82. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1938 február 5.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM ORVOSTUDOMÁNYI KAR KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Torday Árpád: Egyes kérdések a vese-pathologia köréből. Uraemia és vese-acidosis (120—123. oldal.)
Toldy Loránt: A fogamzás elleni védekezés. (123—126. o.)
Surányi Gyula és **Martyn Róbert:** Csecsemő toxicos smentes heveny exsiccosisa. (126—128. oldal.).
Galcsik Boldizsár: A csecsemőkori dysenteria fülészeti vonatkozásai. (128—130. oldal.)
Richter Endre és **Szabó Tihamér:** Iszapborogatások hatása a végtagok capillaris keringésére. (130—132. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan, — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (133—134. oldal.)
Könyvismertetés: (134—135. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (135—136. oldal.)
Vámossy Zoltán: Három és fél millió a falunak. (136—137 o.)
Vámossy Zoltán: A Szent Gellért Gyógyfürdő vizgyógyintézetének áthelyezése. (137. oldal.)
Heinrich Emil: Irányítás az egészségügyi szolgálat alaki részében. (138—139. oldal.)
Vegyes hírek: (139—140. oldal és a borítólap III. és IV. o.)

Egyes kérdések a vese-pathologia köréből. Uraemia és vese-acidosis.

(Semmelweis-előadás.*)

Irta: *Torday Árpád dr.* egyet. rk. tanár, közkórházi főorvos.

Az uraemia az eddigi megfigyelések szerint nem fogható fel pathogenetikai egységnek. — Ugyanis az eklampsiás és pseudo-uraemiás görcsök veseműködési elégtelenség nélkül is előfordulnak, míg a valódi idült uraemia mindig veseműködési elégtelenséggel jár. Ezen az alapon hamis és valódi uraemiát különböztetnek meg. Az előbbit hirtelen beálló görcsök jellemzik egészen jó veseműködés mellett, amelyek után következményes elváltozások nem maradnak vissza. A valódi uraemiában a folyamat lassan fejlődik ki, hosszan tart és maradandó elváltozásokkal jár. Az eklampsiás és a pseudouraemiás állapotban amilyen heves és ijesztő a kép, olyan hamar vissza is fejlődik. Az eklampsiás tünetcsoport a heveny nephritisben, a pseudouraemia teljesen ép vesék mellett szokott mutatkozni. Azonban idült vesegyulladásban, sőt annak uraemiás szakában is lehetnek olyan tünetek, amelyek klinikai megjelenése és lefolyása inkább az eklampsiának felel meg. Az eklampsiás uraemiát a kirobbanási bántalmakhoz sorolják, amivel nemcsak hirtelen megjelenését akárják kifejezni, hanem azt is, hogy tartama nem felel meg az elsőleges ok jelenlétének. Mert pl. eklampsiás roham után a zsugorvesében szenvedő beteg anuriája még tovább tarthat, mert a mérgező anyag szervezetéből nem távozott el, sőt meg is szaporodott. A jelenségek periodicitásából arra következtetnek, hogy a méreg által kiváltott roham, mint antiallergiás reactio, méregtelenítőleg hatott és a roham kimaradt mindaddig, míg a reactio következményei tartanak. Az eklampsiás uraemiát Volhard- és Traube-féle elmélet alapján magyarázza. E felfogás szerint az elsőleges szívtültengés miatt bekövetkezett fokozott vérnyomás a hydraemiás vér segélyével agyvizenyőt vált ki, amely az agy capillarisait összenyomja és ez okozza az agy és központjainak vérszegénységét. Az uraemiában elhunytak agyvíztartalma azonban nem mindig fokozott és ezért *Rosenstein* a fősúlyt az agy vérszegénységére fekteti. Az eklampsiás roham keletkezésében a fokozott vérnyomás alapját görcs is szolgáltathatja *Lichtwitz* felfogása szerint. — Az agyvérszegénység magyarázza meg a vízkiválasztás zavarával, vagy anélkül járó eseteket is, továbbá azt, hogy miért nincs uraemia veseamyloidosisban. Utóbbi bántalomban ugyanis a görcs kiváltásának két tényezője, a vérnyomásemelkedés és a szívtultengés hiányzanak. A pseudouraemia azt bizonyítja, hogy a vesék teljes jó működése mellett a hypertonia által kiváltott spastikus állapot is elégséges a görcsök kiváltására és az érgörcs következtében támadt agyischaemia következményei az általános görcsök. Azonban azon görcsös uraemiának, amely vesecelégtelenség következtében támad, oka valószínűleg szintén az agyerek spasmusa lehet. *Volhard* az idült valódi és heveny eklampsiás uraemiát pathogenetikai szempontból élesen megkülönbözteti. *Lichtwitz* azonban azon az alapon, hogy mindkettőben a tüneteket az érspasmus váltja ki, sem szükségesnek, sem jogosnak nem tartja a heveny és az idült uraemiát különböző pathogenetikai feltételekhez kötni. Azt tartja, hogy a heveny uraemiában a méreghatás rögtön érvényesül, míg az idültben lassan hatol be a szervezetbe, úgy hogy az némileg hozzá is szokik. A heveny és idült vesegyulladásban a hamis és valódi uraemia kórképei egymástól eltérő voltuk ellenére ugyanazon okból keletkezhetnek, amikép ugyanazon méreg kórtünetei is különböznek aszerint, amint a mérgezés heveny, vagy idült alakban jelentkezik.

A következőkben a valódi uraemia alapját képező veseinsufficientia egyik jelegzetes tünetével a R. N. kérdésével akarok foglalkozni. A R. N. nagysága és az uraemia nem haladnak egymással párhuzamosan. Erősen meg lehet szaporodva, mégsem vált ki rohamot, viszont kifejezett lehet a roham a R. N. emelkedése nélkül is. Ez alapon a lényeges R. N. emelkedéssel nem járó eklampsiát, mint tüneti uraemiát, a görcsök nélkül lefolyó tetemes R. N. emelkedéssel mint valódi alakkal állították szembe. A R. N.-nek, mint húgynemű anyagnak főleg a chronikus uraemia kiváltásával van lényeges szerepe. Súlyos állapotban 120—150 mg% is lehet, azonban már 60—80 mg% mellett is okozhat uraemiás rohamokat. Az urae-

*) Előadta: a Közkórházi Orvostársulat 1938 január 12-iki évzáró ülésén.

mis állapot alatt mennyisége rohamosan szaporodhat, egészen 300 mg%-ig.

Azonban a R. N. tetemes emelkedése nem áll mindig a vesék elégtelen működésével kapcsolatban. Az extrarenalis azotaemia a súlyos májbántalmak, heveny májsorvadás, fehérvérűség, heveny fertőző megbetegedésekben fordulhat elő. A vizenyőre hajlam után bekövetkező anuria könnyen emelheti a R. N. értékét, valamint a szervezet rendkívüli vízelszegényedése, bár egyébként kielégítő veseműködés mellett. Súlyos gyomorvérzés után előfordul R. N. emelkedése, ami bő folyadékbevitellel megszüntethető. A vérsavó alacsony chlorértéke mellett R. N. retentio állhat elő anélkül, hogy a vesék betegek lennének, vagy hogy insufficientia lenne olyan értelemben, amint azt vesebántalmak renalis elégtelenségében felveszik. A R. N. emelkedés fokozott vérnyomás nélkül is előfordulhat, mint a *Mixius* által közölt esetekben tubularis insufficientiával, anélkül, hogy a vérkeringés gyengülése állt volna fenn. Postoperativ anuriában is tetemesen emelkedhet a R. N. Az extrarenalis R. N. emelkedése cerebralis eredetű is lehet, mint a *Wüllenberg* által közölt esetekben, amikor subarachnoidalis vérzéssel és meningealis apoplexiával függött össze. Súlyos coffein mérgezés kapcsán is emelkedhet a R. N., mert a súlyos capillaris zavar miatt az agy és egyes szervek rosszul lesznek vérrel elltáva, ami miatt toxikus sérülés következtében bekövetkezhet a fokozott szövetbomlás. Azonban felmerül ilyenkor az a kérdés, hogy azon eseteket, amelyekben a R. N. emelkedésének a fokozott fehérjebomlás az alapja, jogos-e a valódi nephritistől elkülöníteni? Figyelembe veendő, hogy ugyanazon méregre az egyik szervet spasmus és hypertoniával, a másik kisebbfokú vérnyomás emelkedéssel és végül a harmadik vérnyomás emelkedés nélkül reagál.

Minthogy az uraemia mérge nagy valószínűséggel fehérjeszármazék, ezért a franciák azon fractióban keresték, amely a hugyany N. levonása után a maradék N.-ból visszamarad. Ez a residual N. az ő vizsgálataik szerint párhuzamosan halad az uraemiás tünetekkel. Kérdés azonban, hogy e méreg csakugyan kering-e a vérben és hatás nem nem függ-e attól, hogy milyen mértékben kötődik meg az egyes szervekhez és szövetekhez? Lehet, hogy az a proteinogen anyag, amely a szervezetben rendkívül kis mennyiségben keletkezik és csekély N. tartalma miatt mint residual N. jut kifejezésre, hatását inkább biologiai úton fejt ki és chemiailag alig fogható meg. Ilyen hatásai lennének a vérnyomás emelkedés és a pupillák kitágítása.

A hepatorenalis megbetegedésekben főleg a residual nitrogen szaporodik meg. *Nonnenbruch* szabályszerű viselkedést talált a residual N. és a vérsavó hugyanytartalma között, mert a hugyanytükör süllyedését a R. N. emelkedése követi. A franciák hepato-nephritis név alatt kórképet írnak le, amely többnyire fertőzéses- toxikus alapon keletkezik. *(Weil,* kór, pneumococcus, paratyphus B) és amelyben a máj és vesék egyidejüleg betegszenek meg. A máj súlyos bántalmazottsága mellett a vesék is súlyos elváltozásokat mutathatnak oedemákkal, olykor anuriával és halálos uraemiával. *Nonnenbruch* olyan esetet is közöl, amelyben pangásos máj állott fenn, mitral szív mellett, több napig tartó anuriával és sectiókor a vesék épek voltak és csak a pangás jeleit mutatták, úgy hogy a kisfokú elváltozás nem magyarázta meg az anuriát. Ezért az elővese zavarára lehetett gondolni. Erős vizenyőre való hajlam a vér vízszegénységével utána következő anuriával könnyen emelheti a R. N.-t E csoportba tartozik a *Klein* és *Nonnenbruch* által 1929-ben leközölt eset vizenyővel és halálos végű uraemiával megtartott veseműködés mellett nephritis nélkül.

A hypochloraemia, vagyis a vér chlorszegénysége olykor a csendes uraemiához hasonlíthat. A tüneti hypochloraemiában a tünetek ép vesék mellett mutatkoznak. Magam is közöltem évek előtt egy esetet, amelyben a hypochloraemiát a vékonybeleknek epekő által bekövetkezett elzáródása váltotta ki, amely miatt hosszantartó hányás és nedvveszteség keletkezett a R. N. emelkedésével, fehérjével és cylinderekkel a vizeletben. A vérnyomás azonban alacsony volt. Leírtak ilyen tüneteket pylorus szűkület miatti tartós hányásban, duodenalis toxaemiában, terhesek nagyfokú hányásában, Addison-kórban, ahol a mellékvesék elégtelensége a Na. anyagcserét lényegesen befolyásolja. *Blum* rámutat a sóhiány miatti azotaemiára, amely a diabetesés acidosisban is előfordul. A kép uraemiától alig különböztethető meg, mert szellemi és testi gyengeséggel, álmossággal, öntudatzavarral, az izmok fokozott ingerlékenységével és hányással jár. Azonban a hypochloraemiában a bőr száraz, a vizelet concentrálóképessége megtartott és mennyisége csekély. A vörösvérsejt és Hgb.-értékek inkább magasak és a vér alkaliértéke emelkedett. Más esetekben a veseműködés zavart és a boncolásra kerülő esetekben degenerativ elváltozásokat találtak a tubularis epithelsejteken és diffus gyulladást a glomerulusokban. A konyhasó bevitele a hypochloraemián alapuló részt, mindenekelőtt a hányást megszünteti, azonban a betegség lefolyására nincsen befolyással. *Farkas* a hypochloraemiával járó uraemiás állapotokban híg NaCl-t vagy Ringer-oldat infusióját ajánlja. — *Gömöri* és *Podharszky, Leon Blum* és *Gamble* munkája alapján a kérdéssel foglalkozva és *Kerpel Fronius* kísérleteire hivatkozva, rámutatnak arra, hogy a Na és az általa kisért kiszáradásnak van fontossága az azotaemia létrejöttében, míg magának a chlornak nincs szerepe.

Minthogy a R. N. extrarenalis okokból is megszaporodhat, ezért mellette az aromás anyagokat is vizsgálják, sőt a Becher-féle xanthoprotein és az indikán felszaporodásának az uraemia kórjelzésében a R. N. emelkedésénél nagyobb jelentőséget is tulajdonítanak. E vérmérgek különösen akkor szaporodnak fel, ha a vesék átáramlása vérrel megkisebbedett alig sérült vesecsatornácskák mellett. Ilyenkor a vesék concentrálóképessége sem szenvedett. Viszont valódi uraemiában az aromás bélmérgek állandóan meg vannak szaporodva és a valódi uraemia tünetei a retineált bélmérgek felhalmozódásával jobban haladnak párhuzamosan, mint az intermediaer fehérjebomlási termékek. Kisérletileg is igazolható, hogy az uraemiás tünetek jobban függenek össze az aromás anyagok felhalmozódásával. Ha veseelégtelenségben szenvedő zsugorvese bántalomban megbetegedett egyénbe rectalisan aminosav keveréket visznek be, akkor a vérben az aromás anyagok felszaporodnak és az uraemiás tünetek határozottan romlanak. Viszont hugyany adagolás után a valódi uraemiás tünetek fokozódása alig észlelhető.

Számos klinikai tünetet hoztak ezen anyagok, főleg phenolok retentiójával összefüggésbe, minők a vérszegénység, a hőcsökkenés és a főfájás, ámbár utóbbi inkább a hamis uraemiában gyakoribb.

A phenolból a benzolgyűrű szétbontása által oxalsav keletkezik. Ezért lehet az, hogy uraemiában oxalsav képződésre is rákerül a sor, amely a serum alacsony calciumértékét okozhatja. A calcium csökkenéssel függhetnek össze az ideges tünetek és a motorikus izgalmak is. Azonban maga az oxalsav is hasonló mérgezési tüneteket okozhat, minők a fibrillaris rángások és a fokozott reflexek.

Uraemiában és súlyos vesebajokban az acidosis kérdését már *Jaksch* 1888-ban felvetette, amikor hiányos módszerrel kimutatta a titrálható alkali megfogyását. Acidosisban az alveolaris CO_2 feszülés csökken és az élet

vége felé a H ion emelkedik. A vérben a kalium, a phosphorsav és chlor, valamint az NaCl megszaporodik, míg a calcium megfogy. A kalium: calcium hányados annál inkább emelkedik, minél jobban közeledik az absolut veseelégtelenség. A kalium és calcium ezen viszonya hiányzik eklamptikus uraemiában és pseudo-uraemiában, mert ezekben azotaemia nincs. Ezért lehet, hogy az azotaemia az oka a kationeltolódásnak, talán azért, mert a fehérjéhez kötött calcium csökkenése automatice kaliumszaporulattal jár.

