veszélyes beavatkozást, a radikális műtét viszont erős összenövések, nagy kiterjedésű folyamat mellett lényeges halálozással jár. De nem is szükséges a beteget ilyen veszélynek kitenni, mert a műtéti gyógyulás után bevezetett enyhe röntgenbesugárzás sokszor teljes gyógyulásra vezet. 14 explorativ hasmetszés után 9 beteg állapotáról van tudomásunk, ezek közül 8 évek mulva is egészséges, 1 pedig általános tbc-ben meghalt. Ugylátszik, hogy az explorativ műtét elősegíti a sugárzás gyógyító hatását, talán olyan módon, amelyet ma protoplasma aktiválásnak nevezünk. Egy esetemben ugyanis, ahol sokszoros tbc (tüdőfolyamat, csigolya caries, tbc. adnex) miatt hasmetszést nem végeztem, a fiatal beteg miliaris folyamatban csakhamar elpusztult.

Kedvezőbb a női nemzőszervek tbc-ának gyógyítása azokban az eestekben, ahol a műtét alkalmával a folyamat még nem nagy kiterjedésű s a beteg petevezetők eltávolíthatók. 6 ilyen esetem volt, ezek közül 5-nek a sorsáról tudok; mind meggyógyult és évek óta munkaképes. Radicalis műtét után is ajánlatos a sugártherapia.

Négy betegünk esetében az endometriumon, illetve a portio vaginalis-on volt a tbc folyamat. Ez esetekben a kaparék, illetve a próbakimetszés szövettani vizsgálata biztosította a diagnosist. Egy esetben rákkal volt szövődve a portio tbc-a, itt radiumkezelés ellenére a rákos folyamat kiújult. Másik 3 betegem meggyógyult; egyiken radiumkezelést, másikon röntgenezést végeztem, a harmadik napkurát folytatott.

A női nemzőszervek tbc-a esetén a műtét rendesen a diagnosis biztosítása végett is szükséges. Nagy beavatkozást ne végezzünk; a célszerűen keresztülvitt sugárkezelés az esetek nagy többségében meghozza a gyógyulást. Nem felesleges ennek a mérsékelten aktiv álláspontnak az ismertetése, mert a legújabb közlemények indokolatlanul a teljes radikális műtéti beavatkozást ajánlják.

Fekete Sándor dr.
egy. magántanár.

A bélvérzések elkülönítő kórisméje.

Vérnek a székben megjelenésekor azt kell megállapítanunk, hogy a vérzés a bél melyik szakaszában jött létre és hogy mi az a kóros folyamat, amely a vérzést létrehozta. Ezen kérdések eldöntése egyes esetekben a fennálló, jellegzetes többi klinikai tünet segítségével igen könnyű, máskor azonban nagy nehézségbe ütközhet. A vérnek a székben megjelenési alakja nagy mértékben függ attól, hogy az mennyi ideig tartózkodott a bélcsatornában. Ha a vérzés után a vér gyorsan kiürül, úgy megtartja eredeti piros színét. Ha azonban a kiürülés csak hosszabb-rövidebb időre történik, úgy a vér a bélben elbomlik, a vérfesték átalakul, s a vörös szín barna, ill. barnásfekete színbe megy át. Azt azonban csak nagy általánosságban mondhatjuk, hogy mennél magasabb bélszakaszban jött létre a vérzés, annál tovább marad a vér a bélcsatornában és fordítva. Pusztán a vér külemében tehát a vérzés helyére csak bizonyos fenntartással következtethetünk. Ha a vérzés a vékonybélben jött létre, úgy rendszerint a vér a székben a többi béltartalommal egyenle-

tesen elkeveredve található. Ilyenkor, nem nagyfokú vérzés esetében szabadszemmel felismerése csak ritkán sikerül. Ezért fontos a bélvérzésnek már a gyanújakor is, hogy a székben az occult vérzés vizsgálatot az ismert, könnyen keresztülvihető módszerekkel elvégezzük. Nagyobbfokú vérzés a vékonybélben rendszerint pépes, fekete, szurokszerű székhez vezet. A vastagbélben végbement vérzés esetén a vért a szék többi alkatrészeitől különállólag, ezek mellett, vagy ezek felületére rárakódva találjuk. Igen fontos a székben előforduló többi kóros alkatrész megfigyelése is, amely a vérzést kiváltó folyamatra enged következtetni. Ha a véren kivül nyákot is találunk, úgy ez hurutos folyamat jele, genynek a jelenléte fekélyes elváltozásokra mutat. — Ha bélvérzésre van gyanunk, úgy minden esetben el kell végeznünk a végbél digitalis vizsgálatát. Ennek az elmulasztása műhiba.

Bélsérülések esetén, mégha azok a bélfal nagyobbfokú zúzódásával járnak is együtt, igen ritkán mutatkozik véres szék. A vérzés rendszerint a szabad hasüreg felé történik. — Invaginatio esetében a hirtelen keletkező, viharos tünetek igen erős hasi fájdalmakban nyilvánulnak. A jellemző, véres-nyákos székek annál később jelennek meg, minél magasabban fekszik a kóros folyamat. — Viszeres pangás a bélben szívbajok, májzsugorodás kapcsán rendszerint csak occult vérzést okoz. A bél ütőereinek az elmeszesedése gyakran ismétlődő kisebb vérzéseket hozhat létre, amely sokszor a betegség egyetlen tünete. — A mesenterialis erek emboliájakor, thrombosis alkalmával a hirtelen, igen erős fájdalmakkal, hányással járó kezdet után hasmenés mutatkozhat. A szék rögtön, vagy rövid idő mulva szurokszerű, bűzlő. A vérzés felléptével a fájdalmak erőssége egy időre csökken, hogy azután a hashártyagyulladás tüneteinek adjon helyet. — Aranyér esetén a vérzés gyakorisága és foka igen változatos lehet. Kezdetben csak időnként és kisfokban mutatkozik. Később, főleg kezeletlen esetekben mind gyakoribbá, s végül állandóvá válik. Rendszerint a székeléskor ürül a széktől elkülönítve néhány csepp — 1—2 kávéskanálnyi friss piros vér. Ha a bajt a végbél hurutja is kiséri, úgy a székhez nyákcafatok is járulnak. Hasonló jellegű vérzést láthatunk a végbél rhagadjai, polypusai esetében is.

Heveny enterocolitisek esetén a székben található nyák az esetek ⅓-ában vérrel van keverve; idült folyamatokban a vér már ritkább. Ha a hurut az egész bélcsatornára kiterjed, ezen kóros alkatrészeknek egyenletes elkeveredését látjuk a székben. Csak a vastagbél hurutjakor a véres-nyákos részek a szék többi részétől elkülönítve találhatók. Colitis ulcerosa gravis esetében a vér és nyákhoz geny is társul. Vér rendszerint nincs nagy mennyiségben, néha azonban a betegség lefolyása alatt igen erős bélvérzések is mutatkozhatnak.

Bélvérzésnek a megállapítása bélfekélyre gyanus esetekben a kórismét igen nagyfokban megerősíti. A vérzés gyakoriságát és mennyiségét az dönti el, hogy a fekély maga milyen gyorsan fejlődik ki és milyen mélyen hatol a bélfalba. Hurutos, infectiosus, lueses fekélyek esetén, béltuberkulosis alkalmával aránylag ritkábbak a vérzések. Fontos tudni, hogy hasi hagymázban a nagyobb vérzést rendszerint 1—2 napon át tartó occult vérzés előzi meg. Ennek megfigyelésével és megfelelő kezelés által a nagyobb vérzés felléptének a veszélyét csökkenthetjük. Vérhas esetében a vér sohasem hiányzik a székben. Rendszerint híg, véres, serosus, huslészerű folyadékot ürít a beteg, amelyben nyák, geny, szövetcafatok és széktörmelékek uszkálnak. — Nyombélfekélyre a szurokszerű szék és a gyakori occult vérzések jellemzők.

A bélcsatorna rosszindulatú daganatai esetén nagyobbfokú vérzések csak ritkán, s inkább a későbbi szakban fordulnak elő. A kórképet a kifejlődő bélszűkület tünetei uralják. Székrekedés hasmenéssel váltakozik. Az occult vérzés igen fontos gyakori tünet. A colon és a rectum daganatai esetén a szék felületén rendszerint genyesvéres cafatokat találunk.

Vándorfy József dr.
egyetemi magántanár.

Postoperativ parotitis.

A műtét utáni állapotnak egyik, szerencsére nem gyakori, de mindig nagyom komoly jelentőségű szövődménye a fültőmirigy gyulladása. Ha az irodalomban pontosabb százalékos adatokat nem is találunk, annyit mégis tudunk, hogy nagy anyagon dolgozó különböző szerzők — hozzávetőleges becslés szerint — az esetek kb. fél százalékában figyelhették meg ezen szövődmény kialakulását. Bár a postoperativ parotitis úgyszólván kivétel nékül idősebb, legyengült, rossz fogazattal bíró emberek hasi műtéte után támad, mégis bizonyára minden sebésznek volt már alkalma fiatalkorú és jó erőbeli állapotban lévő betegek más testtájékán végzett műtéte után is parotitist látni.

Legkorábban a műtét után 24 órával, legkésőbben csak 22 nap mulva figyelték meg kifejlődését; leginkább azonban a műtét utáni első hét valamelyik napján kezdődik. A beteg egyik, gyakrabban mindkétoldali fülelőtti tájéka megduzzad, a bőr fölötte feszesen fénylővé, livid színűvé válik, néhány órán belül jellegzetesen eláll a fülcimpa is; a parotis-tájék spontan, de még inkább tapintásra, nyomásra erősen fájdalmas, a száj nyitása korlátozott, 38 fok körüli lázat mérünk, különösen súlyos esetben azonban előzetes hidegrázás után 39—40 fokra is felszökhet a hőmérséklet. A fültőmirigynek az előbb leírt tüneteket okozó és semmivel össze nem téveszthető gyulladása kivételesen szerencsés esetben néhány napi fennállás után a láz, de különösen a duzzanat és fájdalmasság alábbhagyásával visszafejlődhet. Sajnos sokkal gyakoribb az az eset, hogy a mirigy kisebb-nagyobb része tályogos beolvadásnak, elhalásnak esik áldozatul. Postoperativ parotitis esetén régebbi statistikák 30%, a *Küttner* klinikáról nyert újabb statistika 50%-os halálozásról számolnak be. Nem szükséges külön kiemelni, hogy nem a szövődmény maga, mint olyan, idézi elő olyan feltűnő sok esetben a beteg halálát, hanem megjelenése inkább mint signum mali ominis a legyengült, leromlott, már csak kevés ellenállóképességgel bíró szervezet általános helyzetének súlyosságát jelzi számunkra.

Keletkezésére nézve kétféle elmélet áll szemben egymással. Már előre jelezzük, hogy az idők folyamán sok oldalról alátámasztani megkísérelt *stomatogen* elmélet nemcsak a magunk, de a legtöbb szerző nézete szerint is nagyon kevéssé elképzelhető módon és sokféle ellenvetéssel megtámadható magyarázattal kíséreli meg bizonyítani igazát. A stomatogen theoria hívei elsősorban *Pawlow*-ra hivatkoznak, aki szerint a hasüreg megnyitása és a belek előemelése már önmagában véve reflectorikusan bénítja a nyálmirigyek működését. Ugyanilyen értelemben hat a műtét alatti folyadékveszteség és a tápláléknak és folyadékfelvételnek műtét utáni erős megszorítása; nem hagyható figyelmen kívül a műtéti előkésztésben adagolni szokott atropinnak secretiót gátló hatása sem. A stomatogen-elmélet hívei szerint a szájüreg bakteriumainak a parotis kivezető csövén át történő felhatolását, illetőleg

a mirigy állományában megtelepedését elősegíti az altató által a hátraesett nyelv előemelésére gyakorolni szokott Esmarch—Heister-féle műfogás túlerőteljes alkalmazása, amikor is könnyen zúzódhatik a parotis állománya.