Becher arra gondol, hogy a calciumcsökkenés a vérben a kénsav szaporulatával és az oxalsav megjelenésével függ össze. *Salvesen* a hypochloraemiát uraemiában a phosphatretentio következményének tartja, másodsorban pedig a serumfehérje megfogyásával hozza kapcsolatba. Azonban a hypalbuminosis nem lehet a hypochloraemia oka. A kalium és a phosphatok megszaporodása által előidézett ioneltolódás a toxikus fehérjeszéteséssel függ össze. Acidosisban termelődő savanyú anyagok forrása a toxikus fehérjebomlás lehet. Az organikus phosphor szaporulat jelentőségére utal az is, hogy diabetesben is emelkedik az organikus phosphor, ami a vesék súlyos működési zavarára utal. A chlor csökkenésére *Veil* hívta fel a figyelmet. Szerinte a hypochloraemia párhuzamosan halad az uraemiás zavarokkal és ezért ennek megállapítását zsugorvesében fontosabbnak tartja, mint a R. N.-ét. *Volhard* tapasztalatai nem egyeznek *Veil*-évél, mert valódi uraemiában is lehetnek fokozott NaCl értékek. Mások azt találták, hogy a gyorsan kifejlődő veseelégtelenség végső szakaszában hypochloraemia, míg a lassan előre haladó veseelégtelenségben inkább hypochloraemia áll fenn.

Azon zavarok, amelyeket acidosisban a savvisszatartás, a fokozott endogen savképződés okoz és amelyek miatt alkalivesztes ség támad, megzavarhatják a vesebetegek savbasis egyensúlyát. A vizenyő által nem complicált esetekben a visszatartott savakat a tartalék alkáli köti le. A vérben csökken az alkalitartalék és a vér szénsavkötő képessége is kisebb lesz. A chlor a plasmából a szövetekbe és a vörösvérsejtekbe hajtatik át. Az albumineknek ezáltal feltételezett elpusztulása okozza az acidosisban szenvedők anaemiáját és a súlyveszteséget. A vízenyővel nem járó alakokban a Na mennyisége a vérben csökkent, a vizeletben ellenben szaporodott, míg az ammoniák képzése a vesék által nagyon kis mennyiségben történik, vagy teljesen hiányozhat. Minthogy a túlsavanyított szervezetnek az alkalit nagyon kímélnie kell, ezért a phosphatokat főleg, mint monophospatokat választja ki, ami miatt a vesebetegek vizeletének reactiója szokatlan vasanyú lesz. Vizenyőben szenvedő vesebetegeken a szervezet savanyúvá válását a soda bicarbona adagolása segélyével nem lehet jól kimutatni, mert az öncompensatiós folyamatok fedik. Mindazáltal a vizenyővel járó vesebántalmak nephropathiák is a túlsavanyítással hozhatók összefüggésbe, mert nephropathiában is kimutatható az ammoniákképződés zavara. Vizenyő szakában a vesebetegek a savakat a Na-hoz kapcsolás miatt nem képesek a szervezetből eltávolítani. A szervezet a Na-t valószínűleg a kiválasztásra nem alkalmas nem illósavak közömbösítésére használja fel. Ezért azon körülmény, hogy némely súlyos állapotban az alkalitartalék normalisnak bizonyult a szervezetben, acidosis ellen nem bizonyít. Lehetséges az is, hogy a szervezet saját fehérjéjét használja fel a szervezetben megrekedt savak közömbösítésére. Tehát az albuminuria nagysága arányban lehet az ammoniák, illetve Na kiválasztásához és a szervezet védőeljárásának tekinthető a nem illó savak eliminálására.

Osztályomon az elmult év folyamán 19 heveny, 45 idült vesegyulladásban és 16 vesemedencelobban szenvedő beteg állott ápolás alatt. Dolgozatomban a tisztán belgyógyászati vesemegbetegedésekre terjeszkedtem ki, mellőzve az urologiai bántalmakat, minők a vesekő, vesehomok, pyelitis, pyonephritis és prostata megbetegedés következtében beállott veseelváltozások. Az utóbbi csoportból csak néhányról emlékezem meg, pl. egyikben kő okozta elzáródás mindkét vesében súlyos vesekehelytágulással és a veseállomány elpusztulásával járt, úgy hogy a beteg súlyos, majdnem anuriával járó ,valóságos idült uraemiával feküdt osztályomon. Ezen esetben a xanthoprotein reactio igen magas és az indikán reactio +++ volt. Az acidosis is nagyfokú volt, mert az alkalireserve 14 vol%-ot mutatott. Egy másik esetben a prostata túltengés által okozott pyelitis a veseállomány elpusztításával másodlagos uraemiát váltott ki. A vesebetegek közül 4 eklampsiás, illetve pseudo-uraemiás rohamban, 8 pedig valódi uraemiában szenvedett; 6 eset került műtétre.

Minden egyes esetben megállapítottuk a vérnyomást, a vizelet fajsúlyát, napi mennyiségét. Amikor csak lehetett higítási és concentratiós próbát végeztünk. Megállapítottuk, a vér és a vizelet NaCl-tartalmát, a R. N.-t, a húgysavat, az alkali reservet, az indikánt és a xanthoprotein reactiót. Megvizsgáltattuk a szemfenéket; röntgenátvilágítás is történt és egyes esetekben ekg. vizsgálat is. Vérvizsgálatot is eszközöltünk: majd minden esetben elvégeztük a quantitativ és qualitativ vérvézsgálatot és leolvastuk a vérsejtsüllyedés fokát is. Minthogy az irodalmi adatok szerint a R. N. emelkedése nem mindig jelenti a vesék súlyos bátalmát, mert extrarenalis okokból p. u. vitiumokban, májbántalmakban, cirrhosisban, stb. is magas lehet, ezért a felsorolt bántalmakban többízben megállapítottuk a R. N. értékét a vérben. Azonban csak aránylag kevés esetben súlyos vitiumokat kisérő oliguriában magas vizelet concentratio mellett kaptunk néhány ízben magasabb értékeket, úgyhogy pl. a vitium mellett fennálló vesebántalomra is gondolni lehetett. Azonban a keringés javultával a R. N. értéke is leesett, ami azt bizonyítja, hogy csak a keringési zavar okozta a R. N emelkedését azáltal, hogy a vesékből nagyobb mennyiségű bomlási termék szívódhatott fel. A halál előtt közvetlenül szintén fokozott lehet a R. N., a nagyfokú fehérjebomlás miatt és ezért a beteg ilyen állapotában nyert értékek diagnostikai szempontból nem értékesíthetők. Tapasztalataim alapján a R. N. meghatározásából a többi értékek figyelembevétele mellett eléggé jó betekintést nyerhetünk a vesék működési képességébe és a szervezet állapotába. A magas R. N. általában veszélyes állapotot jelent, mert a vesék működési elégtelenségére utal. Azonban emiatt nem kell okvetlenül uraemiának bekövetkeznie, mert megfelelő kezelés mellett a vesék functióképességének javultával a R. N. értéke is csökkenhet, viszont közepesen magas R. N. mellett is bekövetkezhet az idült uraemia, különösen ha a vesebántalom súlyos myocardialis laesióval complicálódott, mert ekkor a veseerekben lefolyó lassú vérkeringés és pangásos állapot a szervezetre ártalmas, mérgező anyagok felszívódását elősegíti. Heveny vesegyulladást kisérő eklampsiás rohamok alacsony R. N. mellett is jelentkezhetnek. Pl. egy esetben, amikor a vérnyomás már csaknem normalis volt, vízkisérlet közben bekövetkezett az epilepsiaszerű eklampsiás roham.

Az eklampsiás, illetve pseudo-uraemiás roham általában magas vérnyomás és vizenyős állapot mellett áll be. úgyhogy ezekre a Traube-féle elmélet jól illik. Idült nephritisben azonban magas R. N., sőt xanthoprotein és indikán reactio mellett is észleltem egy esetben számos eklampsiás rohamot, amelyek klinikailag a pseudo-uraemának feleltek meg, minthogy utána a beteg csakhamar felépült. — Ezen eset azt bizonyítja, hogy eklampsiás

uraemia, pseudouraemia és valódi uraemia között nem mindig lehet éles különbséget tenni és vegyes alakok is előfordulhatnak. Heveny nephritisben a R. N. értéke gyakran normalis.

A Becher-féle xathoprotein reactio, ha az értékek magasabbak, valamint a nagyobbfokú indikán reactio már súlyosabb sérülést jelentenek és többnyire a folyamat irreversibilitására mutatnak rá. Ezzel szemben az R. N., még ha értéke emelkedett is, az égési folyamatok élénkülése esetén, valamint a visszatartott salaknemű anyagok kiürítése után leszállhat. Egyéb friss vesegyulladás esetében jelentkező eklampsiás állapotban az indikán nincs megszaporodva, vagy csak jelzett lehet. A Becher-féle reactio általában súlyosabb, nagyobb szövetszéteséssel járó folyamatokban szokott positiv lenni, amikor a belek fokozottabb bomlási termékei is belekerülnek a vérpályába. Ezért a Becher-féle xathproten reactio, ha az értékek magasak, valamint a ++-es és +++-es indikán reactiók nagyon súlyos veselaesiót jelentenek, amelyekben a folyamat már irreversibilis és ezért az uraemia bekövetkezésétől lehet tartani. A konyhasó tekintetében egyes dolgozatok a R. N. és a NaCl között viszonyra utalnak és azt hiszik, hogy a molecularis concentratio fenntartása tekintetében a kettő antagonistikusan viselkedik, vagyis a magas R. N.-t hypochloraemia kiséri. Saját megfigyeléseimben ilyen szigorú antagonismust nem tudtam megállapítani, mert pl. elég gyakran alacsony vérkonyhasó mellett a R. N. sem volt magas. Pl. egy esetben a vérkonyhasó értéke 392 mg% volt, a R. N. pedg csak 39.2 mg%. Főleg a lassan kifejlődő uraemiás esetekben észlelhető magas R. N. mellett a hypochloraemia. Fentebb említettem, hogy közepes R. N. értékek mellett is bekövetkezhet az uraemia, mégis többnyire magas R. N. értékeket szoktak találni az idült uraemiás állapotokban. Ilyenkor ugyanis a fehérjebomlás a betegség lassú kifejlődése annyira fokozódhat, hogy emiatt a R. N. értékek is szokatlanul magasak szoktak lenni.

A vérnyomás magasságából a vesék állapotára nem mindig lehet általános következtetést vonni. Azt találtam, hogy heveny nephritisben a vérnyomás ritkán normalis, hanem inkább közepes 150—160, vagy magasabb. Eklampsiás roham alatt 220—245 Hg mm. is lehet a vérnyomás. Az állapot javultával a vérnyomás lassan csökken, úgy hogy ebből nagyobb prognostikai következetés vonható le, mint a vizelet fehérjemennyiségéből, vagy a vizeletben található alakelemek jelenlétéről. A vérnyomás természetesen nem halad párhuzamosan a R. N.-nel. Utóbbi értéke az eklampsiás roham alatt emelkedhet, amikor természetesen a vérnyomás is magasra szökelhet. Idült vesebántalmakban a vérnyomás a normalisnál mérsékelten magasabb és magas is lehet. Uraemiás állapotok bekövetkeztével rendesen magas, kivéve, ha a szívizomzat megbetegedése miatt a vérnyomás nem lehet tetemesen fokozott. Már *Lichtwitz* is hangsúlyozza, hogy súlyos vesebántalmakban a vérnyomásnak nem kell okvetlen magasnak lennie. Ez érthető is, mert az arteriolusok és a capillarisok spastikus állapotán kívül mindenekelőtt a szív állapotától is függ. Ismeretes, hogy a vesebetegek jórészében a folyamat nem fejlődik ki a veseelégtelenségig, hanem a betegek időközben apoplexiában vagy szívgyengeségben halnak meg. Ebből folyik az is, hogy az alacsony vérnyomás és a kisérő vizenyő a szívműködési elégtelenség eredménye lehet és nem lehet ebből a veseműködés elégtelenségére következtetni. Viszont aránylag csekély veseártalom mellett pl. a cerebralis erek megtámadása miatt lehet magas a vérnyomás pl. vesesklerosisban. Nephrosklerosisban aránylag jó veseműködés és vízkiválasztás mellett a magas vérnyomás eklampsiaszerű pseudo-uraemiás rohamokat válthat ki. Egy esetben a beteg egy időn keresztül zavarosan viselkedett, mint egy paralysis progressivás, majd megnyugodott, amit pseudouraemiás állapotával hoztam összefüggésbe. Sensoriuma feltisztult, azonban később öntudatzavar mellett tonikus-clonikus görcsei mutatkoztak. A sectio azután kiderítette, hogy másodlagos zsugorveséről volt szó és az illető nem eklampsiás, vagy pseudo-uraemiás rohamokban, hanem valóságos uraemiában szenvedett, amit a szervek urinonus szaga is bizonyított.

Vesebántalmakban úgy a heveny, mint az idült nephritisekben gyakran találkoztam gyorsult vérsejtsűllyedéssel. Az esetek lagnagyobb részében a vv.-szám és a Hgb. normalis volt, vagy csak kevéssel maradt ez alatt és aránylag ritkábban észleltünk nagyobbfokú anaemiát. Ezek azon súlyos elhúzódó uraemiaesetek voltak, amelyekben a betegek a toxinok mérgező hatása miatt sokat hánytak és táplálékot alig vettek magukhoz. Ezen esetekben tehát a hypalbuminaemia lehetett a vérsejtsűllyedés oka. *Rusznyák* kimutatta azt, hogy a vizenyőre hajló esetekben a fibrinogen 5%ról 35%-ra is felszaporodott. Egyes esetekben talán ez magyarázná meg a fokozott vérsejtsűllyedést is. Tekintetbe kell venni azt is, hogy a vesebántalmakat gyakran kiséri lobos exsudatio, pleuritis, perikarditis, stb., úgyhogy ezek is közrejátszhatnak a vérsejtsűllyedési gyorsulás magyarázatában. Természetesen némely esetben a vesebántalom mellett fennálló egyéb betegségtől is eredhet a vérsejtsűllyedés gyorsulása.

A vesebántalom súlyosságára az acidosis vizsgálata is szolgál. Ismeretes, hogy a fehérjebomlás, a chlór felszaporodása a szövetekben, az ammoniák csökkent kiválasztása mind fokozza az acidosist. Minthogy a vérsavó PH vizsgálatát nem végeztem, azért az alkali reservet állapítottuk meg. Vizsgálataim szerint, amelyet *Virág* segédorvos volt szíves eszközölni, az alkali reservéből adott értékekből az acidosis súlyossága nem állapítható meg. Ugyanis egy eset kivételével, amikor a súlyos uraemiában szenvedő betegnél az 14 volum% volt, a többi esetben a normalis alsó határán mozgott. Általában azonban a magas R. N. és xanthoprotein reactiónak megfelelően az alkali reserve is alacsony volt, az állapot javultával pedig emelkedett. Az értékek tehát csak ritkán szállnak alá olyan alacsony értékekre, mint diabetesben és ezért e vizsgálati módszernek nincs olyan nagy diagnostikai jelentősége vesebántalmakban, mint diabetesben, ahol szintén a vesék csökkent működését mutatják. Ez valószínűleg azzal is függ össze, hogy súlyos acidosisban a szervezet részben mély légvétellel igyekszik a szénsavat eltávolítani és így az acidosist csökkenteni. Ez a Cheyne-Stockes-féle légzés ritkán oly nagyfokú, hogy alkalosist okozhatna tetaniaszerű görcsökkel a hyperpnoe által. (Cerebralis asthma.) A hyperpnoe által okozott alkalosissal főleg szívbántalmakban találkoznak és e tekintetben különbözik egymástól a szív- és a vesebetegség. Az acidosis fokának megállapítására 5 gr. szódabicarbonát vétettem be a beteggel ½ óránként, amíg a vizelet alkalikussá változott. Amíg normalis egyéneknek 0.20 gr. natriumhydrocarbonaticum elégséges pro kg. testsúly a vizelet alkalikussá tételére *Dienst* vizsgálatai szerint, addig veseacidosisokban ennél magasabb értékek is szükségesek. E reactiót azonban a súlyos esetekben nem végezhettem, mert a betegek többnyire hánytak és anuriájuk miatt a vizeletet sem tudták a szükséges időközökben kiüríteni. Azonfelül a betegek alkalikus étrendben is részesültek, minélfogva néhányszor vizeletük is könnyen alkalikussá vált. Ezen körülmények gátolják ezen egyszerű próba végrehajtását. Acidosisban néhány esetben calciummeghatározást is végeztünk és azt csökkentnek találtuk. A vizelet chlortartalma is megfogyott a súlyos

acidosisokban, az állapot javultával azután a chlorértékek emelkedtek.

Súlyos nephritisekben fenyegető uraemiákban a $NaHCO_3$ adásán kívül a nyers étrenddel is kísérleteztünk. Eseteim még nem elég számosak ahhoz, hogy ezen étrendről véleményt mondhassak, azomban annak kedvező hatásáról némely esetben meggyőződtem. Két esetben a RN és egy esetben a húgysav is az előző adatokhoz képest csökkent, míg a többi esetben az értékek nem mutattak feltűnő változást. Némely esetben ezen értékek közepesek vagy alacsonyak voltak, úgy hogy ezekben e tekintetben változást nem lehetett remélni. Azonban azt találtam, hogy *Osman* és *Cohen* leleteivel megegyezően (bár ők főleg natriumhydrocarb. és kalium citric. adására fektették a fősulyt) a fehérje mennyisége tetemesen csökkent. (Ezen szerzők szerint alkalizáló kezelésre még a vizenyő is visszafejlődhet nephrosisokban.) Így egyik esetben a fehérje mennyisége 3 napi nyers étrend után 12‰-ről 5.5‰-re csökkent, egy másik esetben pedig 1‰-ről 0.5‰-re szállott alá. Általában az a vélemény alakult ki, hogy a kalóriaszegény, főleg kevés szénhydrátból álló táplálék rövid ideig alkalmazva, mint vesekimélő és antiacidotikus étrend a betegek állapotán segít és talán a veseelégtelenség kifejlődését is sikerül e módszer által késlelteni. Mennyiben segíti elő az alkalizáló étrend és az alkaliák bő adása a diuresist, azt a további megfigyelések fogják mutatni. Az étrend alkalmazása korlátolt, mert a vesesenyvességben szenvedők általában kevés táplálékot vesznek magukhoz és nehéz velük a nyers étrendet és a gyümölcsnapokat úgy betartatni, mint ahogy azt hypertoniában és szívműködési elégtelenségben szenvedőkkel könnyen lehet. Az alkali adásának is van határa és tanácsos vele időnként szünetet tartani, mert egyes megfigyelések szerint ha elegendő menyiségű alkali adásával sikerül a vér bicarbonat-tükrét a normalisra beállítani, minden lázas fertőzés képes vizenyőt, oliguriát és albuminuriát előidézni.

A klinikus a kórlőzményi adatok helyes értelmezése, a betegvizsgálat és a kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok segélyével — aminők a vér elemzése a kifejtett szempontok szerint és a functionalis vesevizsgálat — sokat tehet a betegek érdekében. Megállapíthatja, hogy mire képesek még és mire nem képesek már a vesék. Célszerű therapiai és étrend előírásokkal megakadályozhatja vagy késleltetheti az uraemiás állapot kitörését, amelyből a valódiban már nincs visszatérés. Az ismertetett alapelvek szemmeltartásával a súlyos vesebántalmakban hálás tényekedést fejthet ki.

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

Soós Aladár: Etrendi 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

Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portókölséget is felszámítjuk.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete I. sz. nőgyógyászati osztályának közleménye. (Ig. főorvos: Szaszovszky László.)

A fogamzás elleni védekezés.

Irta: *Toldy Loránt dr.*

Nagyforgalmú nőgyógyászati rendelésen tünik ki valójában, hogy a nők aránylag milyen ritkán jutnak teherbe. Ezek a terhességek is nagyobb részben vetéléssel végződnek, és végül, hogy az asszonyoknak egy jelentős része egyáltalán soha sem volt terhes.

A terhesség idő előtti megszakadása nagy többségben már az első 2 hónapban metörténik — jórészt tilos úton, — csak kis százalékban „spontan" esetleg valamely betegség következtében.

A terhesség feltünő gyér számának oka a rendkivül elterjedt védekezés. A fogamzás elleni védekezés rendkivül fontos elsősorban nemzeti szempontból, másodsorban mivel a tanítás szerint ártalmasak lehetnek a védekező egyénre.

A kereskedelmi kórházban a következőket kutattam:

1. Kik védekeznek? Egyáltalán mily arányban van elterjedve a védekezés?

2. Hogyan védekeznek és milyen eredménnyel?

3. A védekezésnek vannak-e ártalmas következményei, szenved-e a fogamzóképesség?

4. Végül mi a védekezés oka?

Az első kérdésre, hogy kik védekeznek, röviden is lehet felelni: majdnem mindenki, akinél lehetséges a teherbejutás; tehát a nagy többség védekezik, ha nem is állandóan, de legalább is időszakosan. Védekeznek a házasságon kivül nemi életet élők, de védekezik már a fiatal házasok nagy többsége — az én anyagomban az elsőéves házasok 60.5%-a védekezik a házasélet kezdetétől, tulnyomóan az első naptól — gyakran már a házasság előtt előre megbeszélt módon — egyrésze az első napokban még prophylaxis nélkül coitál, megvárja az esetleg még beálló közeli menstruatiót és azután kezd csak valamely megelőzésbe, aztán folytatja éveken át, esetleg egész házasélete alatt. Ha idővel gyermeket óhajt — felfüggeszti a védekezést, de a szülés után ismét folytatja. Hasonló a helyzet az eleinte nem védekező fiatal asszonyoknál: a 1. folyt terhesség után ezek is tulnyomó többségben a védekezésre térnek át. Tehát védekeznek a fiatal házasok, de az idősebb házasok is, védekeznek a többgyermekes, sőt a ritka sokgyermekes családok is, akikről az ellenkezőt gondolnánk.

Ezzel szemben nem védekeznek:

1. mint már említettem a fiatal házasok kisebb része.

2. A későbbi házaséletben azok, akik gyermeket óhajtanak, vagy pótolni akarják az elhalt gyermeket.

3. Akik rájöttek, hogy védekezés nélkül sem lesznek terhesek.

4. Akik műtét következtében meddők lettek.

5. Valamely súlyos betegségben szenvedők egy része, kik tudják, hogy náluk a terhesség orvosilag tilos és igy mindenkor törvényesen megszabadulhatnak terhességüktől.

Tehát mint az elmondottakból látható, nem lehet szigoru határt vonni védekezők és nem védekezők között, mert a helyzet változik, az eddig nem védekezőből idővel védekező lesz és fordítva, a védekező felfüggeszti a védekezést a gyermek utáni vágyból, vagy mert rájött, hogy felesleges a védekezés.

Hogy a fogamzás elleni védekezésről némi képet nyujtsak, az ezirányban kikérdezett, kivizsgált utolsó ezer nő-

ről számolok be. Ezen ezer nő korszerint a következőképen oszlik meg:

20 év alatt	20	(2.0%)
20—30 „ között	424	(42.4 „)
30—40 „ „	407	(40.7 „)
40—50 „ „	134	(13.4 „)
50 „ fölött	15	(1.5 „)

Az 1000 nő közül eddig védekezett 725, nem védekezett 275. E számarány távolról sem fejezi ki hiven a védekezés elterjedtségét, minthogy a jelzett 1000 nőnek majdnem a fele 30 éven alul van és a bemondásuk csak a multra vonatkozhatott, a jövőben pedig a helyzet változni fog, az eddig nem védekezőkből — minden valószinüség szerint még sokan fognak áttérni a védekezésre, tehát végeredményben a számarány sokkal rosszabb lesz a védekezők javára.

A bemondások alapján látszólag három csoportot kapunk:

1. Állandó védekezők,
2. Időnként védekezők,
3. Nem védekezők.

De valójában ily csoportosítást felállítani nem lehet, mert a helyzet folytonos változása következtében végeredményben nagyon kevés nő lesz, kit valamelyik csoportba véglegesen be lehetne osztani. Nagyjában azt mondhatjuk, hogy a túlnyomó többség időnként védekezik; a sohasem védekezők legtöbbje pedig a meddő házastársak közül kerül ki.

Hogy mely ideig védekeznek? — általában addig, amig a terhesség létrejöttét lehetségesnek tartják — rendszerint a klimax beálltáig — kivéve, ha már korábban rájöttek, hogy fölösleges a védekezés.

A fogamzás megakadályozása az esetek nagyobb többségében a házastársak közös megegyezésével történik, de nem mindig; gyakoribb, hogy az asszony szeretne gyermeket, de a férfi nem, ilyenkor a férj védekezik állandóan; ritkább, hogy a férj szeretne gyermeket és az asszony nem; ismerek olyan eseteket, ahol a lefolyt terhességek után évek óta sikerrel védekeznek az asszonyok anélkül, hogy férjük erre rájött volna.

Ami a védekezés módját illeti: összegyűjtött eseteimben a védekezés kétféleképen történik.

1 A férfi akadályozza meg a spermának a női genitaliákba való jutását, ennek módjai a condom használat, vagy a coitus interruptus.

2. A nő akadályozza meg a sperma behatolását az uterusba — ennek módjai:

a) a méh-szájat elzárja a portiora alkalmazott fémsapkával, vagy a hüvelyboltozatba felvezetett kemény gumisapkával (Ramses).

b) A hüvelybe jutott spermát eltávolítja a coitus utáni öblítéssel, ez történik tiszta vizzel, vagy oly oldattal, mi a köztudat szerint megöli a spermatozoakat: lysoform, hypermangán, ecet, faecet.

c) a coitus előtt a hüvelyboltozatba feltolnak tablettát, kúpot, mik ott oldódva — a szabaddá lett vegyiszer — rendesen borsav, chinin, sublimát, stb. megöli a spermatozoakat. Egyesek ily célból lysoformba mártott vattát, vagy apróra vágott citromdarabkákat tólnak fel a hüvelybe.

Az én betegeimnél egyéb védekezési módszerek nem szerepelnek.

A fentebb említett védekezési módszerek a 725 védekező házaspárnál a következőképen oszlottak meg:

coitus interruptus	239	esetben
condom	221	„
coitus utáni irigatio	63	„
ramses	25	„
tabletták, kúpok	23	„
pessarium occlusivum	20	„
a fentiek különböző combinatiója, ill. variatiója	134	„
Összesen:	725	esetben

A variatiók túlnyomó többsége felváltva a coitus interruptus, vagy a condommal végzett coitus.

A következő kérdés az volna: melyik a legalkalmasabb módszer, s egyáltalán van-e biztos védekezés?

E kérdésekre sajnos nem lehet pontos választ adni. Ugyanis a védekezők egy része soha sem volt terhes, így ezekről nem tudjuk, hogy teherbejutásuk lehetséges-e? volt-e egyáltalán szükségük a védekezésre? — tehát ezek az esetek a védekezési módszer sikerességének elbírálására nem alkalmasak. A védekezők másik része időnként teherbe jut, még pedig:

a) egy részük a pontos védekezés ellenére is;

b) a másik rész teherbe jut a védekező módszer pontos meg nem tartása miatt.

c) harmadik részük teherbe jut, mert szándékosan elhagyja a prophylaxist, kisérletképen, vagy mert gyermeket akar.

Hogy teherbejutás esetén el három lehetőség közül melyik forog fenn: sajnos ritkán kapjuk a valóságnak megfelelő választ — egyrészt a pontos emlékezés hiánya miatt, de főleg az őszinteség hiánya miatt. Általában azt mondhatjuk, hogy a védekezők nagy része sikerrel tud védekezni, — és itt az összes felsorolt védekezési módszerek szerepelnek — és csak akkor jut teherbe, ha a prophylaxist szándékosan elhagyja, vagy a védekezés körül hiba történt. De viszont 100%-ban biztos védekezési módszer nincs!

Tehát a védekezés sikerét illetőleg teljesen megbízható adatokat nem lehet kapni. Ennek előrebocsátása és hangsúlyozása után ismertetem a következőket:

1. hogyan védekeznek azok, akik soha teherbe nem estek?

2. mily eredménnyel védekeznek a legfeljebb egy éves házasok? — ezekről már az elmult idő rövidsége miatt is megbízhatóbb adatokat kapunk.

3. az eddig védekezőknél hány terhesség, illetve szülés és abortus fordult elő és végül

4. az eddig nem védekezők hányszor szültek és vetéltek?

Azok közül az állandó védekezők közül, kik sohasem lettek terhesek, a védekezési módszerek a következőképen oszlottak meg:

condom	62	házaspár	esetében
coitus interruptus	47	„	„
irrigatio	15	„	„
tabletták	7	„	„
ramses	2	„	„
pessarium occlusivum	1	„	„
condom, vagy coitus int. variat.	24	„	„
egyéb combinatio	14	„	„
Összesen:	172	házaspár	esetében

114 elsőéves házas közül a házasélet kezdetétől fogva védekezik 69, nem védekezik 45.

A 69 védekezőből a védekezés ellenére terhes lett 12, ebből 3 mindjárt az első hónapokban elvetélt. A 69 védekezőn a védekezési módszerek ellenére a terhesség, illetőleg abortus a következőképen oszlott meg:

condommal védekezett	25,	terhes lett	4,	ezekből abortált	2
coitus interruptussal	15,	„ „	3,		
condom, v. coitus int.	15,	„ „	1,		
irrigatio	9,	„ „	1,		
tabletták	4,	„ „	1,		
pessarium occlusivum	1,	„ „	1,	„	1
ramses	1,	„ „	0,		
combinatiók	6,	„ „	1,		
Összesen:	69,	terhes lett	12,	ezekből abortált	3

A 45 nem védekezőből azonnal terhes lett (első 5 hét) 28, ebből abortált 1 a terhesség elején; hónapok után lett terhes 5, nem lett terhes 12 (ezek 3-10 hónapos házasok).