A stomatogen-elmélet híveinek előbb említett összes érveit azonban halomra dönti az a tapasztalati tény, hogy műtét utáni fültőmirigygyulladás esetén úgyszólván kivétel nélkül tisztán csak staphylococcus-culturát találtak a mirigy állományában; a fertőzésnek bebizonyíthatóan stomatogen eredete esetén (parulis) a szájüreg normalis körülmények között is apathogen rothasztó csirokkal kevert bakterium-florájának megfelelően — a képződött geny coli és fuso-spirochaetás keveredés miatt az ilyenkor megszokott, de parotitisben soha nem tapasztalható, barnás, bűzös-putrid jelleggel bír.

Hogy a műtét utáni fültőmirigygyulladás *haematogen* úton jön létre és nem, ahogy azelőtt gondolták: a szájüreg felőli fertőződéssel, bizonyítja az is, hogy a legritkább esetben látunk parotitist kialakulni stomatitis ulcerosa, állkapocs-osteomyelitis, kifekélyesedett szájüregi rákok esetén, amikor pedig a kórosan elváltozott szájüreg felől az infectio felhatolásának minden előfeltétele meg volna adva. A pathohistologusoknak a stomatogen eredet mellett szóló arra az érvelésére, hogy a genyesedés kiinduló pontját úgyszólván kivétel nélkül a kivezetőcső körül sikerül megtalálni: *Rost*-nak haematogen úton létrehozott parotitises kísérlete azzal cáfolt rá, hogy olyankor is a kivezetőcső környezetéről terjedt át a gyulladás a mirigy állományára. Bármennyire is meg vagyunk győződve a fertőzésnek *haematogen* keletkezéséről, magától értetődik, hogy a szájüreg hiányos nyálelválasztás miatti kiszáradását a rosszul ülő, decubitáló prothesist a szuvas, fogkővel borított fogazatot, bűzös mandulaköveket mind olyan helyi okoknak kell tekinteni, amelyek a vérárammal egyéb helyről jövő fertőzés megtelepedését nagyban elősegítik.

Az előbbiekből önként következik, hogyha a p. p. lehetőségére is gondolunk, még fokozottabban ügyelünk arra, hogy amennyiben idő van reá, csak megfelelő szájüregi toilette után (fogkövek, szuvas fogak eltávolítása, betömése) kerülhessen az operálandó beteg az asztalra. A műtét utáni hydrogensuperoxydos szájöblítésnek — bármilyen kitűnő desinficiens is legyen a H_2 O_2 szárító-cserző hatása miatt nem vagyunk hívei. Sokkal alkalmasabbak ilyenkor erre a célra — kitűnő nyálelválasztó hatásuk miatt — az alkoholos szájvizek. Kínzó szájszárazság esetén citrom-szeleteket szopogattathatunk a beteggel, esetleg *neu-cesol* befecskendését is megkísérelhetjük. A panaszok legkezdetén alkoholos, Burowos, esetleg az ichthyolnak 20%-os vizes oldatával átitatott párakötések segítségével, a fogsorok közé állandó rágó és ennek folytán nyálelválasztó ingerként szereplő ék-alakú parafa- vagy gummidarabot illesztve, a kevés ellenállóképességgel rendelkező szervezetet védekezésében omnadin-injectiókkal támogatva, néha sikerül visszafejlődésre bírni a gyulladást.

Ha azonban a duzzanat növekszik, a fájdalom fokozódik, a láz nem esik le, úgy leghelyesebb, ha feltárásra határozzuk magunkat még akkor is, ha fluctuatiót még nem mutathatunk ki, mert a mirigy fölött feszesen elhúzódó fascia parotideo-masseterica miatt az sokszor csak későn, vagy egyáltalán nem következik be. A facialis rostok lefutását szem előtt tartó korai incisiók alkalmával legtöbbször csak kevés geny ürül még, másnap vagy harmadnap azonban nekrotikus szövetcafatok kilökődése mellett bőségesebb genyelválasztás szokott megindulni; ennek szerencsés esetben megszünése és a folyamat gyógyulása után vagy nyálsipoly, vagy pedig kisebb-nagyobbfokú szájzár maradhat vissza. A nyálsipolyok — sajnos sokszor csak többször megismételt műtéttel elérhető — megszüntetése természetesen sebész kezébe való; a szájzár kezelését — folyton nagyobbodó ék-alakú parafa- vagy gummidarabot helyezve a fogsorok közé — a gyakorló orvos is végezheti; csak az állkapocs műszerrel végzett erőszakos széjjelfeszítésétől kell tartózkodnia, mert az az angulus mandibulaenál könnyen eltörhetik.

Marx József dr.,
klinikai tanársegéd.

Adatok az akne sexualis hormonalis gyógyitásához.

W. Pick mutatott rá először az akne összefüggésére a menstruatiós phasissal s jó eredményeket is ért el a hormonalis kezeléssel. Természetesen különös gonddal kivizsgálandó, vajjon a havivérzés milyen rendellenességével állunk szemközt, mert csak ebben az esetben lehet igazi causalis therapiáról beszélni. A menstruatio rendellenességeiben három csoportot különböztetünk meg: 1. petefészekeredetű, 2. méheredetű zavarokat és 3. fájdalmas havibajt (dysmenorrhoea). Az elsőhöz tartoznak a m. praecox, m. tarda, klimax praecox, kl. tarda, amenorrhoeák, tempoanomaliák (raro- polymenorrhoea), metropathia haemorrhagica. A másodikhoz a hypo- és hypermenorrhoea. Mindezek a m. zavarok természetesen egymással szövődnek s csak ritkán fordulnak elő az egyes typusoknak megfelelően. Nem soroljuk ide a daganat, polypusok s gyulladásos eredetű rendetlen vérzéseket.

A panaszolt m. zavar kórismézéhez az anamnesisen kívül szükséges a pontos kikérdezés úgy a cyklus, mint a vérzés bőségének szempontjából. Ezenkívül szükség van nőgyógyászati, belgyógyászati vizsgálatra.

Azok az esetek, melyekről jelen közleményben beszámolok, a menstruatio (pubertas) tarda csoportjába tartoznak. Okai lehetnek anaemiás állapotok, akár betegség (lues, tbc. stb), akár az elégtelen táplálkozás miatt, valamint az endokrin-rendszer zavarai (ovarium, thymus, thyreoidea, hypophysis vagy polyglandularis zavar, illetőleg a központi idegrendszer hiányos fejlődése v. megbetegedése. Voltaképen m. tardáról akkor beszélhetünk, amikor a vérzés a 20-ik életév után jelentkezik, de azt látjuk, hogy némelykor jóval előbb (14—16 éves korban), annak a késése súlyos kiesési tüneteket okozhat. Minket itt elsősorban a bőr részéről észlelhető kóros jelenségek és éppen az akne sexualisra vonatkozólag érdekelnek. Három, egymáshoz hasonló esetben volt alkalmam az addig még meg nem jelent vérzést hormonalis készítménnyel kiváltani (anteovin Richter, hypophysis elülső lebeny és ovarium folliculus-kivonata), illetőleg a cyklust normalissá tenni s a cyklikus vérzés megindulásával a bőrtünetek gyógyulását észlelhetni.

1. R. S. 18 éves tanuló. Kp. fejlett és táplált, kissé anaemiás. Gyakori fejfájások, szédülések. Gyomorpanaszai nincsenek. 14 é. kora óta rendetlenül jelentkező, görcsös vérzések. Praemenstruationalisan az arcon: állon, száj körül, homlokon keletkező indurált aknek, melyek az intermenstrumban is állandóan fennállanak, bár javulnak. Anteovintabletták (Richter) szedésére pár hónap alatt a cyklus normalissá válik, a görcsök enyhülnek s az aknék minden külső kezelés nélkül gyógyulnak. A tabletták szedését 6 hónap után elhagyja, s ekkor panaszai ismét jelentkeznek. Anaemiája miatt az anteovin mellett roborálást (arsen-vas) és hygienikus életmódot ajánlunk.

2. L. M. 16 éves mindenes. Kp. fejlett és táplált. Gyomorpanaszai nincsenek. Vérzése még nem volt. 2 év óta arcbőre erősen zsíros, telve aknekkal. Gyakori fejfájás, szédülés. Anteovin adagolásra (két héten át 3x1 szemet naponta, majd két hét szünet után újólag folytatólagosan), 3 hónap mulva görcsök kíséretében kevés vérzés, a börtünetek feltünően javulnak. A következő félévben a menstruatio s cyklus normalissá lesz s az akne is csaknem teljesen gyógyult.

3. P. I. 13 é. tanuló. Gyengén fejlett és táplált. Gyomorpanaszai nincsenek. Vérzése még nem volt. Egy év óta arcán mindinkább szaporodó aknék, hajas fejbőrön nagymérvü korpádzó hámlás, ugyanitt nyakra, fülekre ráterjedő, nedvező, pörkös seborrhoeás ekzema. Lakóhelyén kezdettől fogva orvos kezelése alatt állott (kenöcsök), de állapota ez idő alatt annyira rosszabbodott, hogy csaknem lehetetlenné tette az iskolába járást. Enyhe kén + salycil-kenöcs alkalmazása mellett naponta két szem anteovint adagolunk. A börtünetek napról-napra feltünően javulnak s két hét mulva már csak enyhe pír jelzi az aknék helyét, míg a seborrhoeás ekzema, korpádzás teljesen megszünt. A harmadik héten csekély mennyiségü vérzés jelentkezik, a börtünetek teljes mértékben gyógyultak. Utasítottuk, hogy amíg a m. cyklus normalissá nem válik, két hetes megszakításokkal folytassa az anteovin-tabletták szedését.

Belgyógyászatilag mindhárom beteget pontosan átvizsgálva lényeges eltérést nem találtunk, kivéve a második esetet, ahol az akne thyreogen-typussal szövődését észlelhettük s így emiatt külön therapiás eljáráshoz kellett folyamodnunk.

Az anteovin a hypophysis elülső lebenyének isolált hormonját (glanduantin) és follicularis hormont (glandubolin) tartalmaz. *Zondek* és *Aschcim* kísérletei derítették ki, hogy a hypophysis elülső lebenyének kivonata az ovariumokat a follicularis és corpus luteumhormon képzésére bírja. Továbbá, hogy e hormon A-factora az ovariumban a tüszők növekedését és a follicularis hormon képzését indítja meg, míg a B-factor a megrepedt folliculusoknak sárga testté átalakulását idézi elő s ezt a corpus luteum-hormon képzésre bírja. A hypophysis elülső lebenyének hormonja biztosítja tehát a normalis menstruatiós cyklust, de egyben az egész női szervezet hormonalis egyensúlyát is. A follicularis hormon az uterus nyálkahártyáján a m. cyklus proliferatiós phasisát teremti meg, stimulálja a petefészket, megindítja a pubertást és kifejleszti a nő másodlagos nemi jellemvonásait.

Eseteinkben a petefészek működésének gyengesége, amely részben cyklus-zavarokban, részben a menstruatio meg nem jelenésében nyilvánult, tette indokolttá, hogy e combinált készítményt alkalmazzuk és pedig a hypophysis elülső lebenyének hormonját, hogy a menstruatiós folyamatot megindítsa s a follicularis hormont, hogy azt fenntartsa s a physiologiás állapot bekövetkeztéig a szervezet hormonalis egyensúlyát biztosítsa.

Mindezek azt bizonyítják, hogy ha a bőrgyógyászati vizsgálatot a szervezet egészére vonatkozólag a bel- és nőgyógyászati, stb. vizsgálatokkal kiegészítjük, úgy nemcsak az egyébként makacskodó bőrjelenségeket gyógyíthatjuk, de oki kezelésünkkel az egész szervezet egészséges kifejlődését biztosítjuk.

Varga Aladár dr.
rendelő-főorvos. Bethesda kórház.

A tüdőtuberculosis actualis kérdései.

A rejtett kórképekről.

A haematogen szóródások csoportja. A gondozóintézetek tömegvizsgálatai alkalmával kiderült, hogy a klinikai tuberculosisformákat egy eddig felderítetlen terület, az ú. n. *inappercept tuberculosisok (Bräuning)* kórképe előzi meg. Ez a forma tüneteket nem okoz, csak röntgen útján ismerhető fel, amikor is korai beszürődések és a miliariához hasonló haematogen szóródások idejekorán deríthetők fel, nagymértékű visszafejlődésre hajlamosak és ennélfogva előnyösen befolyásolhatók. *Cohn* beszámol egy 14 éves leányról, akin máj- és lépmegnagyobbodás miatt Banti-kort kórisméztek és a lépet eltávolították. A műtétkor a máj, lép és hashártya kölesgiümőkórját találták. A lép miliaris gümőkórja szövettanilag igazoltatott. A műtét után megejtett tüdővizsgálat mindkét tüdőben jellegzetes kölesnyi szóródást mutatott. A haematogen szóródás a leggyakrabban nem általános jellegű, hanem csupán a tüdőre és annak is csak bizonyos területére localisálódik. Ezeket a formákat már 1906-ban *Bard* „granulie discrète" néven írta le és *W. Neumann* „tuberculosis miliaris discreta"-re keresztelte. *Grau* 1918-ban háborús taapsztalatai alapján a helybeli vérúti szóródást kimerítően leírta ugyan, de genetikus jelentőségét és fejlődésmenetét csak 1930-ban *Bräuning* és *Redecker* tisztázta. Ez a tuberculosisforma azért jelentős, mert az esetek nagyrészében, ahol felderítetlen idült hőemelkedések, bágyadtság, étvágytalanság, munkaiszony, stb. állnak fenn és ahol a rtg.-átvilágítás fokozott tüdőrajzolatot, vagy még azt sem mutat, ott többnyire *rejtett haematogen szóródás van jelen.* Az ilyen esetekben sokszor tonsillektomiát végeznek, pedig a javulást nem ez, hanem a kímélő életmód és a környezetváltozás fogja meghozni. A mandulakiirtás nem egyszer hozzácsatlakozó mellhártyalobbal és újabb szóródással jár. Éppen ezért sohase mulasszuk el az idevágó esetekben a röntgenfelvétel készítését, még pedig azért, hogy olyan beavatkozás, amely friss szóródás kiváltására alkalmas lenne, elkerültessék.

A haematogen szóródások csoportjában meg kell emlékeznünk olyan classikus kölesgümőkórokról, amelyek súlyos vérmegbetegedések képében zajlanak le. *Pratsicas* négy *purpura haemorrhagicával* szövődött miliarist ismertet. Florid miliarisban *anaemia perniciosá*hoz hasonló vérképet találtak, amit a lép és csontvelő elváltozásaival magyaráznak. Az amerikai irodalom két *lymphatikus leukaemiával* járó miliarist ismertet. *Heveny leukaemiával* szövődött miliarist, miliaris és *myeloblast leukaemia* együttes előfordulását közlik és ez utóbbi eset vitára adott alkalmat afelől, vajjon melyik a kettő közül az elsődleges. Máskor meg az *idült leukaemia* a gümőkór fellobbanásakor visszafejlődik.

Tuberculosis és belső secretio. Janowski minden erős izzadással és hasmenéssel járó Basedowot kezdődő tuberculosisnak tart, úgy hogy a thyreosisoknak 80%-ában gümőkórt vesz fel, míg 3000 gümőkór közül 560 thyreosist talált.

Gilbert és *Weil* 10 idült tüdőgümőkóros közül 7 esetben pankreas sklerosist talált. *Stefko* és *Tscherokowa* gümőkórban a hasnyálmirigy szigetapparatusának csökkenését állapították meg és pedig olyan mértékben, hogy 50 négyzetmilliméterre 60—100 sziget esett. *Kowitz* mégis azt hangsúlyozza, hogy ezideig pankreastuberculosis egyetlen esetében sem keletkezett a szénhydratanyagcsere zavara. Következőleg *Porges*-nek lesz igaza, aki a diabetes és tbc. gyakori együttes előfordulását azzal magyarázza, hogy a cukorbaj gümőkorra hajlamosít és nem fordítva. Haematogen tuberculosisformákban alkalmilag glykosuriát találunk, amit ma már *Lucke* vizsgálatai alapján a hypophysis elülső lebenyének tudhatunk be. A glykosuria gyakoribb oka különösen a haematogen gümőkórban jelenlévő veseártalomban keresendő ez pedig toxikus albuminuriával jár együtt.

Puder Sándor dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A postoperativ acidosis.

Minden műtét, legyen bár csekélynek tünő beavatkozás is, nem csupán localis jelentőségű esemény a szervezet szempontjából, mert az a belső physiko-chemiai háztartásban is több-kevesebb elmozdulással jár. Ilyen pl. a sav-basisegyensúly eltolódása műtét után, jellemző módon savi irányban. Ez az ú. n. postoperativ acidosis — ami még a legkisebb műtéti beavatkozás után is kimutathatóan bekövetkezik — abban nyilvánul meg, hogy a *vér* alkali-tartalékja (bicarbonatok, phosphatok, bizonyos fehérje-anyagok és az egész vér legfontosabb pufferanyaga: a haemoglobin) megcsökken és a savi értékek további növekedésével a vér actualis reactiója is savivá válik (incompensált acidosis), ellentétben a vér normalis körülmények közötti enyhén lúgos vegyhatásával. A vér ezen elváltozása mellett az acidosis megnyilvánul még a *tüdők* fokozott szénsav-ürítésében és a kiválasztott *vizelet* ammoniák és savi-anyagtartalmának megszaporodásában. Főleg a *tejsav* és az *acetontestek* tekinthetők azon anyagoknak, amelyek a vérreactio savi irányban történő eltolódásában szerepet játszanak és megszaporodásuk a gátolt oxydatióval, részben a máj és szövetek csökkent tejsav-resynthesisével magyarázható. Megjegyzendő, hogy a postoperativ acidosis fogalma nem azonos a ketonaemiával; műtét után előfordulhat acidosis ketonaemia nélkül is.

A műtéttel kapcsolatos behatások, amelyek különkülön és együttvéve több-kevesebb tényezői a műtét után kifejlődő acidosisnak, a következők: 1. *a beteg műtét előtti nyugtalansága,* félelme, álmatlansága a fájdalom miatti psychés shok már csökkenti a vér alkali tartalékját, sőt acetonuriával járhat. 2. *a műtéti előkészítés* kapcsán a beteg *túlságbavitt éheztetése* és *szomjaztatása* is hasonló irányban működhet közre. Inanitióval járó betegségekben ezen önként adódó körülmény igen számbaveendő műtét előtt. A műtét előtti lázas betegeskedés, hasmenéses állapot stb. is alaposan megfogyaszthatja a vér alkali-tartalékját. 3. *a műtétnél használt narkotisáló szerek* (aether, chloroform) kétségtelenül a legjelentősebb szerepet játsszák a postoperativ acidosis előidézésében. De még a helybeli érzéstelenítés sem teljesen ártatlan e szempontból. 4. *Maga a műtéti trauma,* részben általános hatásában mint traumás shok (reflectorikus és chemotoxikus componenseivel) részben helyi következményeivel játszik közre több-kevesebb mértékben az acidosis kifejlődésében. Shokban a vasomotor collapsus következtében létrejövő alacsony vérnyomás mellett a vesék nem képesek kellőképen kiüriteni a képződött savakat. A localis, sebkörnyéki acidosis viszont nem nagy szerepet játszik az általános acidosis létrejöttében, annál is inkább, mert csak a műtét utáni harmadik és ötödik nap között mutatkozik számbavehetően. 5. *A műtéttel kapcsolatos vérvesztés* is előmozditja az acidosist, amennyiben a vérvesztés pótlása a szövetek felőli vizbeáradással történik; a vér felhigul, csökken a vér haemoglobintartalma: ez pedig fontos tényező a vér-reactiók szabályozásában.

A postoperativ acidosist nem jellemzik különleges, élesen rámutató *klinikai tünetek.* Az általában kisérő műtétutáni rosszullét, émelygés, szédülés, fejfájás, sápadtság, hidegveriték, nyugtalanság, álmatlanság, hányás, bélrenyheség, hasfelfúvódás, vérnyomáscsökkenés, szapora pulsus, acetonszagú lehelet, súlyosabb bágyadtság, esetleg komás állapot, sőt halál, legtöbbször nem magában az acidosisos állapotban leli magyarázatát. Mindezen tünetek előidézésében az acidosis csupán mint egyik tényező szerepel. Általában téves az a felfogás, amely a postoperativ acidosist túlságosan a diabeteses acidosissal állitja párhuzamba. Egyébként is sem az acidosis, sem a ketonaemia nem okai a szövődményeknek, csupán vészjelei az anyagcsereszabályozás zavarának, illetőleg tünetei a szervezet azon törekvésének, hogy az egyensúlyt helyreállitsa. (Az acidosis bizonyos tekintetben még kedvező is: a savfelesleg izgatja a légző központot s ellensúlyozza pl. a narkoticum bénító hatását.)

A szervezet az acidosis ellen először a vér és a szövetek közti pufferhatással él, ami az alkali-tartalék fogyásával jár. Másodsorban a kiválasztó szerveket veszi igénybe: a tüdők és vesék küszöbölik ki a savakat. Ha ez sem elég, a májműködés lép közbe: a szerves savak oxydatiójával és ammoniák-képzéssel. Ilymódon egyébként egészséges szervezet szabályozó berendezései teljesen elegendők a postoperativ acidosisban nyilvánuló zavar elég hamaros kiegyenlítésére. Ez műtét után legtöbbször egy-két nap alatt bekövetkezik. Más a helyzet persze, ha az alkalitartalékot a betegség már előzőleg kimeritette, vagy ha például a szabályozó szervek (tüdők, vesék, máj) betegek és elégteleneknek bizonyulnak a műtéti megterheléssel szemben. Ilymódon állanak elő a végzetes következmények.

Ami a postoperativ acidosis *kezelését* illeti: a megelőzés a legfontosabb. A betegnek az említett körülményekre tekintettel lévő gondos műtéti előkészitése, megnyugtatása, a műtét előtti szőlőcukor adagolás, az érzéstelenitőszerek gondos megválasztása és adagolása, a műtét helyes javalata és finom keresztülvitele a leglényegesebb és megelőzi az acidosis súlyosabb fokának a kifejlődését. A már kifejlődött acidosis ellen alkali-bevitellel, 3½—4%-os natrium bicarbonat oralis, rectalis, vagy intravenás adagolásával védekezni, tüneti kezelés csupán. Olyan és annyit ér, mint pl. sepsisben a pyramidon adagolása.

Lang Imre dr., egyetemi tanársegéd.

Trichophytia profunda.

A trichophyton gombák által okozott bőrbetegségek klinikai képe eléggé változatos. A következő két szempont azonban lényegesen megkönnyíti a helyes tájékozódást: 1. A felületes és mély folyamatok lényeges különbözősége, 2. Az erős szőrzettel borított bőrön (hajas fejbőr, szakáll) mutatkozó elváltozásoknak eltérése az ú. n. szőrtelen bőrterületeken jelentkező tünetektől.