A 725 védekező közül:

soha sem volt terhes	172	(23.7%)
jelenleg terhes	56	(7.7 „)
csak elvetélt	118	(16.2 „)
egyszer szült	229	(31.4 „)
kétszer „	100	(13.7 „)
háromszor „	38	(5.2 „)
négyszer „	8	(1.1 „)
ötször „	2	(0.3 „)
hétszer „	1	(0.1 „)
nyolcszor „	1	(0.1 „)

A 725 védekező nőre összesen 600 szülés és 681 elvetélés jut.

A nem védekező 275 nő közül

soha sem volt terhes	94	(34.2%)
jelenleg terhes	41	(14.9 „)
csak elvetélt	36	(13.1 „)
egyszer szült	66	(24.0 „)
kétszer „	17	(6.1 „)
háromszor „	12	(4.3 „)
négyszer „	3	(1.1 „)
ötször „	3	(1.1 „)
hatszor „	1	(0.3 „)
hétszer „	1	(0.3 „)
kilencszer „	1	(0.3 „)

A 275 nem védekező nőre összesen 185 szülés és 181 elvetélés jut.

Tehát az összes 1000 nő eddig 785-ször szült és 862-szer vetélt; természetesen ez nem fejezi ki híven a szülések és elvetélések számát, mert a nők nem mondják meg őszintén a vetélések számát, a számarány valószínüleg többszörösen rosszabb — már az abortusok javára értve.

A védekezések következményei:

Az orvost legjobban érdeklő kérdés — és tulajdonképen ez volt kutatásom célja —, hogy a rendkívül elterjedt különböző védekezési módszereknek vannak-e ártalmas következményei? és ha vannak, befolyásolják-e ezek a fogamzóképességet, akár időlegesen, akár véglegesen? Természetesen e tekintetben csak a saját kikérdezett, kivizsgált betegeim esetében szereplő védekezési módszerekről számolhatok be.

Elsősorban a legjobban elterjedt védekezésről, a *coitus interruptusról* számolok be. Mint ismeretes a coitus interruptust nagyon ártalmasnak tartják, a régi tanítás szerint fluort, dysmenorrhoeát, menorrhagiát, metrorrhagiát, derékfájást, nagyfokú idegességet okoz, sőt egyesek szerint collum elongatiót, a méh metritikus megduzzadását, egyáltalán a medencebeli szervek idült gyulladását, — mind ezt a coitus interruptus következtében a genitaliákban állítólag jelentkező kóros vérbőséggel magyarázzák.

Egyenként sorba veszem az említett állítólagos ártalmas következményeket, hogy a coitus interruptussal védekezők esetében mily gyakran voltak találhatók és hogy tényleg a coitus interruptus közvetkeztében keletkeztek-e?

Mint említettem 239 házaspár védekezett coitus interruptussal.

Fluort 11 esetben találtam, — 9-nek már leánykorában megvolt, 2-nek pedig szülése óta van; tehát egy esetben sem a coitus interruptus következménye a fluor.

Dyssmenorrhoeát 4-szer találtunk; 3 esetben a leánykori dyssmenorrhoea maradt meg, 1 hat év óta védekezőn pedig a kilenc év előtti szülés óta tartó dyssmenorrhoeát észleltünk, tehát ez esetben sem a coitus interruptus okozta. Viszont 8 leánykori dysmenorrhoea a férjhezmenés óta jelentékenyen javult, vagy megszünt. (Első naptól coitus interruptus, — terhesség nem fordult elő.)

Menorrhagia: 7 esetben; 3-ban ismételt és gyulladásokkal szövődött abortusokat észleltünk, 1-ben már a megkezdett prophylaxis előtt megvolt; 2-ben a 12 évi, illetőleg 8 évi védekezés mellett 3, illetőleg 2 hó óta tart a menorrhagia ismeretlen okból, hasonlóképen a 7. asszonyon, aki 5 éve férjes, első naptól állandóan coitus interruptus, gravida nem volt, sem gyulladás. — Tehát mindössze a 3 utolsó esetben lehetne a keletkezett menorrhagiát egyéb ok hijján a coitus interruptus rovására írni. De viszont 8 leánykori menorrhogia a férjhezmenés után rövidesen javult, vagy megszünt. Tehát, ha az ismeretlen eredetű menstruatiováltozásokat a sexualis élettel akarjuk magyarázni, — mihez úgylátszik jogunk van, — akkor a coitus interruptus prophylaxis mellett több a kedvező eset, mint a kedvezőtlen.

Egyéb hószám rendellenességeket még 26 asszony esetében találtunk, mind a 26-szor ritkábban jelentkező, vagy hónapokra kimaradó vérzések, de ebből 8 asszonyon már a prophylaxis megkezdése előtt, leánykora óta tartott a rendellenesség, 18 asszonynak pedig szülés, — abortus — gyulladás, vagy elhízás óta késik a menstruatiója. Viszont 6 asszonyon rendeződött az addig késlekedő tisztulás.

Olyan *anatomiai elváltozások*, miknek keletkezését a coitus interruptusból lehetett volna magyarázni, nem voltak. Ellenben minden talált pathologiai leletnek meg volt az egyéb megfelelő magyarázata.

Derékfájás. 19 asszony panaszkodott derékfájásról, 4-en még a megelőzés megkezdése előtt, 1-en pedig elhagyása után jelentkezett. Mind a 19 esetben jellemző statikai derékfájás. A derékfájást kétségtelenül magyarázó elváltozás (arthritis, myalgia, pes planus, stb.) miatt egy derékfájást sem lehetett a coitus interruptus rovására írni.

Idegesség. Az idegesség okának megállapításában fontos a kérdéses egyén életkörülményeinek ismerete, amely már gyakran egyéb ok nélkül is magyarázza az idegességet. A kereskedelmi kórház tagjainak túlnyomó többsége nincs véglegesen kinevezett állásban. Beteganyagomnak majdnem a fele maga is kenyérkereső, sőt gyakran családeltartó. A megélhetés fokozottabb nehézségei, a munkaalkalom utáni hajsza, az elhelyezkedés küzdelmei, a munkaadó által a lehető legalacsonyabbra leszállított fizetésért követelt fokozott munkateljesítmény, azonkívül a felmondástól, állástalanságtól örökös rettegés — sok helyen az alkalmazott nőnek azonnal felmondanak, ha teherbe jut — mindez elég ok lehet az idegességre. Tehát nagy tévedés lenne a nők majdnem mindegyikétől bemondott idegességet kizárólag a használatos megelőzéssel magyarázni. Tény azonban, hogy a 239 nő közül 35 rendkívül nagyfokú idegességét egyenesen a coitus interruptusból származtatja. — Súlyosabb idegbajt, vagy épen elmebajt azonban egyik esetben sem találtunk.

A védekezéssel kapcsolatban még röviden a *frigiditas* kérdését említem meg, mert hihető lenne, hogy a védekezés itt nagy szerepet játszik Ezzel a felfogással szemben az én beteganyagomban a védekezők közt kevesebb volt a frigid, mint a nemvédekezők közt. Tehát, ha valaki hideg, ennek nem mindjárt a védekezés az oka, hanem egyéb körülmények. Kivételesen a coitus interruptus is okozhat

frigiditást, például egy betegem a két és fél évi szakadatlan coitus interruptus után lett frigiddé.

Szenved-e a fogamzóképesség?

Tapasztalataink amellett szólnak, hogy *nem*, mert nemcsak a rövid idő óta, de évek, sőt évtizedek óta használatos coitus interruptus mellett is bekövetkezhet a terhesség.

A *condom* használata után ártalmas következményt nem láttam; kétségtelen, hogy a nő szempontjából nem tökéletes védekező módszer; azonban sok nőnek nincs kifogása ellene, főleg azoknak, kik condom nélkül soha nem közösültek. Mások ellenben kifogásolják, „becsapva" érzik magukat és azt állítják, idegesíti őket, — de ez az idegesség távolról sem olyan méretű, mint a coitus interruptus után.

A különféle *tabletták* és *irrigatiók* használata után néha kellemetlen, csipő, égető érzés támad, — kisfokú arteficialis vulvovaginitis, — amely azonban kellő intézkedésre pár nap alatt nyomtalanul megszünik. Ily könnyen megszüntethető csekély elváltozást nemcsak a megelőzés végetti, hanem a tisztasági irrigatio után is látunk. (Leginkább lysoform, vagy hypermangán után.)

A *ramses* használatától semmi ártalmas hatást nem láttam. Ennek magyarázata az, hogy az illetők nem állandóan hordják, hanem csak rövid időre alkalmazzák.

A *pessarium occlusivum* közismerten nagyon ártalmas, tehát kifogásolható, ennek ellenére az igazság az, hogy azon a 20 nőn, aki pessarium occlusivummal védekezett, semmi olyan kóros elváltozást nem találtam, amely a pessarium használatával volna magyarázható. Nyilván, mert nem állandóan viselik.

Az említett védekezések miatt *a fogamzóképesség* sem szenved. Akik pedig a megelőzés elhagyása után sem esnek teherbe, azokban legtöbbször megtaláljuk a sterilitás okát.

Röviden összefoglalva: a védekező nőkön nem találtam semmi oly elváltozást, vagy betegséget, ami a védekezés következménye lett volna, tagadhatatlan azonban, hogy bizonyos fajta védekezés (c. i.) idegességet okozhat, vagy a meglévő idegességet fokozni képes.

Maguk a nők a védekezésről egyöntetűen azt mondják, hogy a hozzá készülődés kiábrándító, utálatos —, de hozzá teszik, hogy százszor inkább lemondanak a természetes coitus minden élvezetéről, csak megszabaduljanak attól az aggasztó bizonytalanságtól, hogy a legközelebbi hószám jelentkezik-e?

Tehát a felsorolt és a kellő óvatossággal alkalmazott védekező módszereket az egyén szempontjából alig kifogásolhatjuk, de annál inkább kifogásolnunk kell nemzeti szempontból, mert következményük: az emberanyagbeli veszteség, óriási. Tehát az államnak tisztán nemzeti érdekből minden eszközzel küzdenie kell ellene. Ehhez elsősorban ismerni kell az okot, hogy miért védekeznek, miért nem akarnak gyermeket. *Az ok* legtöbbször anyagi, az ismert viszonyok: a létminimumnak is alig megfelelő fizetés, bizonytalan jövő, a férj állástalansága miatt gyakran a nő a családfenntartó, a férjhezmenést sok munkaadó már eleve rossz szemmel nézi, (ezért sok nő nem is jelenti be, hanem letagadja), ha pedig teherbe jut, felmondanak neki. Mindenesetre az én beteganyagomban is vannak olyanok, akik némi önmegtagadással, anyagi gondok nélkül is el tudnának tartani pár gyermeket, de — ismétlem — a túlnyomó többség oka a szegénység, nem pedig a mélyebb erkölcsi felfogás hiánya! Ellenkezőleg! Még a csekélykeresetű nők között is van sok, aki csak azért megy férjhez, hogy gyermeke legyen, gyakran magára vállalva az állástalan férfi eltartását is. Kórházunkban naponta jelentkeznek asszonyok, kik eddig védekeztek, vagy ha teherbe estek, bűnös úton szabadultak meg terhességüktől, most javult a helyzetük: mindenáron gyereket szeretnének, hajlandók minden gyógykezelésre, kockázatos műtétre, csakhogy elérjék célukat — a legnagyobb ritkaság, hogy egy asszony egyáltalában nem akar gyermeket! A házasok nem az abszolut gyermektelenségért küzdenek, hanem hogy úgy mondjam anyagi körülményeiknek megfelelően szabályozni akarják a szülések idejét és a születések számát.

Ha a felelős körök felismerik a nagy nemzeti veszedelmet, — bizonyára meg fogják találni a kellő módokat, amelyekkel megvédhetik a terhes nőt és méltányosan segíthetik a gyermekes, — sokgyermekes családokat, — mert lehetővé kell tenni, hogy az, aki akar szülni, az olyan körülmények közé kerüljön, hogy gyermekeit is el tudja tartani.

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

Csecsemő toxicosismentes heveny exsiccosisa.

Irták: *Surányi Gyula dr* és *Martyn Róbert dr.*

A csecsemőszervezet „functiós" labilitása *(Hainiss)* idézi elő, hogy localis ártalmak könnyebben okozzák a szervezet intermediaer anyagcseréjének, a vérkeringésnek s a központi idegrendszernek morphologiai vagy functiós zavarát. Az intoxicatio ismert tünetei tulajdonképen e zavarok megnyilvánulási formái. A toxicosis (enteralis és parenteralis) kórképe épen ezért nem eléggé körülhatárolt. Régebbi törekvések eredménye, hogy az intoxicatio tüneteit 3 főcsoportba foglaljuk, úgy mint exsiccosis, acidosis és sensoriumzavar. Kóroktani szempontból az egyes főcsoportok összefolynak. Ha pl. ez exsiccatiót vesszük kiindulópontul, a vízveszteséggel párhuzamosan sóveszteség is szerepel. Ha a sóveszteség nem oszlik el egyenletesen savanyu és basikus gyökök közt, ez acidosis létrejöttét segiti elő. Ha a szervezet osmoregulatiója zavart, ha a sejtek vizet veszítenek, ez a „milieu intérieur" functiós zavarát okozhatja, ami az oxydatio tökéletlen voltában nyilvánul meg, melynek következtében felszaporodnak a szervezet savanyu természetü intermediaer termékei („organikus acidosis"). A központi idegrendszer sejtjeit pedig úgy a viz és sóveszteség mint a kóros anyagcseretermékek károsítják. Ha még a vérkeringésnek a vizveszteség által előidézett zavarát is bekapcsoljuk, akkor láthatjuk, hogy az exsiccosis egymagában előidézheti a teljes toxikus syndromát. A kórképnek ez a kiteljesedése azonban *nem szükségszerü*. Hogy miért vezet egyik esetben látszólag azonos ártalom toxicosisra és más esetben nem, erre teljes feleletet adni nem tudunk. Az a véleményünk, hogy a toxicosis diagnosisát az alapbaj pontosabb feltüntetésével kell kiegészíteni. Amit intoxicatio alimentarisban az alimentum jelent, azt jelenti toxicosisban a bakterialis fertőzés, illetve a megbetegedett szerv. A „toxicosis" pedig gyűjtőfogalma, complet megnyilvánulása a szervezet heveny anyagcserezavarának, ami nem jelenti azt hogy az anyagcserezavar mindenkor a toxicosis teljes képében jelentkezzék. Kétségtelen, hogy a toxicosissal rokon, annak néhány fontos tünetében megegyező állapotok észlelhetők, melyekben az anyagcserezavarok jelenléte ellenére hiányzik a toxicosis teljes alakjának egy vagy több fontos tünete.