A trychophyton-fertőzések mindegyik formája súlyosabb helyi tüneteket, hosszadalmas lefolyást és makacs gyógyulást okoz; sőt, különösen fiatal gyermekeken általános tünetek jelentkezése sem ritkaság. A mély folyamatok mégis bizonyos tekintetben különálló helyet foglalnak el a trichophyták között. Jellemző rájuk, hogy legtöbbnyire durvább szőrzettel biró területen keletkeznek (gyermekeken a hajas fejbőrön, felnőtteken a szakállban) és kórokozójuk mondhatni kivétel nélkül állati eredetű trichophyton gomba (ektothrix, néha endoektothrix).

I. Trichophytia profunda capillitii.
(Régi neve: *Kerion Celsi.)*

Gyermekek hajas fejbőrén fordul elő. Háziállatok terjesztik. Falun gyakoribb, mint városban. A gyorsan kifejlődő kórkép igen jellegzetes s mykologiai vizsgálat nélkül is könnyen felismerhető.

Éles határú, pengőnyi-tenyérnyi kerek területen a folliculusokba hatoló gombák gyulladásos vérbőséget és genyes pustulákat okoznak; ez utóbbiakból a hajszálak könnyen kihúzhatók. Rövidesen a terület összes hajszálai megbetegednek. A beteg gócot elborító megrepedt pustulákból a gennyel együtt a meglazult beteg hajszálak is lassan kilökődnek. A szőrtüszők körüli igen erős beszüremkedés folytán meredek szélű, daganatszerű, lilásbarnásvörös képződmények keletkeznek, melyeknek félgömbszerű, dudoros, néha lapos felszíne az elgenyedt és kiürült folliculusok következtében likacsossá válik. Az üregekből geny, véres-genyes savó ürül, vagy azokat beszáradt, genyes pörkök borítják.

Ezt a különböző nagyságban és számban jelentkező dudoros, puha, szivacsra emlékeztető, nyomásra genyet ürítő daganatszerű képletet nevezzük Kerion Celsi-nek.

A daganatnak csupán szélein találunk az ektothrix gombákra jellegzetes fehér köpennyel bíró hajszálakat. A folyamat súlyosságának mértéke szerint főképen fiatalabb gyermekeken rövid ideig tartó általános tünetek is jelentkezhetnek: láz, bágyadtság, izületi- és mirigydaganatok képében, melyekhez képest az allergiás bőrön még külféle typust mutató kiütések: a *trichophytidek* is csatlakozhatnak.

A betegség általában nem rosszindulatú. A fertőzéssel szemben a szervezet erőteljesen védekezik, amit a fokozott gyulladás és genyképződés jelez.

A tüneti *gyógykezelés* a képletek felpuhitásából, megtisztításából, a geny eltávolításából áll. Ezt a célt meleg pépes, továbbá fertőtlenítő borogatásokkal, párakötésekkel (lenmagliszt, félezrelékes sublimat, 1—2%-os resorcin-, vagy chlorvizes oldatok) érhetjük el. A lefolyást nagyon sietteti a fajlagos vaccinás kezelésen kívül a proteinkészítmények (tej!) parenteralis alkalmazása is.

A gyógyulás után a bőr rendesen festenyzett, ritkábban teljesen ép maradhat, gyakran azonban a papillák és a szövetpusztulás foka szerint helyenkint kisebb, maradandó kopaszság, hegképződés, vagy bőrsorvadás jelzi a betegség helyét.

II. Trichophytia profunda barbae.

A) A szakáll mély trichophytiái közt elsőnek említem a Kerion Celsi barbaet, melynek felismerése nem okoz nagyobb nehézséget. Tünetei és lefolyása általában hasonló a gyermekek hajas fejbőrén fentebb leírt elváltozásokéhoz. Ritkán solitaer, inkább többes számban és különböző nagyságban (10—12 cm is lehet) jelentkezhetik. A szürkés-vörös daganatszerű képletek sokszor igen fájdalmasak. Miután állati eredtű trichophyton fertőzésről van szó, legyakrabban háziállatokkal foglalkozó egyéneken keletkezik (kocsis, lóápoló), de emberről-emberre is átvihető (borbély).

A kezelés is a fenti elvek szerint történik; a beszűremkedett és mélyen ülő gócokat kauterrel tárjuk fel. Szóba jöhet igen makacs esetekben az óvatos röntgenepilálás is. A kiváló hatású fajlagos vaccinás kezelés helyett az egyszerű intramuscularis tejoltások itt is gyors és kitűnő eredményt adnak.

B) A Kerion Celsi typusától azonban eltérő kórképek is előfordulnak a ély szakálltrichophytiák között. Ezeknek egyik gyakori változatában a szakállas területen kisebb: babnyi, mogyorónyi, renyhe gyógyulási hajlammal bíró kemény csomók keletkeznek. Genyedést alig látunk, mert a genyes beolvadás mélyen a bőr alatt történik. A csomók hasonlítanak a furunculusokhoz. A positív gombaleleten kívül azonban elkülöníti attól a sokkal kisebb feszülés, a follicularis genyedés hiánya, valamint az aránylag gyors terjedés.

Miután a gyógyulás csak a geny kiürítése után következhetik be, a mélyen ülő gócoknak kauterrel történő feltárására mindig szükség van. Egyébként itt is meleg, pépes, fertőtlenítő borogatások és kenőcsök (1—0.5% cinober — 10% kén), epilálás, trichophytin- vagy protein-injectiók alkalmazandók a gyógyulás érdekében.

C) A mély folyamatok egy másik, ritkábban előforduló formájában az egész szakállas területet az előbbihez hasonló nagyságú, de hegyesebben kiemelkedő puha és erősen genyedő csomók lepik el. Ez a folyamat az előbbinél jobb gyógyulási hajlamot mutat.

A gyakorlatban a szakáll mély trichophytiái úgyszólván csak a genykeltők (staphylococcus) okozta folliculitis suppurativával téveszthetők össze. A két kórfolyamat között fontos különbség elsősorban a trichophytiákban található positiv gombalelet, továbbá az, hogy a trichophytiák a bajusz és a szemöldök területét meg szokták kímélni s az elemi gócok élesebb határúak. A coccusok okozta szőrtüszőgyulladások viszont felületesebbek és diffus follicularis genyedést mutatnak.

III. Trichophytia profunda az erősebb szőrzettől mentes bőrön. (Trichophytia agminata.)

Leggyakrabban a kézfejen, csuklók környékén és az alkaron fordul elő. 5 pengőnyi—gyermektenyérnyi élesszélű, köralakú, többnyire viszkető területen a bőr beszüremkedett, gyulladt, kiemelkedő. A góc felületén a szőrtüszőkbe hatolt ektothrix gombák számtalan pustulát, apró tályogocskát okoznak. A különálló pustulák összeolvadhatnak s felrepedezve kisebb-nagyobb pörkkel borítottak.

A kórjóslat mindig kedvező, amennyiben a baj antiparasitás szerekkel 5% jódtincturás bedörzsölés, ¼% pyrogallus-, vagy 3—5% salicylsavas kenőcs) 10—14 nap alatt meggyógyítható.

Hasonló elváltozást láthatunk az ekzema bizonyos körülírt formájában is (eccème en placard), amely azonban makacs lefolyású, chronikus folyamat s amelynek gombavizsgálati eredménye is negatív.

Lesskó Jenő dr.
kórházi főorvos.

A tüdőlebenyek röntgenologiai elhatárolásának kórjelző értéke.

Ha teljesen ki akarjuk aknázni azon diagnostikai lehetőségeket, melyeket a tüdők röntgenvizsgálata nyujt, úgy a legtöbb esetben nem szabad megelégednünk a mellkas szokványos, nyilirányú, ú. n. átnézeti felvételével. A ferde és homlokirányú *felvétel* (nem átvilágitás!), valamint a lordotikus sugárirány igen sok esetben többet mond és döntő fontosságú többek között a tüdőlebenyek elhatárolásának tekintetében is. Számos tüdőbeli folyamat van, melyekben csupán a lebenyhatárok röntgenologiai feltüntetése és azoknak viselkedése, reactiója a folyamattal szemben ad teljes képet és utbaigazitást az elkülönítő kórisme tekintetében.

Az anatomiai viszonyok közül nem csupán a lebenyfelszinek lefutásának ismerete a fontos, hanem az is,

hogy ezeknek vetülete hol jelenik meg a csontos mellkasfal röntgenképén és hogy mily sugárirány alkalmas az egyes lebenyfelszinek feltüntetésére. Tudnunk kell, hogy a 3. hátcsigolya magasságától le a rekeszkupoláig mindig több lebenyen hatol át a vizszintes metszlap, tehát a nyílirányú röntgensugár is. Ily irányú felvételen ezek szerint valamely árnyék, amely pl. a szív-rekesz szögletben fekszik, nem tartozik szükségszerüen az alsólebenyhez, hanem fekhet a felső- vagy középlebenyben is. Nagy jelentőségű továbbá az anatomiai *varietások* ismerete, mint amilyenek elsősorban a számfeletti lebenyek. Ezek közül gyakoriságuknál fogva főleg a *lobus venae azygos* és a *lobus accessorius inferior* játszanak szerepet. Az azygoslebeny határát a jobb csúcsmezőben lefutó, kifelé convex, hajszálvékony árnyékcsik alkotja, mely valamivel a kulcscsont szintje alatt cseppalakú foltban végződik, ez utóbbi a vena azygos egy darabkájának árnyéka. A vékony határvonal a costalis mellhártya kettőződésének árnyéka, vagyis nem jelent pleuralis megvastagodást. A lobus accessorius inferior mindkét oldalt kb. egyenlő gyakran fordul elő és az alsó lebeny medialis, háromszögalakú részének lefűződéséből származik. Nem ritka e kis lebeny isolált beszűrődése; ilyenkor háromszög- vagy ékalakú, különböző nagyságú árnyékot látunk az alsó mező medialis részében, mely basisával a rekeszen ül, csucsával felfelé tekint és baloldalt a szívárnyék mögött helyezkedhetik el. Ennek ismerete nagyon fontos, mert régebben mediastinalis pleuritisnek tartották az ily typusú árnyékot, vagy ú. n. costomediastinalis pleuracallust kórisméztek a lobus accessorius inferior beszűrődése helyett. Az elkülönitésben segitségül vehetjük a Fleischner-féle tünetet: az árnyék felső-belső részében a levegővel telt hörgő világos árnyékcsikja beszürődés mellett szól. Nem ritka lelet a járulékos lebeny mellhártyaborításának megvastagodása sem: vonalas árnyékcsik, mely a rekesz medialis felszinétől fel- és mediálfelé húzódik.

Parenchymás beszűrődések gyakran mutatnak vonaléles elhatárolódást a lebenyszélnek megfelelően, ilyenkor *marginalis infiltratióról* szólunk. Nagyon gyakori az árnyékképződés e typusa a korai tbc-s beszűrődésekben, melyek juxtascissularis elhelyeződése az esetek nagy számában észlelhető. Hasonló képet és elhelyeződést mutatnak nem ritkán a gyermekkor confluáló lebenykés tüdőgyulladásai, tekintet nélkül az aetiologiára. Az alsólebeny felső-medialis csúcsának beszűrődése jellegzetes, ékalakú, éles, marginalis határú árnyékot ad a hilustájon. Főleg jobboldalt fordul elő ily typusú tuberculotikus beszűrődés a három lebeny találkozásának helyén („point inferieur"). Ugyanitt azonban — tapasztalatom szerint — marginalisan határolt bronchuscarcinomát is észlelhetünk. Az elkülönitést a hörgőrák későbbi stadiumában megkönnyíti a lebenyszél előboltosulása, domború határa az ép tüdőrész felé, ami az expansiv természetű növekvés fontos jele. E tünet hiánya azonban nem értékesithető tumor ellen. Ugyancsak lobaris elhatárolódást mutat gyakran az atelektasiás tüdőtömörülés is. Ennek kórisméjét megkönnyíti az a jelenség, hogy az atelektasiás lebeny rendszerint a normalisnál kisebb (atelektasiás collapsus) s ugyanakkor a féloldali bronchostenosis tünetei észlelhetők, így elsősorban a mediastinum eltolódása.

Ha a lebenyhatár homorú lefutást mutat, úgy zsugorodó folyamatra következtethetünk. Ily esetben a retractio nem feltétlenül pleuralis eredetű, mert a parenchyma zsugorodása, cirrhosisa is előidézheti. A lobaris és marginalis árnyékok interlobaris folyadékgyülemmel téveszthetők össze; utóbbiak jóval ritkábbak és jellegzetes biconvex lencsealakjuk csak ritkán hiányzik. Az elkülönitő kórjelzés a jobb középlebeny beszűrődése vagy atelektasiája esetében a legnehezebb, mert a folyamat, főleg ha a lebeny zsugorodásával jár együtt, csalódásig utánozhatja a lebenyközti izzadmány árnyékképét. Megtörténhetik, hogy ilyenkor csak a sorozatos megfigyelés dönti el a kérdést.

Fontos útbaigazitást adhat a lebenyhatárok kimutatása sebészi beavatkozás esetében, mint a localisatio egyik lényeges része. Tályogok és hörgtágulatok közelében csak ritkán hiányzik a lebenyközti mellhártya megvastagodása, vagy a marginalis beszűrődés jelensége, ami lehetővé teszi a pontos, topikus lebenylocalisatiót. Ugyancsak lobaris elhatárolódást mutathat a tüdő hólyagos elfajulása (lépes tüdő, Wabenlunge).

Polgár Ferenc dr., röntgenszakorvos.

Terhesség és szülés thorakoplastika után.*

A terhesség megszakításának egyik leggyakoribb javallata a tüdőgümőkór. A II. sz. női klinikán *Pázmányi* kimutatása szerint 16 év alatt 400 művi vetélés közül 236-ot végeztünk tüdőtuberculosis miatt, ami 59%-nak felel meg. Ennek a rendkívül magas számnak a leszállítására, a tuberculotica terhességének megtartására irányuló kísérletek között, eltekintve a sanatoriumi kezeléstől, physikalis gyógymódoktól s a hygienikus élettől, gyakran szerepelnek a sebészi eljárások is. Bár ezen törekvések a tuberculosis gyógyításában sokszor igen szép eredménnyel járnak, a szülés és a gyermekágy az egész sikert leronthatja. Gyakran felmerülhet tehát a kérdés: szülhet-é az ilyen asszony gyermeket anélkül, hogy magasztos hivatásának betöltésével saját, nehezen elért gyógyulását kockáztatná? Ehhez, a sok esetben nem könnyen eldönthető kérdéshez óhajtanék adatot szolgáltatni az alább elmondandókban, amikor egy teljes thorakoplastikán átesett asszony szüléséről és későbbi sorsáról számolok be.

A thorakoplastika utáni szülés ritkaságszámba megy. *Hedblom* amerikai sebész 3762 thorakoplastikáról számol be összefoglaló munkájában s ezek között csak 22 szülésről emlékezik meg. Még kevesebb az ilyen szülések száma az európai nőgyógyászati vonatkozású irodalomban, ahol *Hiebert—Hastings, Jessen, Alberts Leni* és *Müller* egy-egy, *Busch* két esetének leirását tudtuk fellelni. A klinikánkon észlelt eset rövid kórtörténete a következő:

21 éves munkásleány, családi kórelőzménye negativ. Betegsége a jellegzetes panaszokkal 1930-ban kezdődött. Az első töltést baloldalt 1931. decemberében kapta. Tüdőlelete ekkor a következő volt: Bololdalt hátul a IV., elől a III. bordáig rövidült kopogtatási hang, e területnek megfelelően számos nedves szörtyzörej és érdes légzés hallható. Röntgennel a felső lebenyben több széteséses terület látszik. Köpet Koch- és rugalmas rost-positiv, a vörösvérsejtsüllyedés mérsékelten gyorsult. A töltés elkezdése után 2 hónappal izzadmány fejlődött ki.

Minthogy a folyamat nem nyugodott meg, a leányon 1932. május 30-án a pestújhelyi kórházban baloldali teljes thorakoplastikát végeztek, Brauer szerint. A beteg a kétszakaszos typusos mütét után simán gyógyult. Másfél évvel később az ellenőrző vizsgálaton a leány physikalisan és röntgennel is tünetmentesnek bizonyult, köpete Koch-negativ volt, jól érezte magát.

A mütét után két évvel a beteg férjhezment s már mint V—VI. hónapos terhes kereste fel klinikánk járóbetegrendelését 1934. szeptemberében. Utolsó tisztulása 1934. április 7-én volt, a fundus a köldökmagasságában tapintható, a szívhangokat a köldök alatt baloldalt halljuk. A bemenet felett kis koponya ballottál. Medenceméretek: 25, 27, 29, a conj. externa 17.5 cm. A conj. diagonalis 10.5 cm. Ezek szerint I. fokban egyaránt szük medencével van dolgunk.

* Előadatott a Budapesti Királyi Orvosegyesület Nőgyógyászati szakosztályának 1936. évi február 14-i ülésén.

Tekintettel kórelőzményére, tüdejének megvizsgálása céljából a VIII. kerületi tüdőgondozóba utasítottuk, ahol műtéte óta egyébként is állandó ellenőrzés alatt állott. Az onnan kapott válasz szerint a folyamat jelenleg hegesedő, zsugorodó jellegű. Bár szó lehetne a terhesség megszakításáról, mégis — összhangban az általános felfogással s klinikánk gyakorlati álláspontjával is — az előrehaladott terhesség miatt a megszakítás nagy és elkésett beavatkozása helyett inkább annak kiviselését tartják ajánlatosnak, lehetőleg a szoptatás elkerülésével.

Minthogy az asszony általános állapota is elég jónak látszott, mi is csatlakoztunk a tüdőgondozó véleményéhez s a terhesség kiviselése mellett döntöttünk.

Az asszonyt természetesen szüléséig állandó ellenőrzés alatt tartottuk, de ez az idő minden kellemetlen szövődmény nélkül zajlott le, sem az erősen feltolt rekesz és az így nehezített légzés, sem a vérkeringés részéről panasz nem mutatkozott. A terhesség végén a vizeletben kevés geny és nyomokban fehérje jelent meg, ami azonban kellő diaetára csakhamar újból eltünt.

A szülés az utolsó menstruatiótól számítva 1935. jan. 14-re, az első magzatmozgást véve alapul, febr. 22-re volt várható. Febr. 5-én fájások indultak meg s minthogy az I. fokban egyaránt szük medence részéről sem mutatkozott akadály, az asszonyt vajudásba bocsátottuk. A tágulás 19 óráig, a kitolás 50 percig tartott, majd episiotomia végzése után megszületett I. koponyatartásban az élő, érett fiúmagzat, melynek súlya 3100 gr, hossza 51 cm, fejkerülete 35 cm volt. A lepény jelentös vérveszteség nélkül, 10 perc mulva távozott, utána a méh jól összehúzódott, vérzés nem volt. Az egész szülés feltünően simán folyt le, kimerülés, vagy collapsus sem a kitolási szakban, sem a szülés után nem jelentkezett. Az asszony a gyermekágy I. napján lázas volt, hőmérséklete ekkor 38.5° C-ig emelkedett, ezentúl azonban állandóan 37° C alatt maradt. VIII. napra a méh jól visszafejlödött, a folyás világossá vált, ezért hazabocsátottuk s 4 hét mulva ellenőrző vizsgálatra berendeltük.

Hogy az asszonyt a felesleges megterheléstől kíméljük, a csecsemőt az első naptól kezdve lefejt anyatejjel, mesterségesen tápláltuk, noha *Mueller* és *A. Leni* esetében az anya maga szoptatta magzatát, káros következmény s a csecsemő fertőződése nélkül. A klinikáról távozása után a gyermek továbbra is mesterséges táplálásban részesült, ma is él, egészséges.

Jóllehet a betegnek szigorúan meghagytuk, hogy távozása után 4 héttel újból jelentkezzék klinikánkon, csak szülése után 6 hónappal láttuk őt viszont.

Elmondotta, hogy szülése óta teljesen jól érezte magát, hőemelkedései nem voltak, tüdejét több ízben megvizsgálták, de elváltozást rajta nem találtak. Egyetlen panasza volt, hogy mensese, noha nem szoptatott, szülés óta nem jelentkezett. A vizsgálatkor kiderült, hogy a havibaj kimaradásának oka egy újabb, V. hónapos terhesség. Arra a kérdésünkre, hogy nem gondolt-e menstruatiójának kimaradásából terhességre, az asszony azt válaszolta, hogy gondolt ugyan, de nem akarta, hogy esetleg megszakítsuk s ezért nem is jelentkezett korábban.

Természetesen a magunk részéről ezt az újabb terhességet, különösen ilyen rövid idő leforgása alatt, egyáltalán nem tartottuk kívánatosnak, mégis kénytelenek voltunk annak kiviselésébe most már beleegyezni, mert a megszakítás, akár csak az első terhesség esetében, már elkésettnek látszott. Aggodalmunkat, amellyel az újabb szülés elé néztünk, csakhamar igazolta a terhesség VI. hónapjában, a III. sz. belklinikán végzett röntgenfelvétel, amely szerint az eddig mindig épnek talált jobb tüdő felső lebenye majdnem homogen módon infiltráltnak bizonyult.

Nem sokkal ezután, a leletnek megfelelően az eddig jó állapotban levő asszony lázas lett, hőmérséklete 39° C-ig is emelkedett, majd köhögni kezdett s köhögés közben többször volt haemoptoeja is. A rohamosan rosszabodó állapot mellett a szülésig még mintegy két hónap volt hátra, mérlegelnünk kellett tehát, hogy életmentő kísérletképen ne szakítsuk-e meg a terhességet azonnal? Szerencsére a beavatkozásra nem került sor, mert a koraszülés spontan megindult s az asszony 1935. december 12-én 5 órai tágulás és 15 perces kitolás után 1800 g súlyú koraszülöttet hozott a világra, amelynek életbentartása azonban a 3. napon túl nem sikerült. A szülés az elsőhöz viszonyítva jóval súlyosabb kísérő tünetek között zajlott le, a nehéz légzés és kimerültség miatt több ízben kellett cardiacumokat nyujtanunk. A beteg a gyermekágyban általában subfebrilis volt, de hőmérséklete többször 38° C fölé is emelkedett, böven ürített köpetében nagy számban voltak kimutathatók Kochbacillusok. A gyermekágy 21. napján, szülészeti szempontból gyógyultan, az új Szt. János-kórház tüdőosztályára helyeztük át további ápolás céljából, sajnos a felépülés igen kevés reményével.