Ily esetet szeretnénk az alábbiakban ismertetni:

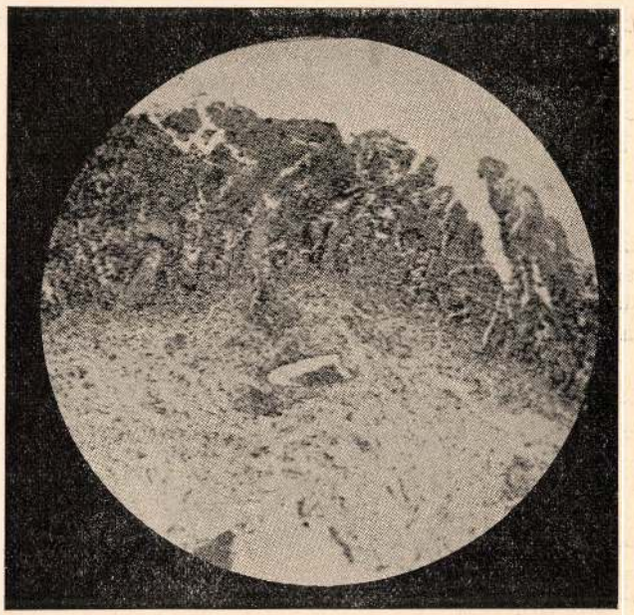
14 hónapos beteg került a klinikán felvételre, kinek súlya 6.150 gr. hőmérséke normálisnál alacsonyabb (36°) volt. Kórelőzményéből kiemeljük, hogy születési súlya 3½ kg. volt, 6 hónapos koráig kizárólag nőitejjel táplálták, de a fokozatos elválasztás alatt is, 11 hónapos koráig kapott nőitejet. Először 5 héttel felvétele előtt volt beteg, orrdiphtheriája és enteritise volt. Fertőző kórházban ápolták, gyógysavót is kapott s jobboldali mastoiditise miatt műtétet is végeztek rajta, klinikai felvétele előtt 2 héttel bocsátották el a kórházból. Jeten baja 3 nappal felvétele előtt kezdődött, láz és hasmenés léptek fel, ½-es rizsnyákos tejjel táplálták, a felvétel napján reggel állítólag elkékült, magas láz lépett fel. Utolsó betegsége alatt többször hányt.

A beteg felvételi statusából kiemeljük a súlyos exsiccosist. A lesoványodott gyermek bőre száraz, sápadt, könnyen mély ráncba emelhető, tonusa, turgora erősen csökkent, szemei beesettek. Bágyadt, somnolens, de zajra, más ingerekre figyel, szemeit mozgatja, fájdalmas beavatkozásra élénken sir. Nyelve száraz, torka belövelt, tüdő felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincs. A jobb fülből minimális genyes váladék ürül, a jobb fül mögött az antrotomia műtéti sebe látható, mely még nem záródott teljesen. Hasa tonusvesztett, puha, egy haránt-ujjal a bordaivet meghaladó máj tapintható, lépe nem tapintható. Híg, büzös, de nyálkát, vért nem tartalmazó székletet ürít. Felvételkor a beteg erősen cyanotikus, légzése szapora, felületes. Magas légzés nincs.

Mint a felvételi statusból kiderül, a betegen az intoxicatio tünetei közül megfigyelhető a hasmenés, tudjuk, hogy hány, látjuk, hogy erősen exsiccált, vérserumának fehérjetartalma 8, 12%, vizeletében fehérje opaleskál, a felvétel napján lázas is volt, ezzel szemben hiányzik a mély eszméletzavar, hiányzik a magas légzés s hiányzik a cukorvizelés.

Ami mármost baja eredetét illeti, kétségtelen, hogy a kórelőzményben szereplő hasmenés, orrdiphtheria, a középfülgyuladás előrement bakterialis fertőzést bizonyítanak. Felvételkor azonban perenteralis fertőzést jelző tünetek csak az angina és a fülfolyás. Mindenekfelett kétségtelen, hogy gyomor-béltractusa beteg, ezért a beteget 24 óra hosszat, előzetes gyomor-bélmosás után megkoplaltattuk s intravenásan és infusio formájában kb. 200 ccm konyhasó- és cukoroldattal törekedtünk exsiccosisát enyhíteni. A beteg folyadékot elég jól fogyaszt s felvétele utáni első 40 órában csak 3-izben hányt. Súlya másnapra emelkedett, cyanosisa, keringési zavara javult. A kórlefolyásból a következőket emeljük ki: az első napi súlyemelkedés után egyre szaporodó hányás és főleg hasmenés következtében, annak ellenére, hogy theát bőségesen, később az előirt intoxicatiós schema szerinti tápszert (nőitej, ½-es rizsnyákos iró) mindvégig elfogyasztja s naponta kap bőséges konyhasó infusiót és intravenásan dextroset és konyhasót, súlya napról napra esik. Mantoux-reactiója negativ, tüdeje végig ép, jobb fülét rendszeresen kezeljük, majd positiv lelet alapján bal dobhártyáját paracentáljuk, melyből savós geny ürül. Székletéből dysenteria-bacillus nem mutatható ki, széklete vizes, rendkivül gyakori, napi 10—20, később szinte állandóan csurgó, büzös, de nyákot, vért nem tartalmaz. Klinikai ápolása alatt végbélhőmérséklete csak kétizben haladta meg kevéssel a 38°-ot. Vizeletében fehérje növekvő mennyiségben van, cukor végig nem mutatható ki, csak az utolsó 2 nap mutatkozik hosszas forralás után állás közbeni enyhe reductio. Kezelése 4-ik napján vérátömlesztést végeztünk. A beteg felvételének 6. napján fokozódó szivgyengeség tünetei közt meghal. Ápolása alatt súlyából 500 gr-ot vesztett.

Klinikai észlelést összefoglalva a beteg *súlyos vékonybélhurutban szenvedett*. Ezt bizonyítja a hányás, mely a már eleinte epét, betegsége utolsó napjaiban kevés emésztett vért és s a megejtett bakteriologiai vizsgálat szerint B. colit tartalmazott. Ezt bizonyitja a hig, vizes hasmenés. Klinikai észlelés alapján nem látjuk a vastagbél betegségének tüneteit, viszont a parenteralis infectio jelei, ha enyhe formában is, (otitis, angina) jelenvannak. Arra, hogy ezek mennyire hozhatók a vékonybélhuruttal kapcsolatba, később szeretnénk visszatérni, itt csak azt emeljük ki, hogy halálos kimenetelű, *exsiccosissal járó heveny vékonybélhurut* esetével állunk szemben; a kórképből hiányzik a toxicosis néhány fontos tünete, mint a cukorvizelés, a sulyosabb eszméletzavar, a magas légzés.



1. ábra. 100-szoros nagyítás. A jejunum felső szakasza. A bolyhok kiterjedt elhalása.

2. ábra. 100-szoros nagyítás. Jejunum. A felszines hámréteg hiányzik. Az oedemás submucosa capillarisai erősen tágultak.

A halál után *¼ órával* megejtett boncolásnál a szív, máj, vese parenchymás és zsiros degeneratióját észleltük, mindkét dobhártya és antrum, nyálkahártyája kevés savós nyákkal fedett, feltünő volt a közepes tágasságu beleken a *duodenum alsó szakaszának és jejunum nyálkahártyájának nagyfokú vérbősége, sötétvörös duzzadása*, mely fokozatosan szünt meg az ileum felső szakaszán. Sem a belek, sem a mesenterium megtöretését, valamint a mesenteriális

erek thrombosisát vagy emboliáját nem észleltük. A boncolás folyamán *más szerv részéről kóros elváltozást nem találtunk.*

Kilenc órával a halál után a formalinban rögzített bél szövettani vizsgálatakor a jejunum nyálkahártyáján a felszines hámréteg sokszor nagyobb darabokban teljesen hiányzik és helyenként az egynemű magfestést nem adó tüneteken a Liberkühn-féle kryptáknak csak a fundusa látható. A bolyhok közt nagyobb számban vándorsejtek, plazmasejtek, leukocyták, hízósejtek láthatók. A muscularis mucosa elvékonyodott és a submucosa fellazult oedemás kötőszövete közt a cappilaris hálózat feltünően kitágult. A feszülésig kitágult capillaris hálózatban sok lebenyes magvú leukocyta látható. Sem a körkörös, sem a hosszanti izomrétegben kórszövettani elváltozást (viaszos elfajulást) nem észleltünk. A nyálkahártyán, főleg a bolyhok közt a coliascensio jelenként Gram-festéssel igen sok karcsú Gram-negativ pálca látható.

Összegezve: a szövettani képből láthatjuk, hogy a felső vékonybél szakasznak (jejunum, részben a doudenum) heveny, a felszines hámréteg elhalásával járó gyulladása van jelen, mely az ileum felső szakaszán fokozatosan megszünik. A vastagbél elváltozást nem mutatott.

A kórbonctani és kórszövettani lelet igazolja a diagnosist. Szinte isoláltnak mondható, súlyos vékonybélhurutot találtunk. Coli-bakteriumoknak a bél falában s a hányadékban történt kimutatása a coli-ascensiót állítja kórokként elénk. Kétségtelen, hogy a vékonybél isoláltnak látszó gyulladása következményeiben súlyos állapotot idézhet elő, mely ellenkezve therapiánkkal, a beteg halálát okozta. Ha meggondoljuk, hogy az emésztőmirigyek fermentjei a vékonybélben fejtik ki elsősorban a táplálékot asimiláló hatásukat, hogy a gyulladás, mely a bolyhok és mirigyek elhalására vezet, a felszívódást gátolja, másrészt az elégtelen emésztés oly bomlástermékeket enged létrejönni, melyek mérgező hatása az egész szervezetre kihat, nemkülönben a gyulladás következtében fokozott vízleadás, fokozott peristaltica és felszívódás révén csökkent resorptio a vízháztartást ingatják meg, melyet súlyosbbít a hányással járó chlor- és a hasmenéssel elszenvedett fixbasis-veszteség, kellőképen megérthetjük a vékonybélgyulladás okozta halálos lefolyású betegség kóreredetét.

Kezelésünk kezdettől fogva a gyomor-bélcsatorna kiméléséré és méregtelenítésére, valamint a súlyos exsiccosis kiküszöbölésére szorítkozott. Hogy célunkat nem érhettük el, az a gyógyulási hajlamot nem mutató, sőt súlyosbbodó bélelváltozás okozta.

Fentiekben oly esetet volt alkalmunk ismertetni, melyben a vékonybél kórbonctanilag igazolt súlyos megbetegedése oly kórképet eredményezett, melyben a toxicosis tüneteinek csak egy része szerepelt, holott gyakran a toxicosis teljes syndromája jelenlétében a bélben elváltozást alig találunk. Határesetről van tehát szó, melynek kezelési elveiben feltétlenül a toxicosis therapiáját kell követnünk annak ellenére, hogy a toxicosis teljes képe hiányzik. Látjuk, hogy az intermediaer anyagcserét is alapjaiban megtámadó súlyos localis elváltozás nem eredményezi szükségszerűen a „toxicosis" néven ismert syndroma teljességét. Gyakorlatilag azonban nem szabad elmulasztanunk, hogy ezeket az eseteket is a toxicosis kezelési elvei szerint lássuk el. A nem alimentaris eredetű, az intoxicatio kórképéhez többé, vagy kevésbbé hasonló esetekben azonban ez a kezelés csak tünetinek tekinthető. Az alapbaj felismerése, annak gyógyítása, illetve gyógyíthatósága dönti el a beteg sorsát.

A székesfővárosi Szent László közkórház fülészeti osztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Krepuska István egyetemi magántanár.)

A csecsemőkori dysenteria fülészeti vonatkozásai.*

Irta: *Galcsik Boldizsár dr.* alorvos.

Célszerűnek látszik kóroktani és kórbonctani szempontokra való tekintet nélkül a csecsemők és kisgyermekek nyári-őszi hasmenéseit egységesen tárgyalni és egyszerűség végett *dysenteriának* nevezni. Ez a rendkívül súlyos, nagy halálozású betegség elsősorban természetesen a gyermekgyógyászat körébe vág, activ therapiájácsak egy része tartozik a fülészetre. A gyermekgyógyászat feladata a kórokozó elleni küzdelem, a szervezet ellenállóképességének fokozása, a savózás, a vérátömlesztés, az étrendi kezelés, vitaminos kezelés (ascorbinsav) és chemotherapiája, melyek mind elsőrendű fontosságúak. Noha az alapbaj gondos kezelése nélkül nem számíthatunk gyógyulásra, a szervezet méregtelenítésére, mindazonáltal hatalmas beteganyagunk éveken át történt vizsgálata megerősíti azt a véleményt, hogy egészen különleges helyzetet foglalnak el fülészeti szempontból ezen kis dysenteriás betegek. A figyelem amerikai szerzők nyomán terelődött arra a körülményre, hogy dysenteriás betegek, főleg 1 éven alul gyakran antrum empyemában is szenvednek. *Szathmáry Sándor*, majd *Krepuska István* irányításával fokozott mértékben, úgyszólván kivétel nélkül fülészeti vizsgálatokat is végeztünk a Szent László kórház dysenteriás, enterocolitises, toxikus kis betegein.

Amennyire igaz, hogy a csecsemő fejlődése, élete bélrendszerének függvénye, hasonlóképen azon meggyőződésre jutottunk, hogy döntő; lehet sorsára, ha idejében fülész kezébe jut. Miért betegszik meg éppen a füle a dysenteriás csecsemőnek, kis gyermekeknek? Erre a kérdésre választ a bonctani viszonyokban keresünk. Érdekes volt megfigyelni műtétek kapcsán a csecs-nyulványfejlődés különböző szakaszait. 4 hetes volt a legfiatalabb műtött betegünk, kiben a csecsnyulvány még ki sem fejlődött: bulla mastoidalis helyettesítette. A csecsemő csecsnyulványának sajátos szövettani szerkezete locus minoris resistentiae lehet, a pneumatisatió nélküli, nfantilis, vérbő pulposus csontállomány talán a vér útján könnyebben fertőződhet. Ennek lehetőségét bizonyítják azok az esetek, ahol a csecsnyulvány csúcsában, illetőleg a járomív gyökében különálló empyemát találtunk teljesen ép dobüreg és ép, száraz daditus ellenére, tehát nem a dobüreg és aditus felől fertőződött a csecsnyulvány. A csecsemőknek gyakran van anginájuk, pharyngitisük, innen a gyulladás közvetlenül is ráterjedhet a tubára. Még valószínűbb, hogy a lobos mandulákon keresztül is jutnak kórokozók a vérkeringésbe és így a szervekbe. Ezek szerint — mint a fertőző betegségek általában — a dysenteria is általános, az egész szervezetre kiterjedő betegség. A csecsüreg fertőzésének tehát esetleg másik útja a tág tuba, melyen keresztül a lesoványodott, toxikus csecsemők hányásakor a bélbennék szabad utat találhat a dobüreg felé. Nem mind hánynak a dysenteriás csecsemők! E fertőzési mód feltétlen bizonyítéka a műtétkor vizsgálatra vett csontkaparék, amelyben minket természetesen a dysenteria-colicsoport kimutatása érdekel, mint a csecsüreg bélfolyamattal együttesen történő fertőzésének bizonyítéka. Sajnos, a dysenteria bacillus-törzsek nehezen mutathatók ki a fülkaparékból is, miként a székletből, mert gyorsan

*) A Közkórházi Orvostársulat 1937. évi május hó 26.-i ülésén tartott előadás.

ETOVAL

Hatásos elaltató és átaltató szer.

1 tabletta 0·10 gramm
1 suppositorium 0·20 gramm
1 ccm (20 csepp) solutio 0·25 gramm
butylaethylbarbitursavat tartalmaz.

Adagja:

Este lefekvés előtt ½ – 1 órával 1-2 tabletta, 1 kup vagy 10-15 csepp solutio. Fokozott izgalmi állapotok, fájdalmas megbetegedések okozta álmatlanságnál 2-3 tabletta, 2 kup vagy 20-30 csepp solutio.