Ha az elmondottak alapján tett megfigyeléseinket összegezni akarjuk, azt mondhatjuk, hogy tapasztalataink a thorakoplastikán átesett nő terhességének és szülésének kérdésében rendkívüli óvatosságra intenek. Bár egy eset megfigyelése következtetések levonására nem jogosít, mégis hangsúlyoznunk kell, hogy noha esetünkben az első szülés a thorakoplastika után csaknem 3 évvel, látszólag teljesen gyógyult állapotban történt, a beteg tüdejében alig 6 hónappal a szülés után újabb súlyos elváltozást találtunk, amelyet természetesen a második, körülbelül egy hónappal az első szülés után bekövetkezett terhesség a lehető legkedvezőtlenebbül befolyásolt. Nem állíthatjuk biztosan azt sem, hogy a tüdőfolyamat rosszabbodása egyedül az első szüléssel, illetőleg gyermekággyal hozható kapcsolatba, hiszen bizonyára az egészségtelen környezetnek s a rossz életkörülményeknek is szerepe volt abban. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy az idejében végzett thorakoplastika az egyoldali tüdőgümőkór kezelésében ma úgyszólván a legmegbízhatóbb gyógymódnak tekinthető s a mi esetünkben is 3 évig teljes tünetmentességet eredményezett, úgy igen megfontolandónak tartjuk, hogy a sebészi beavatkozás szép eredményét a jövőben egy vagy több szülés engedélyezésével esetleg kockára tegyük-e?

Lányik István dr. II. sz. női klinika.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Jelenleg 42 éves, egyébként teljesen egészséges férfi négy éve május hóban keresett fel oly panasszal, hogy a napon kapálva hirtelen erős égést vett észre arcán, mely miatt munkáját abba kellett hagynia, mire hazaért, arca annyira megdagadt és felhólyagosodott, hogy orvoshoz kellett mennie. Vizsgálatkor az egész arcra kiterjedő erythema solare volt észlelhető, helyenkint borsó-fillér nagyságú vesiculaképződéssel. Betegsége lobellenes kezelésre 10 nap alatt gyógyult. Utána egész nyáron nem észlelt hasonló börgyulladást. Következő években hasonló módon egész hirtelen érte a nap okozta dermatitis, úgyszólván percek alatt fejlödött ki, pedig tanácsomra széles karimájú kalapot hordott. Ez évben resorcint akartam szedetni vele, mit a trypaflavin okozta dermatitis ellen olvastam jónak, de elkésett vele, jóllehet áprilisban erősebb napsütések voltak, **mint májusban,** mert tegnapra megkapta a d.-t. A beteg jó körülmények közt él, táplálkozása kielégítő, erőbeli állapota jó. Betegsége négy éve jelentkezett, azelőtt soha semmi baja nem volt. Az a kérésem, van-e oly kezelési mód, mellyel a beteg fényérzékenysége megszüntethető volna. Miután minden évben májusban jelentkezett betegsége, feltehető-e, hogy a napfénynek ez időben a legerősebb az ibolyántúli sugárerőssége? A beteg jelenleg lobellenes kezelés mellett 10%-os bolus rubrá-s kenőcsöt kap. *Dr. P. I.*

Felelet: Anyagcserezavarok esetében gyakran keletkeznek olyan anyagok (porphyrinek, amino- és homogentisinsavak, cukrok, urátok stb.), melyek a börbe jutva, azt fokozottan érzékennyé teszik a fény iránt. Ilyenkor dermatitisek, hydroák, erythemák, xerodermák stb. támadhatnak, még pedig különösen tavasszal, amikor az órákon át a szabadban tartózkodó embernek a télen pigmentjében elszegényedett börét az erősebb insolatio hirtelen éri és ennek nem volt ideje a védő pigmentrétegének kifejlesztésére. A nép ilyenkor diófalevél vagy vadgesztenyefőzettel szokta kenegetni a börét vagy barnás kenőcsökkel vonni azt be; az ily szines vagy fluoreszkáló anyagokkal készült kenőcsök jól védik a bört a látható és az ibolyántúli sugarak ellen.

Az ilyen dispositio néha mint dominans, máskor mint recessiv tulajdonság örökölhető; a nitrogenben szegény étrend, a béldesinficiensek és az állati szén használata rendszerint jó hatású; a Ravaut-féle ön-vérojtás is gyakran ad enyhülést; még fontosabb a fokozatos szoktatásnak alkalmazása. *Nékám prof.*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A condyloma acuminatum kezelése

Condyloma acuminatumnak (hegyes függölynek) nevezzük a bőr különböző helyein, főleg a nemiszerveken, ott is a fityma bellemezén és a makkon, a nagy- és kisajkakon, a húgycsőben, a hüvelybemenetben és a végbélnyílás körül, stb. fellépő hegyes növedékeket, amelyek rendszerint többes alakban néha számlálhatatlan mennyiségben mutatkoznak és tulajdonképen nem egyebek, mint barnás-, vagy kékes-vörös, kakastaréj-, vagy kelvirágra emlékeztető, fertőző fibro-epitheliomák. Régebben syphilis, illetőleg a gonorrhoea részjelenségének tartották, ma azonban — főleg *Waelsch* és *Fantl, Serra* és *Ullmann*, stb. vizsgálatai óta — tudjuk hogy ezektől független kórképet alkotnak, amelynek különálló fertőző voltát sikeres átojtások igazolják. Virusa még ma ismeretlen, dacára annak, hogy azt már számosan vélték felfedezni; *Lipschütz* vizsgálatai szerint a chlamydosoák, (kariooikonták) csoportjába tartozik. Lappangása hosszabb ideig (4—6 hónap) tart.

A hegyes függölyök (h. f.) nagyságra és számra nézve igen különbözők lehetnek. Sokszor csak egyes képleteket látunk, amelyek az alappal kocsányosan függnek össze, felületükön pedig szétágazó burjánzást mutatnak, máskor számos, egymás mellett ülő kocsány egybeolvad és lapszerinti terjedéssel igen nagy, tenyérnyi, sőt még ennél is nagyobb daganatszerű tömeget képez. Ez utóbbi alakot főleg a női nemiszerveken látjuk.

Ugy látszik, hogy bizonyos kisérő jelenségek kedveznek a hegyes függölyök növekedésének. Ilyenek: a gonorrhoeás és nem gonorrhoeás eredetű húgycső-, illetőleg hüvelyfolyás, balanitis, vulvitis, stb. Igen valószínű, hogy az ismeretlen virus e kisérő jelenségek által macerált bőrben jobb táptalajra talál. A therápiában tehát — főleg a recidivák elkerülése céljából — rendkívül fontos ezeknek a „dispositionalis factorok"-nak az eltüntetése, amit összegyült smegma esetében gyakori szappanos mosással, húgycső-, hüvely- és végbélfolyás esetében ezeknek szakszerű desinficiens öblítésével, balanitisek esetében ugyancsak desinficiens mosásokkal, illetőleg szárító, adstringens hatású porokkal érhetünk el.

A hegyes függölyök kezelésére többféle módszer van. — Ismeretesek eljárások, amelyek *belső gyógyszerek* adagolásával állítólag kedvezően befolyásolják a h. f.-ök sorsát. Ilyenek volnának: a higany, arsen, tartarus stibiatus, magnesium sulfuricum, stb. Az irodalomban azonban ilyen módon sikeresen kezelt esetek csak elszórtan találhatók, miért is az általános orvosi gyakorlatban nem örvendenek népszerűségnek. Hasonlóképen állunk a *suggestiv therapiával* is, amely — a verrucával ellentétben, — itt háttérbe szorul. A belső gyógyszeres kezeléshez sorolom a *vaccina-kezelést* is, amelyet *Bieberstein* után egyes szerzők állítólag igen jó sikerrel alkalmaztak. Nevezett eljárása a következő: a h. f.-t tüzes platinával eltávolítjuk, majd steril mozsárban 1:4 arányban élettani konyhasó oldattal hígan folyó péppé dörzsöljük és 24 óráig szobahőmérsékleten tartjuk. Ezután ½% carbolt adunk hozzá. A vaccinából hetenként kétszer 0.1 ccm-t adunk intracutan. *Bieberstein* szerint 10—20 injectió szükséges ahhoz, hogy a h. f.-ök leszáradjanak, illetőleg lelökődjenek. Ezt az eljárást számosan ellenőrizték, azonban kedvező eredményeit csak kevesen erősítették meg. A debreceni bőr- és nemibeteg klinikán mi is foglalkoztunk az immuntherapiának e módjával, azonban tapasztalataink alapján ezt csak ott tartjuk indokoltnak, ahol más, egyszerűbb eljárásokkal vagy nem boldogulunk (pl. állandó recidivák miatt), vagy kilátásaink a h. f.-ök nagy terjedelme miatt rendkívül csekélyek.

A külső vegyi, sebészi és fizikális therapia örvend ma a legnagyobb használatnak. A *vegyszerek* közül a már évszázadok óta használt summitates sabinae — alumen ustum-mal vagy talcum venetum-mal egyenlő arányban — kiváló szolgálatokat tehet, ha a környező bőrfelületet zink-pasztával gondosan védve por alakban az elváltozott területre hintjük, vagy vízzel péppé dörzsölve alkalmazzuk. A nem tulságosan nagy kiterjedésű képleteket ilyen módon fokozatos visszafejlődésre kényszeríthetjük. Szóba jöhet még a 10%-os resorcinos borogatás, vagy paszta, amivel a felületnek gyors kiszáradását érjük el. Klinikánkon a vegyszereket csak erősen kiterjedt, nagy felületű h. f.-ök eseteiben alkalmazzuk, még pedig abból a célból, hogy a h. f.-ök összeessenek és elkészítsük a talajt a sebészi beavatkozásra. Ugyanezt a célt szolgálja *Méhes* ajánlatára a klinikánkon már hosszabb ideje használatos hyperolos kezelés is, amelyet a következőképen végzünk: vízzel átitatott vattával letöröljük az erősen szétágazó alapon ülő függölyöket, majd fapálcikára csavart vattapamacs segítségével hydrogen hyperoxid. conc.-al megérintjük a függölyök felületét, amikor is igen erős habképződés indul meg. Két percnyi várakozás után vizes vattával a habot újból letöröljük s a következő két napon ezt a műveletet megismételjük. Rendkívül érdekes, hogy a tömény hydrogen hyperoxid ilyen esetekben az ép bőrt nem támadja meg, (electiv hatás), rajta jelentősebb gyulladást nem, vagy csak akkor okoz, ha ott maceratió következtében előzőleg is már némi gyulladás van jelen. — Az eljárás kitünő eredménnyel jár, ha csak műtéti előkészítést szándékozunk elérni, mert a h. f.-ök szárazakká válnak, összeesnek. Hangsulyozzuk azonban, hogy végleges eltávolítást ilyen módon csak a legritkább esetekben és ott sikerült elérnünk, ahol egészen kicsiny, egyedül, vagy egymástól messze álló h. f.-ökkel álltunk szemben. Más vegyszereket (tejsav-, carbol-, chrom-, salétrom-, vagy trichlorecetsav, formalin, stb.) ma már alig használnak.

Sokkal gyakrabban alkalmazzuk a *sebészi eljárásokat,* amelyek közül megemlítjük: 1. Az éles kanállal végzendő kikaparást (excochleatio), amelyet chloraethyl anaesthesia, vagy — főleg a vulván észlelhető kiterjedtebb h. f.-ök esetében — aether-, vagy chloraethylbódulatban végzünk. Ilyenkor a kisebb vérzéseket liquor ferri sesquichlorati ecseteléssel, az erősebbeket pedig stryphon gaze-val egyszerűen és gyorsan csillapítjuk. 2. A kisebb kocsányon ülő növedékek eltávolítását Cooper ollóval. 3. Az excisiót (helyi érzéstelenítés mellett.) Nagyon ajánlatos a sebészileg eltávolított képletek alapját acidum carbolicum liquefactummal megedzeni, vagy még inkább elektrokauterrel elégetni.

A sebészi beavatkozások közé soroljuk még az elektrokautert, a hidegkaustikát (diathermia) és az elektrolysist is, amelyek mind kitünő szolgálatot tehetnek, de a gyakorló orvos számára nem nélkülözhetetlenek.