Csomagolás: 10 tablettát tartalmazó fiolákban; 10 kupot tartalmazó dobozokban; 10 ccm solutiót tartalmazó üvegekben.

ETOVALIN

Huzamosabb használatra is alkalmas sedativum.

1 tabletta 0·03 g
butylaethylbarbitursavat
tartalmaz.

Adagja:

Huzamos kezelés céljára naponta két háromszor 1 tabletta. A dosisokat szükség szerint két-háromszorosra is emelhetjük.

Csomagolás: 30 tablettát tartalmazó fiolákban.

FERCUPAR

A legujabb kutatások figyelembevételével készült koncentrált, roboráló és tonizáló hatásu vas-, máj és rézkombináció.

1 tabletta 0·15 g Perhepart,
0·05 g ferrum chloratumot
és 0·0004 g cupr. cryst.-ot tartalmaz.

Anaemia, neurasthenia, étvágytalanság ellen, reconvalescentiánál.

100 dragéet tartalmazó dobozokban kerül forgalomba.

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

Az emésztési és bélanyagcserezavarok kezelésére

Intestinol „Henning"

Javallatok:

Emésztési és pancreas insufficientia.

Erjedéses és rothadásos dyspepsiák.

Meteorismus.

Gastrocardialis tünetcsoport. (Roemheld).

Toxinokozta bélhurutok (tbc.).

Chronikus diarrhoeák.

Adagolás:
háromszor naponta 2 — 4 dragée

Összetétele: Pankreas — duodenum nyálkahártya — epesav — aktiv szén.

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál a magyarországi vezérképviselet

KEMÉNY GYULA Zrínyi Gyógyszertár, Budapest, VIII., József-krt. 10 sz.

CIGELKA
jód-brómos
források gyógyvizei
1843
óta vannak forgalomban.

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság emésztési zavarok eseteiben
Cigelka — Stephanus
sóskarbonátos - jód - brómos - gyógyviz kiváló gyógyhatású.

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka — Ludovicus
jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

Az ujjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt
Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)
Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.
Felvilágositást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I„ Döbrentei-tér 9.

KATONYL DR. DEÉR
Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült
GENERÁLIS ROBORÁNS
Mindennemü gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérüségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2·20

PIPERAZINE MIDY a leghatékonyabb húgysavoldó - szer
Arthritismus, köszvény, vesehomok, rheumatismus, vesekő-, epekőmegbetegedések.

degenerálódnak, elpusztulnak, illetőleg a fülgenyben más bakteriumtörzsek könnyen elnyomják őket. Mindazonáltal 2 esetben kimutatható volt a fülgenyben dysenteria bacillus, 1 esetben enterococcus, 22 esetben pedig coli. Staphylococcus, fusiformis, streptococcus, pyocyaneus, proteus (8 esetben) túlnövés voltak a gyakoribbak. Egyik betegünkön, aki a sebüregek gyógyulása után került boncolásra és abscessus periproctaticusa is volt, feltünően érdekes leletként, a bal dobüreg belseje az analis tályogüreghez hasonlóan, szennyes, sötétbarna lepedékkel volt fedve.

Feltételezhető, hogy az elsőleges bélfolyamat az, ami a csecsüreggyulladást kiválthatja, de a bélfolyamat parenteralis fertőzés útján is kialakulhat. Viszont a másodlagos csecsnyulványgyulladás kiiktatása hathatósan elősegíti az egész szervezet megerősödését, a kettő között joggal tételezhető fel circulus vitiósus. Ezek a legtöbbször nyilvánvaló, ritkán lappangó otitisek, mastoiditisek, elhúzódó toxcosist tarthatnak fenn. Ilyenkor ezen genygócok operativ ellátása a legelső tennivalónk, enélkül a belső orvoslás minden fáradozása eredménytelen.

1930-tól 1936-ig bezárólag, hét év bőséges számú esetét foglalom jelen alkalommal össze. Az első három év 1930—32-ig controllnak tekinthető, fülműtét nélküli éveknek vehetjük, mert ezekben az években az alább következő részletes kimutatásunk szerint igen kevés műtét volt. Ha az egyes évek sok körülménytől függő, különböző járványsúlyosságát figyelmen kívül hagyjuk és pusztán az 1933-tól kezdődő rendszeres, műtétes éveket állítjuk szembe az előző évek eredményeivel, akkor statistikai különbségeink számottevően jobb lefolyást mutatnak. Hogy az utolsó években szembeszökően több középfülgyulladásos betegek találtunk, ennek oka az, hogy régen ritkán, most ellenben minden dysenteriás betegünket otoskopiailag megvizsgálunk. E rendszeres fülvizsgálat a belgyógyászat érdeme. A mastoid. empyemát minél korábban ki kell iktatnunk, mert ha elkésve operálunk és a beteg intoxicálódott, akkor már kevesebb eredményt várhatunk. Ha valahol, itt van jogosultsága a korai beavatkozásnak. Ha a beteg gyermek súlya egyre zuhant, nagy láza és nem extrem székletszáma volt, esetleg gyakran hányt, akkor csupán belorvosi javallatra is végeztünk antrotomiát lényeges otoskopiai elváltozás nélkül és mégis — mint a következő statistikai adatokból látjuk, — nagyon ritkán volt negativ a műtéti leletünk. Ezek szerint az explorativ antrotomiát is érdemes megkísérelni. Hangsúlyoznunk kell, hogy 1 éven felül a dobüregi lelet alapján feltétlenül megmondhatjuk, van-e a csecsüregben kóros elváltozás, csecsemők esetében azonban ezt nem tehetjük teljes bizonyossággal. A röntgenlelet infantilis csecsnyúlvány alkalmával sokszor nem jellemző, inkább támaszkodhatunk a vérképre, nevezetesen a leukocyta számra. Fülész- és belgyógyász harmónikus együttműködésben, együttesen mérlegelve jelölheti ki legjobban a műtéti eseteket. Összefoglalásunkban a Szent László kórház dysenteriás betegeinek adataiból kitűzött célunk szerint csupán a csecsemő (0—1 éves) és az 1—6 évig terjedő kisgyermekkor adataira szorítkozunk. Külön fel kellett tüntetnünk a műtét után 3. napig bezárólag elhaltakat, miután ezen szinte haldokló állapotban kórházba kerülő betegek jelentős hányadot alkotnak. A rossz kórjóslatra a többi töneteken kívül a műtétkor jesztően cyanotikus vér figyelmeztetett bennünket. Helyi érzéstelenítésben végeztük műtéteinket, mivel minimalis novocain mérgező hatása elhanyagolható, ellenben a narkosis acidificáló hatása fokozza az amúgy is acidotikus, intoxikált, esetleg comatosus beteg állapotának súlyosságát.

Műtét után rendszerint részlegesen zártuk a sebüreget, így értünk el szebb gyógyulást; a seb teljes nyitvakezelésekor a gyógyulás elhúzódott, míg a teljes varrat igen kockázatos fertőzött sebüreg esetében a sebváladék pangása miatt. Igen kevés számú negativ műtéti leletünk után primára varrtuk a retroauricularis sebet, ami ilyenkor egy-két hét alatt teljesen gyógyult, néha azonban elgenyedt, bár nemcsak a makroskopikus műtéti lelet, hanem a csontkaparék bakteriologiai vizsgálata is negativ volt. Valószínűleg a dobüreg felől másodlagosan fertőződött a sebüreg ez alkalmakkor. Egyik kis betegünk esetében negativ otoskopiai lelet ellenére nagy láz és leukocyta szám miatt a belgyógyászati osztály kérésére műtétre szántuk magunkat. Első ízben csak a baloldali csecsnyulvány megnyitására szorítkoztunk és a teljesen ép viszonyokra tekintettel nem is végeztük el az antrotomiát, hanem acorticalis leemelés után primára varrtuk a sebet. Néhány nap mulva a műtéti oldalon fülfolyás indult meg és a seb genyedni kezdett. Második feltárást végeztünk és akkor már kóros elváltozást találtunk a másik oldalon is. Még két ízben hasonló tapasztalatot szereztünk és ezen okulva, később az egyszer már megnyitott csecsnyulvány mellett mindig rendes antrotomiát végeztünk negativ makroskopiai leletkor is. Érdekes megfigyelésünk volt exsiccált csecsemőkön, hogy a normalistól eltérőleg a sinus fal nem töltötte ki egészen a sinustokot, minden valószínűség szerint a vérmennyiség megkisebbedésének következményeként. Feldolgozásra érdemes, gazdag, 2000-en jóval felüli eseteinkből — 7 illetőleg 4 év alatt 383 operált betegünk volt, rendszerint kétoldali folyamattal, összesen 716 műtéti oldallal, — kétségtelenül levonhatjuk azt a következtetést, hogy megfelelő erőbeli állapotban lévő csecsemőkön a fülészeti beavatkozás mindenképen indokolt, sőt döntő befolyású lehet. Tisztán otogen halálok aránylag ugyan kevés volt, de közvetve már döntő része van a fülfolyamatnak ezen betegek pusztulásában az előző megfontolások alapján. Tisztán füleredetű halálokot 7 év alatt 12 esetben talált a boncolás, még pedig 8-szor gyűjtőér-rögösödést, 2-szer emboliát és 2 esetben lepto-

			Év	Összes dysent. száma	Operáltak száma	Operált gyógyult	Operált exitus	Összes dysent. exitus	%	Le a felv., ill. műtétutáni 3. napig exit., évig 13·2. éven túl 4 %	Negativ műtéti lelet	Otogen exitus
1 – 6 éves	1 éven aluli dysenteriás betegek	Műtétnélküli (controll) évek	1930	76	3	—	2	37	42·0	5	—	—
			1931	67	—	—	—	40	55·4	6	—	—
			1932	211	—	—	—	127	55·9	19	—	—
		Műtéti évek	1933	74	12	5	1	31	41·7	6	—	—
			1934	166	83	26	37	54	32·5	20	13	2
			1935	232	89	20	34	80	34·4	35	5	3
			1936	95	57	30	13	21	22·3	14	3	2
		Műtétnélküli (controll) évek	1930	144	2	1	1	35	21·0	1	—	—
			1931	99	—	—		23	20·2	1	—	—
			1932	267	—	—	-	77	25·9	3	—	—
		Műtéti évek	1933	53	5	3	—	7	13·2	2	—	—
			1934	136	59	41	12	33	24·2	6	4	2
			1935	271	42	21	13	44	16·2	8	3	1
			1936	134	31	12	11	14	10·4	8	2	2

meningitist. Ilyen még mindig rendkívül komoly, a gyermekgyógyászat minden kétségbeesett erőmegfeszítése ellenére is a csecsemőhalálozásban igen súlyos részt követelő betegségben okvetlen érdemes minden lehetőt elkövetni fülészetileg is, ha sok esetben, főként az elhanyagolt állapotban lévők megdöbbentően refractaernek bizonyulnak is mindenféle kezeléssel szemben, mégsem lehet negativista álláspontunk. Megéri még mindig a fáradozást a fülészetileg megjavított gyógyulási százalék, ha mérlegeljük az operálatlan évekkel szemben nyert eredményt.

Amint a mellékelt részletes statistikánkból pontosan kitűnik, az 1930—32-es, úgyszólván műtét nélküli 3 évben középarányos átlagban a gyógyulási százalék 1 éven alul 48.8%, 1—6 évig 77.5%, a halálozási százalék pedig 1 éven alul 51.19%, 1—6 évig 22.3% volt, ellenben az 1933—36-os műtéti évek gyógyulási átlaga 1 éven alul 67.1%, 1—6 évig 83.9% és a halálozási százalék csak 32.7% 1 éven alul, 1 éven felül pedig 16.0%, leszámítva az említett reménytelen állapotban lévő, már közvetlenül a felvétel vagy a műtét utáni órákban, legkésőbb 3 napig elhalálozottakat. Ebben az összeállításban figyelembe kell venni a Szent László kórház különösen súlyos beteganyagát: a legszegényebb, legelesettebb néposztály leromlott gyermekei kerülnek hozzánk. Ha más körülmények esetleges enyhítő hatását és főként a gyermekgyógyászati therapia haladását meg is engedjük, hisz a statisztika csak közelítőleg lehet valódi élethű tükre, akkor sem tagadható, hogy jelentékeny szerepet játszott ezen javulásban az operativ beavatkozás, amire élesen rávilágítanak a közölt adatok.

Iszapborogatások hatása a végtagok capillaris keringésére.*

Irták: *Richter Endre* és *Szabó Tihamér.*

A végtagok capillaris keringésének jellemzésére celszerűen a volumen sebességet választottuk, melyen az időegység alatt átáramló vér mennyiségét értjük. Ezt a következő egyenlet fejezi ki: $V = q.\ c.$; q a cső keresztmetszete, c. az áramló folyadék sebessége. Azon esetekben, ahol c nem mérhető közvetlenül, $V = \frac{d^2\pi}{4}\sqrt{\frac{p-p_1}{\gamma}2g}$ egyenlet érvényes. Vagyis az áramló vér mennyisége egyenesen arányos az uralkodó nyomáskülönbséggel, helyesebben annak négyzetgyökével, továbbá a keresztmetszet területével; g = 981 cm/mp. gamma a folyadék sűrűsége. E két utóbbi állandó összehasonlító vizsgálatok alkalmával elhanyagolható.

Kérdés, mit tudunk ezek közül mérni. Ha egy capillarist veszünk vizsgálat alá, akkor q is, c is, bár csak megközelítő, de összehasonlításra alkalmas pontossággal mérhető, a volumen sebesség mm^3/ mp-ban kifejezhető.

Minthogy azonban egy végtag capillarisainak összességében történik változás, mely hatással van a keringés többi tényezőire is, meg kell vizsgálni a kiserek, a nagyerek, valamint a szív munkáját is. Ezekben az áramlás sebessége nem figyelhető, de mérhető a nyomásuk, a volumensebességet tehát ezzel kell kifejeznünk. A kiserek nyomásának mérésére a Herzog-féle bőrérnyomásmérő módszert alkalmaztuk, mellyel p₁ meghatározható, míg p mérésére ekkor az arteria rad. mérése volna szükséges, ehelyett a tőle alig különböző a. brachialis nyomását mérő Riva Rocci módszert alkalmaztuk.

Az a. rad. keresztmetszetének változását az oscillometriás eljárással észleltük; ez ugyan nem ad absolut számokat, de a keresztmetszet és relativ pulsustérfogat változásait összehasonlításra alkalmasan fejezi ki. A szív munkájáról a pulsusszám változásával szereztünk tudomást.

Az iszapborogatásnak a keringésre hatását ezek alapján a következő módszerekkel végeztük:

1. Capillarmikroskoppal meghatároztuk a capillarisok átlagos hosszát és szélességét okularmikrométerrel.
2. Stopperórával meghatároztuk az átlagos keringési sebességet.
3. Bőrérnyomásmérés Herzog-féle módszerrel;
4. Vérnyomásmérés.
5. Oscillometria az arteria radialis felett.

Ezen vizsgálatokat elvégeztük egészséges egyéneken normalis érték meghatározására, ugyanezen egyéneken iszapborogatás alkalmazásakor figyelve, mennyi idő mulva állanak be az elváltozások, milyen mértékű a legnagyobb hatás és a borogatás levétele után meddig maradnak meg az elváltozások. Hasonlóképen végeztük mozgásszervi betegségekben szenvedőkön is.