Ha a h. f.-ök lapszerinti terjedése igen nagy, vagy azok igen nagyszámúak, — ami, mint már ismeretes, fő-

leg a női genitáliákon fordul elő —, akkor a sebészi eltávolítás nehézségekbe ütközik. Ilyenkor *röntgenkezelést* végzünk 2 mm. Al. szűrővel. 300—350 R. adagolásával 6—8 heti időközökben. Röntgenbesugárzással teljes gyógyulást csak ritkán észlelhetünk. Rendszerint megelégszünk a képletek visszafejlődésével és a továbbiakban az előbbi módszerek valamelyikét választjuk, annál is inkább, mert a további — főleg helytelenül alkalmazott — röntgenkezelés késői ártalmakkal járhat, ami a női genitáliákon nemcsak kellemetlen, hanem a physiologiás secretumoknak a ruhához dörzsölése által súlyos elváltozásokhoz — (rosszindulatú fekélyképződés) — is vezethet. A röntgenkezeléskor ügyelnünk kell arra, hogy az ovariumok kellő védelemben részesüljenek; gravid nőkön a születendő gyermek érdekében hasonlóképen cselekszünk, vagy még helyesebb más eljárást választani.

Külön kell megemlítenem a húgycsőben előforduló h. f.-öket, amelyeknek eltávolítására legtöbben *endoskopos eljárással* elektrokauterezést, hidegkaustikát, elektrolysist (negativ polus 2—2.5 MA., 30—45"), vagy excochleatiót végeznek, mi azonban ezeket az eljárásokat, — hacsak lehet — elkerüljük, főleg akkor, ha a h. f.-ök a húgycsőben nagy felületen székelnek. Ezekben az esetekben ugyanis mindig számolnunk kell avval a körülménnyel, hogy a fenti eljárások hegképződést és ennek következtében erősebb stricturák kifejlődését vonják maguk után. A h. f.-ök száma a húgycsőben néha rendkívül nagy lehet. Klinikánkon egy esetben a húgycső pars cavernosa-jában több száz, egymás mellett ülő h. f-t figyeltünk meg. Ha ezt a fenti eljárások valamelyikével kezeltük volna, úgy bizonyára nagyfokú stricturaképződés indult volna meg. A beteget endoskopos úton óvatosan kezeltük. Fentebb ismertetett hyperolos eljárással a húgycsőnek kisebb szakaszait (nagy nyálkahártyafelületen roncsolást okoz!) ecseteltük és a következő napokon hosszú pálcikákra csavart vattapamacsot (2—3, esetleg 4 darabot) vezettünk a tubuson keresztül a beállított h. f.-ökig, illetőleg azok közé és a pálcikákat 90—90°-nyi szögben jobbra-balra csavartuk. Többször megismételt beavatkozás után a h. f.-ök egymás után lelökődtek és a beteg azóta is (3 éve) tünetmentes.

Preininger Tamás dr.,
egyetemi c. rk. tanár, Debrecen.

Katarakta diabetica.

A diabetes és a katarakta közötti okozati összefüggés biztosan csak a fiatalkorú diabeteseseken állapítható meg. Ezeken a lencse elszürkülése rendszerint mindkét szemben és feltünő rövid idő alatt — pár hét, esetleg pár nap — fejlődik ki és minden más szóbajöhető ok, mint tetania, myotonia, öröklődő hályog, katarakta complicata, stb. kizárható. Öregkorban ezt az összefüggést alig lehet megállapítani, mert kétségtelen, hogy idős diabeteseseken a diabetestől függetlenül is fejlődhetik ki egyszerű senilis katarakta és nincs olyan vizsgáló módszerünk, amellyel az igazi diabeteses katarakta typusát biztosan elkülöníthetnénk a senilis és praesenilis katarakták változatos formái közül. Ehhez még a legutóbbi évek réslámpa corneamikroskópos vizsgálatai sem nyújtanak elegendő támpontot, mert ezen morphológiai kutatások még nem eléggé nagy számúak és az eredmények nem eléggé egybehangzóak. Minden valószínűség szerint az igazán diabeteses eredetű katarakta jóval ritkább, mint ahogy az a különféle kimutatásokból kitünik, mert ezeknek az összeállításakor meglehetősen önkényesen sorolták a kataraktákat egyik, vagy másik csoportba. A hályog feltünő gyors kifejlődése diabetes esetén öregkorban is az anyagcserezavar és a katarakta közötti szoros összefüggést valószínűsíti, azonban a hályog gyors kifejlődéséről csak akkor lehetünk biztosak, ha előzőleg a lencse tisztasága tényleg megállapíttatott, mert a beteg adatai ebben a tekintetben sokszor megbízhatatlanok. Hiszen tudjuk, hogy a lencse széli részein az elszürkülési folyamat hosszú időn át lassan progrediálhat és a beteg látását jelentősen csak akkor zavarja, amikor már a pupilla területét is eléri. Egyébként úgy látszik, hogy az insulin-kezelés elterjedése óta az a felfogás is módosításra szorul, hogy a hirtelen kezdet és a gyors kifejlődés minden esetben jellemzője a diabeteses kataraktának. Ugyanis mind gyakrabban számolnak be arról, hogy erélyes insulin-kezelés és a megfelelő diaeta mellett még jelentős lencsehomályok is feltisztulhatnak, vagy ahol ez nem is következett be, az elszürkülés továbbterjedése lassúvá vált.

Amint a senilis kataraktáknak keletkezésének módja is még vita tárgya, úgy arról is csak feltevések vannak, hogy ez az anyagcseremegbetegedés miként okozza a lencse elszürkülését. Nem magyarázható meg ez teljesen, sem az osmotikus egyensúly megváltozásával, sem a szervezet savi mérgezettségével, sem más eddig felmerült feltevéssel. Valamely ismeretlen tényezőnek kell még szerepelni, amely általában mint a lencse elborulásához szükséges dispositio fogható fel.

A diabetesnek a lencse kolloidális rendszerére gyakorolt hatása abban is megnyilvánulhat, hogy egyik napról a másikra a szem fénytörésében jelentős változások állanak be. Ezt sokszor a lencse elszürkülése követi, de az is lehetséges, hogy a lencse a továbbiakban is tiszta marad. A fénytörésnek ezen aránylag ritka megváltozása legtöbbször múló természetű és két irányú lehet, vagy növekszik a lencse törésmutatója és ez kisebb-nagyobb fokú rövidlátóságot von maga után, vagy csökken a lencse törőereje és túllátóvá válik a szem.

Kisebb-nagyobb körülírt lencseborúságok spontán, vagy insulin kezelésre is feltisztulnak, azonban a lencse teljes elszürkülése esetén csak a műtéti kezelés jöhet szóba. A műtét csak azért kényesebb, mert diabetesben minden szövet és így az intraocularis szövetek is, fertőzés ellen kevésbbé ellenállóak, ezért a postoperativ iritisek valamivel gyakrabban fordulnak elő, mint egészségeseken, továbbá, mert itt-ott utóvérzés lép fel a csarnokban, vagy a retinán. A végleges eredmény azonban általában nem rosszabb, mint a nem cukorbajosok esetében. A műtétkor gyakran észlelhető, hogy több-kevesebb pigment festi meg a csarnokvizet. Diabetesben ugyanis a pigmentepithel valamely toxikus elváltozást szenved, a sejtek megduzzadnak és bennük a festék igen mobilissá válik. Ezért láthatunk gyakran diabetesben az iris elülső felületén és a cornea hátsó felületén pigmentszóródást. Műtétkor az elfolyó csarnokvíz a pigmenthámnak ezt a laza festékjét sodorja magával. A műtét előtt természetesen insulin- és diaetás kezeléssel cukortalanítani igyekszünk a beteget és a kezelést a sebgyógyulás ideje alatt is folytatjuk. Ilymódon a diabetes a műtét végső eredményét nem veszélyezteti.

Kukán Ferenc dr. egyetemi tanársegéd.

A gyakorló orvos laboratoriumi feladatai.

VII. közlemény.

A *húgycsőváladék* vizsgálatát gyulladásos folyamatok gyanuja esetén végeztetjük. Bő váladék mellett, a vizsgálati anyagot kiégetett platinkaccsal a húgycsőnyilásból kibuggyanó váladékból vesszük és alkohollal s aetherrel gondosan megtisztított tárgylemezen, vékony rétegben egyenletesen szétdörzsölve, s levegőn megszárítva, fixálatlan állapotban az I. számú közleményben leírt módon csomagolva adjuk postára. Hogy a különböző festési eljárások alkalmazását lehetővé tegyük, minden esetben lehetőleg három, de legalább két kikent készítményt csinálunk. Férfiak idült gonorrhoeája esetén reggel, a vizelés előtt, veszünk váladékot és ezen úgynevezett reggeli cseppet dörzsöljük szét tárgylemezeken. Ha a váladék mennyisége csekély, platinkaccsal közvetlenül a húgycsőből próbálunk anyagot nyerni és vizeltetés után, az első portióban uszkáló fonalakat vétetjük a vizeletnél leírt módon vizsgálat alá. Nőkön gonorrhoea gyanúja esetén a húgycsőváladékkal együttesen mindig a nyakcsatornából és lehetőleg a Bartholini-mirigyekből veszünk váladékot. A hugycsőváladék vételéhez a hugycsőnyílás előzetes megtisztítása után kiégetett platinkacsot használunk, s ügyelünk arra, hogy a vizsgálati anyaghoz hüvelyváladék ne keveredjen. A *nyakcsatornaváladékot* a méhszáj tükörrel történő feltárása után, kiégetett platinkacs segítségével emeljük ki. Felnőttek gonorrhoeájában a hüvelyváladék vizsgálata biztos eredményt nem ad, ellenben gyermekeken csak a vulvaváladék vizsgálatára terjeszkedhetünk ki, s friss esetben a gonococcusok rendszerint fel is találhatók. A női nemzőszervek váladékának kikent készítményekben végzett vizsgálata kizárólag a gonorrhoea szempontjából ad megbízható eredményt. Gyermekágyi sebfertőzés kórokozója a hüvelyváladék vizsgálata útján, rendszerint nem állapítható meg és csak a *hüvelyváladék* tenyésztéses vizsgálata ad határozott eredményt. Hüvelyváladékból a fertőzést kiváltó okra, a betegség súlyosságára legfeljebb akkor következtethetünk, ha a váladékban streptococcusok tiszta tenyészetben vannak jelen. Gyermekágyban a méhváladék vételére, gyakorló orvos csak akkor vállalkozzék, ha a váladékvételhez szükséges steril váladékecsettel, vagy Döderlein-féle váladékcsővel rendelkezik és a művelet sterilitását minden tekintetben tökéletesen biztosítani tudja. A váladékecset fogantyúját méhsonda módjára abortusfogóval vezetjük be, a méhtükörrel feltárt és az elülső hüvelyfalra gyakorolt húzással tátongóvá tett külső méhszájon át a méhürbe és használat után a váladékecsetet tartályába azonnal visszadugjuk és lezárva küldjük vizsgálatra. Ha a beteg méhváladéka streptococcus, vagy staphylococcus pyogenes csoportba tartozó bakterium törzset tartalmaz, „fertőzöttnek" kell tekinteni és a műtéti indicatiók megválasztásában ehhez képest kell eljárni. A *prostataváladékot* olyan módon vesszük, hogy reggel vizelés előtt, a hugycső kimosása után, erőteljes prostatamassaget végzünk és a húgycsőből ürülő váladékot platinkaccsal tárgylemezeken dörzsöljük szét. Az *ondót* a köpetnél leírt módon csomagolva küldjük vizsgálatra. — Ondónyomok bűnjeleken keresésére gyakorló orvos sohasem vállakozzék, hanem a bünjeleket eredeti állapotukban megőrizve, a nyomozó hatóságoknak adja át.

A húgycső gyulladásos folyamatai esetén legtöbbször gonococcusok kimutatására törekszünk. *Nem gonorrhoeás eredetű hugycsőgyulladás* esetén többnyire bakterium coli ritkábban streptococcus, staphylococcus, enteroccocus, stb. kimutatása jöhet szóba. Heveny *gonorrheában a kórokozók*, kikent készítményekben rendszerint biztosan kimutathatók. — Idült gonorrhoea esetén a kikent készítmények vizsgálata gyakran negativ eredménnyel jár. — A negativ lelet sem heveny, sem idült megbetegedésben gonorrhoeás fertőzés ellen nem szól és ilyenkor a vizsgálatot feltétlenül meg kell ismételtetni. Amennyiben a fennálló klinikai gyanu esetén a második vizsgálat is negativ eredménnyel jár, vagy a kikent készitményben a vizsgáló állomás a bakteriumok minőségét határozottan elbirálni nem tudja, a gonococcusok kitenyésztése jöhet szóba s ilyenkor a kötőhártya vizsgálatkor leírt módon, helyszinen oltunk be táptalajokat. Idült gonorrhoeában, különösen ha kellő mennyiségü váladék nincs, a folyamat provokálása válhat szükségessé. Nőkön a méhkürtökben felszálló gyulladás esetén a kórokozók a nyakcsatornaváladékból gyakran teljesen eltünnek és csak a betegség subacut szakában jelennek meg ujra. Tehát a húgycső és a nyakcsatarna váladékának gonococcus vizsgálata gonorrhoeás salpingitisre, oophoritisre, pelveoperitonitisre gyakran nem nyujt semmiféle felvilágosítást. — *Prostataváladékban* a sejtek főtömegét epithel sejtek képezik, ellenben leukocyták csak elvétve találhatók. Tömeges, lecithin cseppekkel kitöltött leukocyták jelenléte *prostatitisre* támaszthat gyanut. A mirigyváladékban *gonococcusok* többnyire csak friss folyamatkor találhatók, idült esetben a kórokozók csak ritkán mutathatók ki. Az *ondó* vizsgálatát elsősorban a *férfi nemzőképességének* elbirálása céljából végeztetjük és ondófonalak spermatorrhoeában észlelhető rendellenességeinek megállapítására törekszünk.

A nemzőszervek fekélyeinek sebváladékában rendszerint Unna-Ducrey-féle bacillust, vagy spirochaeta pallidát keresünk. *Ulcus molle* gyanuja esetén a vizsgálati anyagot a fekély előzetes letisztítása és physiologiás konyhasóval történő leöblítése után, a fekély alapjáról vagy az alávájt sebszélekről lekaparással vesszük és megtisztított tárgylemezre a torokváladéknál leírt módon kenjük ki. Itt is legalább két lemezt küldünk vizsgálatra. A kezdeti stádiumban lévő *syphilis* gyanuja esetében a 40.700—1930. N. M. M. sz. rendelet előírása szerint „a fekélyt steril konyhasóoldatban áztatott vattával kell letisztitani, majd kiégetett, de kihült kés hátával történő enyhe kaparásra a fekély felszinéről kiserkenő nedvet tárgylemezre kell vékony, egyenletes rétegben kiteríteni." A vizsgálati anyag vételekor ügyeljünk arra, hogy a fekélyes területet erősebben fel ne sértsük, nehogy a sebsavóhoz vér keveredjen. Mindig három, de legalább két kikent készítményt csináljunk és a praeparatumokat az I. közleményben leírt módon csomagolva adjuk postára. A syphilises vizsgálatok a 40.700—1930. N. M. M. sz. miniszteri rendelet értelmében az OKI. által a lehetőséghez képest végzendő vizsgálatok közé tartoznak, melyek az OKI-hez, vagy fiókállomásaihoz küldhetők. „Ha a vizsgálati anyagot hatóság, illetőleg annak szakközege küldi be, a betegségnek közigazgatási szempontból szükséges megállapítása céljából, ezenkívül, ha a beküldött vizsgálati anyag olyan betegtől származik, akinek Országos Betegápolási és Gyermekgondozási pótadó terterhelő ápolásra van igénye, a vizsgálatokért az intézet díjat nem számít." Primaer fekély esetében a vér egyeidejü beküldése felesleges, mert a Wassermann-reactió ilyenkor még negativ.

Haranghy László dr. egyet. magántanár.

Adatok a chinin és combinatiói használhatóságához a szülészetben.

Közel 10 éve foglalkozom már a chinin és különböző combinatiói használhatóságának megállapításával a szülészet terén. Ezirányú tapasztalataim egy részéről már 1931-ben beszámoltam a Zbl. f. Gyn. hasábjain. Értekezésem keretében kimerítően leírtam tapasztalataimat a chinin addig ismert mindennemű adagolási módjáról és megállapítottam azt, hogy van még a chininnek a szülészetben egy újabb alkalmazási lehetősége is, amelyet ezideig egyáltalán nem vettek igénybe. Beszámoltam arról is, hogy az addig ismeretes utakon alkalmazva a chinint, mindig ki lehetünk téve valamelyes kellemetlen, sokszor magát a kezelést is megbénító eseménynek. Ezért ajánlottam én már akkor is kellő előkészítés mellett a chininnek végbélkúpokban történő alkalmazását.

Azóta sem sokat hallottam az irodalomban az általam ajánlott eljárásról. Meglepett, hogy a Knoll gyár értesített arról, miszerint a cardiazol nevű készítményét a chininnel, mint célszerű combinatiót akarja forgalomba hozni végbélkúpok alakjában. Egyrészt ez, másrészt az, hogy a chininnel kisérleteimet tovább folytattam, vezetett arra, hogy a cardiazol-chinin kúpnak, másrészt magának a tiszta chininnek a szülészetben rectalis alkalmazásáról beszámoljak.

Meggyőződésem ugyanis az, hogy a jövő gyógyszerelése néhány nélkülözhetetlen injectiós készítményünk mellett feltétlenül a suppositorium lesz. Évek óta végzem megfigyeléseimet a végbélen keresztül adott gyógyszerek hatását illetőleg és ezek erősítettek meg abban a feltevésemben, hogy ha nem különösebb helyileg izgató hatású a kiválasztott gyógyszer, mindig a végbélen keresztül történő gyógykezelést alkalmazom.

Különösképpen érvényesnek láttam ezt a szülészetnőgyógyászatban, ahol a gyomor az esetek túlnyomó részében mindig érzékeny, részben a hashártya részéről származó izgalmak miatt, részben a betegség által, aminek következtében a per os therapia gyakran csődöt mond. — Az intravenás injectiók legtöbbször nem közömbösek, a bőr alá, vagy izom közé fecskendezett gyógyszer pedig igen gyakran fájdalmat okoz.

Végbélen keresztül adagolhatók a legkülönbözőbb anodyn szerek, antipyretikák, az ópium és származékai az atropin készítmények, a legkülönbözőbb cardiacumok és újabban a belső elválasztásos mirigy-készítmények, melyek szájon keresztül az egy thyreoideát kivéve, hatástalanok.

Szülőintézetünkben soha nem adunk perorálisan gyógyszert. Évek óta alkalmazzuk *vetélések*, koraszülések, korai burokrepedés, primaer fájás gyengeség és szülés megindítás alkalmával rectalisan a chinint. Megállapíthattuk ezek alapján azt is, hogy a végbélből gyorsabb a chinin felszívódása, mint a gyomorból és 15—20 perc múlva az esetek túlnyomó részében mindig ki volt mutatható a chinin a vizeletben. De 20 perc múlva már a chininhatást is ki lehet mutatni a meginduló méhtevékenység alakjában.

Az idők folyamán egyrészt a szülés okozta fájdalmak csökkenése, másrészt egyéb követelmények kielégítése szempontjából combináltuk chinin kúpjainkat cardiotonicumok, sedativumok és az anodyn hatású szerek különböző alakjaival. Ezen combinatiók közül jó eredményeket értünk el a Knoll gyár által forgalomba hozott dilaudiddal.

Kipróbáltuk a chinint szintén a Knoll gyár által forgalombahozott cardiazol chinin alakjában is. A készítmény maga szerencsés elgondolás eredménye. A cardiazol kitünő szív stimuláns úgy az anyára, mint a magzatra nézve, ezenkívül stimulálja úgy az anyai, mint a magzati légző központot is. A chinin pedig mint chininum valerianicum van a szerben, mitől enyhe sedativ hatást is várhatunk.

Az 1931-ben megjelent értekezésemben a rectalisan adagolt chinint az úgynevezett módosított Hammerschlag-féle eljárás keretében ajánlottam. Azóta szerzett tapasztalataim némileg az akkor ajánlott séma megváltoztatására birtak. Ujabban csak 0.20 grammos kúpok alakjában adjuk. A Knoll gyár készítménye 0.25 chininum-valerianicumot tartalmaz, 0.10 gr. cardiazol mellett, ami körülbelül megfelel az előbb említett mennyiségnek. Teljesen elegendő 24 óra leforgása alatt háromszor adni ezt az adagot kúp alakjában, bármilyen esetről is van szó.

A lázas vetélések, korai burokrepedések, művi koraszülések, vagy művi vetélések és a primaer fájás-gyengeség kezelésére az első napon semmi mást nem adunk, mint háromszor 1—1 kúpot. Az első napon a méh sensibilisálására használjuk fel, mint mondani szoktuk, megchininezzük a méhet. Ha erre az eljárásra nem indul meg a kielégítő méhtevékenység, a második nap folyamán adhatunk még 1—2-szer kúpot, de feltétlenül adunk aszerint, ahogy a szükség azt megkívánja, 4—6-szor 0.5—1 ccm. 3. glanduitrint is bőr alá. Ha erre az eljárásra sem következne be a megkívánt hatás, akkor az egész eljárást még egyszer megismételhetjük.

Ujabban a cardiazol chinint használtuk szemcsék, injectiók és végbélkúpok alakjában. Eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

Perorális adagolás mellett, ha a gyomor nem volt különösebben érzékeny, nem látunk kellemetlenségeket. — Az injectiókat kizárólagosan izom közé adtuk, részint a gyermekágy tartama alatt fellépő lázas megbetegedések kezelésére, részben fájás keltés szempontjából. Az említett kétféle adagolás hatására a közérzet és az étvágy javult, a hőmérséklet 0.5—1.5 C°-al süllyedt, a pulzus javult, erőteljesebbé vált, a betegek csakhamar a gyógyulás útjára léptek. Egy sepsis puerperalis esetünkben három héten keresztül tudtuk cardiazol-chinin adagolásával aránylag elviselhetővé tenni a betegséget.

A végbélkúpokat főként korai burokrepedés, elsődleges fájás gyengeség, lázas vetélés, művi vetélés és művi korai szülés esetében alkalmaztuk. Eredményeink mindig jók, sőt néha meglepőek voltak. Több esetben észleltük középkorú, először szülőn korai burokrepedés esetében a teljesen fájás nélküli méhen egyetlen-egy kúp adagolása után 20 perc múlva igen erős méhtevékenység megindulását, úgy hogy a szülés 2—3 óra alatt meg is történt.

A Knoll gyár által forgalomba hozott cardiazol-chinin készítményben tehát egy igen jó gyógyszert nyertünk, a szülészeti lázas megbetegedések kezelése terén, mely a hypophysis hátsólebeny készítmények mellett a legerélyesebb fájáskeltő szerünk is lett. A cardiazol chinin injectióval nem tudtunk olyan erélyes méhtevékenységet megindítani, mint a végbélkúpok segítségével.

Mivel igen gyakran egyetlen-egy kúp is kielégítő eredményt ad, a következő kúp behelyezéséig feltétlenül várjunk legalább négy órát.

Bősze Lajos dr.
a debreceni szülőotthon főorvosa.