A vizsgálatainkat a kolopi Emma kút iszapjával végeztük, melyet az alkaron 42 C°-on 20 percig közvetlenül alkalmaztunk.

A capillarmikroskopos vizsgálatokat Reichert-féle eszközzel végeztük, melynek azonban kihúzható tubusa nincsen, ezért a nagyítások, áramlási sebesség kiszámítása több tizedest erdeményez. A capillarisok mérése a rájuk fényképezett ocularmikrometerrel történt nullás körzővel.

Vizsgáltunk 6 egészséges és 4 beteg egyént polyarthritis chr. diagnosissal. Közöttük az erek morphologiáját illetőleg a különbség nem volt lényeges. Borogatás előtt az áramlási sebesség mérésére alkalmas erek arteriás szárának átlagos szélességét 0.014 mm-nek, a venás szár átlagos szélességét 0.017 mm-nek találtuk. Ezekben az átlagos áramlási sebesség 0.363 mm/mp.

A borogatás hatására a szöveti szerkezet elmosódottan látható, a hám csillog, duzzad, a bőralatti szövetek víztartalma növekszik, vizenyőssé válnak. A subpapillaris hálózatot vagy egyáltalán nem láthatni, vagy csak igen halványan tűnik elő, úgyszintén elmosódik a körmöszéli papillák rajzolata is A capillaris hurkok közül csak az erősen fejlődöttek maradnak észlelésre alkalmas állapotban, ez az oka annak, hogy adataink valamivel nagyobbak, mint pl. *O. Mülleréi.*

Azt art. szár átlagos szélessége 0.016 mm-re emelkedik, ami 9.7%nak felelnek meg; a venás szár 0.018 mm lesz, a tágulás 7.8%. Az emelkedések nem nagyok százalékban, aminek oka az, hogy a szövetek duzzadása szintén térfogatnövekedéssel jár, mely a capillarisokéval ellentétes irányú. A keresztmetszet szempontjából ez a növekedés igen jelentős. Borogatás előtt az átlagos keresztmetszet 0.0001628 mm^2, borogatás után 0.000196 mm^2, ami 20.39% növekedést jelent. Az átlagos áramlási sebesség nő, mégpedig 0.363 mm/mp-ről 0.529 mm/mp-re, ami 46.21% emelkedés. Ezen componensek eredője a volumen sebesség, természetesen szintén emelkedik a kezdeti 0.000059 mm^3/mp-ről 0.000104 mm^3/mp-ra, vagyis emelkedése 76.27%.

Teljesen megváltozik a capillarisok működését alaktanilag kifejező kép, mint az erek falának változó játéka, a hajszálerekben időnként látható stasis, a capillarisoknak a látótérből időnkénti eltünése, a magvas, valamint száguldó áramlás (körnige és jagende Strömung). Ehelyett borogatás után teljesen egyhangú képet találunk, az erekben sem stasis, sem magvas áramlás nem látható, a tágult capillarisokban egyenletesen rohan a vér, pihenésre nincs

*) A Szent Gellért fürdőben készült pályamunka kivonata.

idő. Hogy a stasisok megszünése magában mennyire fokozza az áramló vérmennyiségét, mutatják a következő vizsgálataink. Magvas áramlás esetén a sebesség 0.16 mm/mp. a volumensebesség 0.000024 mm^3/mp. Borogatás után ugyanebben az érben a sebesség 0.529 mm/mp, a volumensebesség 0.000104 mm^3/mp. lesz, ami 334%-nak felel meg.

Ezen eredmények közvetlen a borogatás levétele után mérhetők, ettől kezdve a hatás az idővel arányosan csökken fél, háromnegyed óra mulva már megszüntnek tekinthető. Kivételek betegeink, ahol a borogatás levétele utáni 30-ik percben is a hatás még erőteljes és csak egy óra mulva szűnik meg.

Az oscillometriás vizsgálatokat egy mutatójú, alternáló skálájú oscillometerrel végeztük, mely a lengések nagyságát higany mm-ben adja meg. Ilyen eszközzel végzett vizsgálatok normalértékeket nem közöltek, ezért bizonyos nehézségekkel kellett megküzdenünk. Elsősorban magunknak kellett meghatároznunk, mennyi a készülék saját hibája, másodsorban, hogy milyenek az alkaron az egészséges ember oscillatiói.

E célra egészséges egyéneken végeztünk méréssorozatokat, egyénenként egymásután lehetőleg teljesen azonos körülmények között legalább tizenötször. A módszer saját hibáját ezen méréssorozatok variatiós különbségeinek átlaga adná, ha sikerülne mindig azonos feltételek között mérni. Minthogy ez sohasem sikerült tökéletesen, helyette a négyzetes eltérést választottuk. E számításokból kitünik, hogy a legnagyobb szóródásokat az oscillatiós index mutatja, vagyis ez határozható meg a legkisebb pontossággal. Saját hibája mérésünkben ±5.5 Hgmm-nek adódott, ettől jobbra is, balra is a négyzetes eltérések értéke állandóan csökkent. A készülék saját hibájának tehát ezt a számot adhatjuk meg. A középvérnyomás számításaink szerint 10 Hgmm pontossággal határozható meg. A rendes adatok meghatározására három csoportban végeztünk méréseket.

Az I. csportban 27 egészséges, 30 és 40 év közötti egyén szerepel, a II. csoport 10 tagból álló ellenőrző sorozat. A III. csoportban 11. 45 és 60 év közötti egyén szerepel. A normalis értékeket a legpontosabb adatokat szolgáltató analytikai úton határoztuk meg. Az oscillatiók változásait az I. csoportban az $Y = 23\ E\ ad - 0.000556x^2$ egyenlet fejez ki. Ennek megoldása alapján az a. radialis felett a következő értékeket kapjuk:

Manchettanyomás Hg mm-ben															
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160 170
A hozzátartozó lengések Hg mm															
1·3	2.6	5	8·3	13	17·5	21	22·9	22·5	19·5	15·2	10·5	6·5	3·8	1·9	0·8 0·4

A középvérnyomás átlagban 80 Hgmm-re esik. A tényleg mért adatok átlaga ezektől a számoktól nem különbözik jobban mint az eszköz saját hibája, az egyezést tehát nyugodtan elfogadhatjuk.

A III. csoportban a középvérnyomás 110 Hgmm-re esik, e jelentékeny emelkedés azonban nincs összefüggésben a RR vérnyomással, ezen egyéneknek átlagban alig volt magasabb vérnyomásuk. A legnagyobb kilengés 37 Hgmm, szemben az első csoport 22.5-ös átlagával. Az egész sort véve azonban figyelembe, nem tekintve a középvérnyomást, nem találunk lényeges különbségeket, a kettő közötti significans különbség 0.54, tehát nem jelentős. A controllcsoport számításainkat igazolta, ezért nem részletezzük.

Az iszapborogatással kapcsolatban nemcsak az oscillatiós mutató változását figyeltük, hanem a középvérnyomás alatti és középvérnyomás feletti lengéseket is. Ez azért szükséges, mert előfordul, hogy az index oscillatiók nagysága csökken a borogatás után, mégsem beszélhetünk visszás reactióról, mert ugyanakkor az index alatti lengések értéke magas emelkedést mutat. Megfigyeltük ezenkívül a középvérnyomás változását is.

23 betegen 51 mérést végeztünk. Ebből alkaron 20 egyénen 28-szor mértünk, a következő megoszlással: 5 egyénen 5 esetben a hatás beálltához szükséges időt határoztuk meg, 9 egészségesen és 6 betegen vizsgáltuk a hatás tartamát. Végeztünk 3 mérést boka felett polyarthritis chr. diagnosissal. 20 mérésünket disbasisa angiosklerotika diagnosissal figyelmen kívül hagyjuk. Következtetéseinket tehát 31 mérésből vonjuk le.

Eredményeink a következők. A középvérnyomás nem változik 47.1%-ban, süllyed 30%-ban, emelkedik 22.9%-ban. Az oscillatiós mutató emelkedett 67.75%-ba (21 eset), átlag 37.1%-al, nem változott 2 esetben (6.45%), süllyedt 25.8-ban (8 eset) átlag 36%al, ami az emelkedéssel egyenlő mértékű.

A középvérnyomás feletti lengések emelkedtek 11 esetben átlag 31.3%-al, süllyedtek 14 esetben, nem változtak 6 esetben. A középvérnyomás alatti lengések emelkedtek 29 esetben átlag 42.7-al, nem változtak 2 esetben, a középvérnyomás alatti lengések süllyedése nem volt észlelhető.

Az esetek 47.3%-ban a maximalis elváltozások a borogatás levétele után voltak megfigyelhetők, 52.7%-ban elsősorban és kivétel nélkül a beteg egyéneken a borogatás levétele után a hatás fokozódott, átlagban félóráig, leghosszabb esetben másfél óráig. Ezzel szemben az egészségesek megbolygatott érrendszere az egyensúlyi állapotba csakhamar visszatér. Gyakran láttuk, hogy az oscilatiók a hatás megszüntével a kiindulási érték alá süllylyednek, a hatásnak tehát negativ szakasza van, errevonatkozólag azonban nem végezhettünk méréseket, mert ambulans betegek nem tarthatók ennyi ideig vissza.

Az oscillatiós mutató viselkedése szempontjából a reactiónak háromféle jellegét különböztethetjük meg. Az elsőben az osc. index nő, úgyszintén nőnek a középnyomás alatti és feletti lengések egyaránt. A másodikban az osc. index nem változik jelentősen, úgyszintén a középvérnyomás feletti lengések sem, csupán a középvérnyomás alattiak mutatnak változást. A harmadik fajtánál az osc. index süllyed, süllyednek, vagy változatlanok a középvérnyomás feletti lengések is, míg a középvérnyomás alattiak hatalmas százalékú emelkedést mutatnak. Egy-egy esetet a következőkben mutatunk be.

Bőrérnyomást, vérnyomást, pulsusmérést 19 egyénen végeztünk. Az iszap hatására történő változást a következőkben foglalhatjuk össze. 17 esetben a pulsus a borogatás levétele után szaporább volt, átlagban 4.6%-kal, ettől kezdve az idővel arányosan csökkent, végül a rendes alá süllyedt 6.6%-kal. Két esetben a pulsusszám állandóan emelkedett maradt. A RR. nyomás 20%-ban emelkedik, 16%-ban nem változik, 74%-ban állandóan süllyedő irányzatú. A legnagyobb süllyedés 20 Hgmm. A systolés nyomás a borogatás levételekor átlagban nem változott, félóra múlva 2%-kal csökken, a diastolés ugyanakkor 10%-os csökkenést mutat. Ez átlagban az összes, tehát az emelkedő esetek is benne vannak.

I. typus. XII. sz. eset. 64 éves nő. Diagn.: polyarthritis chr.

Manchettanyomás Hg mm	Lengések a jobb alkaron Hg mm-ben				
	borogatás előtt	borogatás után közvetl.	30 perc mulva	45 perc mulva	60 perc mulva
140	18	30	25	30	25
130	24	35	34	35	28
120	26	36	37	39	32
110	31	45	48	43	37
100	**35**	**48**	**51**	**48**	**37**
90	33	42	45	45	39
80	24	39	38	32	20
70	19	28	25	19	13
60	14	19	16	13	8
50	11	18	14	6	6
40	10	16	8	6	6
30	8	14	7	5	5

A hatás nő a borogatás levétele utáni 30. percig. Az index, a középvérnyomás feletti és alatti lengések egyaránt növekednek.

II. typus. 23 éves férfi sine morbo.

Manchettanyomás Hg mm	Lengések a jobb alkaron Hg mm-ben				
	borogatás előtt	borogatás után közvetl.	10 perc mulva	20 perc mulva	30 perc mulva
120	7	9	10	9	9
110	13	15	13	13	12
100	20	19	20	21	19
90	28	26	27	26	23
80	**29**	**31**	**32**	**30**	**28**
70	23	33	25	33	35
60	19	26	26	26	28
50	18	26	20	16	21
40	14	19	17	21	11
30	9	12	12	9	10

Index és középvérnyomás feletti lengések nem változnak, középvérnyomás alatti lengések emelkednek.

III. typus 22 éves, egészséges férfi.

Manchettanyomás Hg mm	Lengések a borogatott jobb karon és a szabadon hagyott bal karon Hg mm											
	borogatás előtt		borogatás után közvetlenül		30 perc mulva		45 perc mulva		60 perc mulva			
	j.	b.	j.	b.	j.	b.	j.	b.	j.	b.		
120	10	6	9		9	8	9		5	9		
110	16	8	12		11	12	12		7	13		
100	**28**	12	**16**		**20**	19	**18**		**12**	20		
90	25	19	23		24	25	29		18	27		
80	25	28	27		25	25	33		23	30		
70	22	**28**	39		40	**30**	40		21	**37**		
60	20	20	37		40	36	40		20	35		
50	15	15	34		35	30	32		14	29		
40	10	17	30		27	30	22		15	20		
30	6	10	17		17	19	14		7	16		

Az osc. index süllyed, max. 57.4%-al. A középvérnyomás feletti lengések süllyednek, a középvérnyomás alattiak hatalmasan emelkednek.

A szabadon hagyott karon is erőteljes hatás mérhető azzal a különbséggel, hogy a reactio typusa inkább az I. csoportba tartozó, a legnagyobb lengéseket alacsonyabb nyomás mellett kapjuk.

A bőrérnyomás az esetek 69%-ában süllyedt, átlag 15%-al, maximumát közvetlen a borogatás levétele után éri el. Ettől kezdve lassan emelkedik, a kiindulásnak azonban még egy fél óra mulva is 9%-kal marad alatta. Az esetek 22.2%-ában a bőrérnyomás nem változik, egy esetben pedig emelkedik.

A vérnyomássüllyedés magyarázatul szolgál arra, hogy a középvérnyomás sülyed az iszapborogatás hatására, de főként arra, hogy a középvérnyomás feletti lengések csökkennek, míg a legnagyobb kilengéseket ezáltal jóval alacsonyabb manchettanyomás mellett kapjuk. A Riva Rocci nyomásmérés tulajdonképen a pulsus kinetikai energiáját adja; hasonló, csak jóval fokozottabb érzékenységű módszer az oscillometria is. Ha pedig az RR. nyomás süllyed, a pulsus most alacsonyabb nyomáson fejti ki ugyanazt az energiát, mint előbb.

A bőrérnyomás jobban süllyed, mint a vérnyomás; ennek a jelentősége, hogy ezáltal nő a nagy- és kiserek közti nyomáskülönbség, ceteris paribus, nagyobb az áramló vér mennyisége.

Eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

A keringés jellemzésére a volumensebességet választottuk. Ismeretes, hogy az egyenesen arányos a keresztmetszettel, továbbá az áramlási sebességgel, ill. a nyomáskülönbséggel. Ezekre irányultak tehát méréseink.

Capillarmikroskopos méréseinkből kiviláglik, hogy a volumensebesség nő, átlagban 76.27%-kal, vagyis kereken ⅔ mennyiséggel több vért kapnak a szövetek.

A volumensebesség növekedése függvényeként jött létre a keresztmetszet 20.39%-os növekedésének, továbbá az áramlási sebesség 46.21%-os gyorsulásának. — Ezen gyorsulást a környéki arteriák és kis erek közötti nyomáskülönbség növekedése okozza, amely mellett fokozódik még a szívnek hajtóerő munkája is, amit a kimutatható pulsusszaporulat, továbbá az osc. indexnek 37.1%-os, méginkább a középvérnyomás alatti lengéseknek mindig biztosan bekövetkező, átlagban 42.7%-os emelkedése bizonyít.

Az iszappakolás hatását már 5 perc mulva érezteti, 15 perc mulva már kifejlődött a legnagyobb hatás, kivételek a polyarthritises betegeink, akiken a maximum gyakran a borogatás levétele után 30 perccel fejlődött ki.

Egészséges egyéneken a hatás átlag a borogatás levétele után egy óráig tartott. Polyarthritises betegeken gyakran még másfél óra mulva is teljes hatás volt.

A rendes állapotokhoz visszatérés egy negativ szak közbeiktatásával történik, mely talán az erek kifáradásával magyarázható.

A bőrcapillarisokon a hatás már fél óra mulva megszünt, akkor, amikor az oscillatiók még erőteljesen növekedettek voltak. Ennek okát abban láttuk, hogy a bőr hajszálereire hamar kifejti hatását a környezet, míg a mély erek ez ellen védve vannak.

Ebből kiviláglik az iszapborogatás gyógyító hatásának módja: mélyreterjedő bővérűséget okoz, mely a mélyben sokáig tartó, mert a felszinhez közeleső szövetek visszafejlődését meglassítják. Ennek pedig éppen a rheumatikus betegségekben jelentkező zavarok esetén van igen nagy jelentősége.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* a füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az aorta isthmusának stenonisa. *Erkki Klemola.* (Duod. 1937. XII.)

Az aorta isthmusszűkületének négy esetét írja le a szerző, amelyeket a helsinkii diakonissa kórházba észlelt. Tulajdonképen két testvérpárról van szó és épen ezért szerző az aetiologiában öröklékenységet tételez fel. A közlemény számos röntgenképet, rajzot és elektrokardiogrammot közöl. Az egyik betegnek különös volt a röntgenlelete. Olyan a kép, mintha egymás felett két aortaív volna. *Klemola* annak a gyanujának ad kifejezést, hogy az alul látható ív a tulajdonképeni aorta ív és a felső egy jelenlévő aneurysma képe, mely vagy a stenoticus aortából, vagy pedig az itt eredő nagyerek egyikéből indult ki. Hasonló esetet a röntgenirodalomban csak egyet talált.

Koralewski Géza dr.

C-vitamin és tüdőtuberculosis. *Väinö Horelli.* (Duodecim. 1937. XII.)

Szerző az elmult tél folyamán 56 egyénen (6 egészséges és 50 tüdőbeteg) vizsgálta a vizeletben kiválasztódó ascorbinsavat *Tauber* és *Kleiner* módszere szerint. A betegeken a tbc. különböző fokozatait találta. A vizsgált egyének a vizsgálat tartama alatt (5 hét) rendes sanatoriumi étrendet kaptak, gyümölcs nélkül. A vizeletet naponta rendszeresen vizsgálták. Ezután három hétig a vizsgált egyének a sanatoriumi étrenden kivül 150—300 mg. C-vitamint kaptak. A vizsgálat eredményei:

1. Egészséges egyének 24 óra alatt átlag 8 mg ascorbinsavat választottak ki, tehát a gyümölcsmentes sanatoriumi étrend tulságosan szegény volt C-vitaminban.

2. A tbc.-betegek jóval kevesebb ascorbinsavat választottak ki, mint az egészségesek, ezek szerint az egészségesekhez viszonyítva ezeknek a betegeknek C-hypovitaminosisa van. Destruáló továbbterjedő esetekben a napi átlagos kiválasztás 4.4 mg., kezdődő inactiv esetekben átlag napi 6.7 mg. volt az ascorbinsav kiválasztás. A kettő közé eső betegségfokozatú egyének napi kiválasztása 5 mg. körül volt.

3. Phthisises betegek átlag napi 4.7 mg.-t és

4. achiliás tüdőbetegek 4.8 mg.-t választottak ki naponta, ami nagyfokú C-hypovitaminosis jele.

5. A megterhelési próbák azt mutatták, hogy a súlyosabb betegek, a phthisisesek és achiliásak kiválasztása lassabban fokozódik, mint az egészségeseké és könnyű inactiv tbc-ben szenvedőké. A vizsgálatok azt is kiderítették, hogy a megterhelési próba után a szervezetben felraktározott C-vitamin mennyiség hamarabb csökkent súlyosabb betegek esetében, mint az egészségesek, illetve könnyű betegekben.

6. C-vitamin adásától nem látott a betegség lefolyására nézve különösebb hatást, vagy javulást.

7. Más reducáló anyagok kiválasztása a betegség fokától és az adott C-vitamintól függetlenül átlag napi 4.8—7.2 mg.-ot tett ki.

Koralewski Géza dr.

Szülészet.

A leukoplakiák sorozatos szövettani vizsgálata. *J. P. Emmrich.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 114. 1.)

Az utolsó években sokan — és ellentétes következtetésekre jutva — foglalkoztak a méh hüvelyi részén jelentkező leukoplakiának nevezett jelenséggel. Ez lényegileg a hám megvastagodásában, elszarusodásában és a sejtek kisfokú polymorphosisában jut kifejezésre. A szabályos és éles határú hámot a kötőszövet felé kereksejtes beszürődés határolja. Tehát a rosszindulatúságnak semmi jele nem található. Hüvelytükrözéskor ezen szövettani leletnek térképszerű, kifejezetten fehér felületek felelnek meg, melyek az idők folyamán változtathatják nagyságukat, helyüket, eltünhetnek, majd újra megjelenhetnek. E jelenséget egyesek a rák előjelének tartják, mások csak bizonyos — főleg gyulladásos — ingerek következményének. A kérdés nincs eldöntve. E jelenségek sorozatos és hosszas megfigyelése szükséges. A szerző néhány esetüket ismerteti, majd álláspontjukat összegezve a következő gyakorlati tanulságokat vonja. A leukoplakiák több éven át történő megfigyelése sem tudja megállapítani, azok rákba átmenetét. Mivel azonban a leukoplakia és rák megbetegedés átlagos életkora közt legalább 10 év különbség van: a csak pár éven át történő megfigyelések még mindig nem kielégítők. Azok, akik leukoplakia kórjelzése esetén azonnal műtétes kiirtást végeznek, már eleve kizárják a megfigyelés lehetőségét. Pedig a szerzők abban az egyben megegyeznek, hogy ha keletkezik is belőle rák, ez a rosszindulatúvá válás csak hosszú évek után következik be. Ezért a szerző azon a nézeten van, hogy leukoplakia esetén a beteg állandó megfigyelés alatt tartandó (szövettani vizsgálat) és rosszindulatúnak tartható jelek feltünésekor gyökeres (radicalis) műtét végzendő.

Margitay-Becht Dénes dr.

Az elölfekvő lepény cystographiai kórismézése. *Mc. Dowell.* (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 3.)

A natrium jodiddal feltöltött húgyhólyag felső széle és a magzati koponya-árnyék alsó széle között rendes viszonyok mellett a röntgenfelvételen 1 cm-nyi távolság látható. Abból, hogy ez a távolság a húgyhólyag-árnyék felső szélének csak az egyik oldalán, vagy pedig teljes lefutásának megfelelően szélesedik ki, placenta praevia lateralis, ill. centralis jelenlétére lehet következtetni. Kórismézési célokra csak a terhesség utolsó harmadában, vagy a szülés kezdetén készült felvételek alkalmasak, mikor már a magzati koponya nagyságánál és helyzeténél fogva a húgyhólyagra nyomást gyakorolhat. A leírt képet korai lepényleválás kapcsán a méhür alsó felében felgyülemlett véralvadék is utánozhatja, ezért a kórisme csak a klinikai adatok és tünetek egybevetésével állítandó fel. A vizsgálat kilenc — elölfekvő lepényre gyanus — esetének klinikai lefolyása a röntgenfelvétel segélyével megállapított kórisme helyességét igazolta.

Kriszt József dr.

Terhességi glykosuria és hormonanyagcsere. *L. Nürnberger.* (Mschr. f. Geb. u. Gyn. 105. 1.).

Szerző a terhességi glykosuria megszüntetésével kisérletezett a mellékvese-kéregállomány kivonatának szervezetbe vitelével. Ezek a vizsgálatok eredményre nem vezettek.

Corpus luteum bevitelével (Proluton) terhesek vizeletében spontan glykosuriát nem tudott kimutatni. Nem terhesek sem spontan, sem alimentaris cukorkiválasztást proluton adagolásra nem mutattak.

Az egyik beteget, akin spontan terhességi glykosuria jelentkezett, 77 napig figyelték. A cukorkiválasztást a vizeletben (napi mennyiség) pontosan meghatározták. A cukor napi mennyisége *cortigen* adagolásra, még a szülés befejezése előtt, elenyésző csekély mértékben, csökkent.

Hazay Lajos dr.

Gyermekgyógyászat.

Emberi reconvalescens savó a kanyaró megelőzésében és modificatiójában. *Hyland-Andersen.* (Amer. J. Dis. Childr. 1937. 54, 2.)

423 esetben próbálták ki a reconvalescens kanyaróbetegektől vett és 0.25% kresollal conservált vérsavó hatását a kanyaró megelőzésére, fertőzésnek kitett egyénekben (2.5—15 ccm. savó befecskendezése). 72.5%-ban a betegség elmaradt, 25.2%-ban enyhe formában zajlott le. A savó hatását 7 közül 6 esetben kanyaróbetegekre is előnyösnek találták.

Lénárt György dr.

Tuberculosisbacillus gyermekek gyomortartalmában. *J. L. Rothstein.* (Amer. J. Dis. Childr. 1937. 54.)

A szerző olyan gyermekeken igyekezett activ tuberculotikus gócot bizonyítani, akik tuberculinra reagáltak ugyan, de betegségüket sem klinikailag, sem röntgenvizsgálattal kimutatni nem lehetett. Ez a gyomortartalom üledékének tengerimalacba átojtásával 86 gyermek közül 7-en sikerült. Fontos lenne, hogy minden gyermeken, kinek a bőrpróbája positiv, de folyamatot klinikai és röntgenvizsgalattal kimutatni nem lehet, ezt az eljárást is megpróbálják.

Véghelyi Péter dr.

Vérátömlesztés gyermekkori elsőleges tüdőgyulladásban. *J. M. Arena.* (Amer. J. Dis. Childr. 1937. 54.)

Tüdőgyulladás alkalmával rendesen ellenezni szokták a vérátömlesztést, hogy az úgyis erősen igénybevett szivet ne terheljék még jobban meg. Ezzel szemben *Arena* 24 transfundált esetében jó eredményeket látott.: A krisis átlagban két nappal előbb jelentkezett, mint a 35 controllesetben, rendszerint már a vérátömlesztés napján, vagy másnap. A későbbi szövődmények és halálesetek száma 3-szor kevesebb volt, mint a transfusio nélkül kezeltek között. A vérátömlesztés citrátos vérrel történt, egy testsúlykilogrammra legfeljebb 20 ccm-t számítva.

Véghelyi Péter dr.

Lovakból nyert polyomyelitis antiserum. *J. A. Toomey.* (Amer. J. Dis. Childr. 1937. 53.).

Hónapokon keresztül végzett, polyomyelitis virus és enteralis bacillusok toxinjainak keverékével előállított antigen befecskendezésekkel sikerül lovakon „hyperimmun antipolyomyelitis" serumot előállítani. A virussal az injectio előtt összekevert immunserum még 1/1000-szeres higításban is neutralizáló képességünek bizonyult, amennyiben a virus-serum keverékkel intracerebralisan beojtott macacus rhesus majom nem betegedett meg. Intracerebralisan fertőzött állatokon a serum intravenás, vagy intramuscularis befecskendezése azonban nem bizonyult gyógyító hatásúnak. A subserosusan bevitt virussal szemben azonban a serum védő hatású volt, még akkor is, ha a serumot nem a fertőzés előtt, hanem a fertőzés utáni első 24 órában adták.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Bőrgyógyászat.

Pruritus ani kezelés. *H. Wilde.* Essen. (Med. Klinik. 1937. 44.).

A végbéltáji viszketés betegnek és orvosnak egyaránt egyik leghálátlanabb formája a localisált pruritusnak. A viszketésnek legtöbbször oka a haemorrhoidalis betegség, melynek csak részjelensége a viszketés, az ekzema, a fissura ani, az erythema ani, a proktitis. Számos tekintélyes proktologus munkájából tudjuk, hogy ezek a gyakran sui generis kórképnek felfogott jelenségek, csak részjelenségei a nodus haemorrhoidalisnak, ami sokszor csak belső és magasan fent ül. A kórkép kifejlődését illetőleg utal a rokon status varicosusra az alszárakon, itt is pruritus, erythema, ekzema és végül ulcus cruris kiséről a visszértágulásnak. Valamint az alszárakon, úgy a végbélben is nemcsak pangás, hanem a vérkeringésnek megfordulása jelentkezik. Ismeretes az alszárakon a Trendelenburg-féle tünemény, hogy függőleges helyzetben a vér nem centrifugalisan, hanem centripetalisan folyik. Ugyanez következik be a végbélben is, melynek alsó haemorrhoidalis gyürüje a vena cava, felső haemorrhoidalis gyürüje pedig a vena portae edényrendszeréhez tartozik. A legegyszerübb haspréskisérlet meggyöz azonban arról, hogy pangáskor az alsó gyürü a felsőből vérrel telik meg, tehát a vena potae rendszere itt közlekedik a vena cava rendszerével. Vagyis, olyan vér kerülhet a belekből a vena cavába, illetve a végbél környékébe és börébe, melynek szabályszerüen előbb a májban fertőtlenítődni kellett volna, mert a belekből számos mérgező anyagot hoz magával. Mindez a körülmény hozzájárul, hogy kiváltsa a fenti kórképet annak összes kínzó részjelenségeivel. A kezelésnek elsősorban a végbél keringési viszonyainak rendezéséből kell állania. Erre a célra igen jól bevált *Bensaude* által megadott, *Blond* és *Hoff*-tól modifikált obliteratiós módszer, mely abból áll, hogy specialis protoskop segélyével pontosan megállapitják a tágult haemorrhoidák helyzetét és nem ezekbe direkt, hanem melléjük submucosusan antiproktánt fecskendeznek cseppenként, minden egyes helyre 3—4 cseppet. Az antiproktan chininurethan 30, illetve 20%-os oldata. Szerző ehelyett 50%! carbolglycerint fecskendez ugyancsak perivenásan és submucosusan egy-egy helyre, mintegy 6—8 cseppet, vagyis 0.05—0.08 ccm-t, természetesen szintén specialis szerkezetü fecskendőnek és a proktoskopnak állandó ellenőrző használata mellett. Együlésben négy injiciálást végeznek, hetenként két izben. 25 pruritus és ekzema ani esetben complicatiómentes és biztos gyógyulást értek el. Figyelmeztet arra, hogy a módszert absolut jól be kell gyakorolni, mert amerikai és német szerzők is figyelmeztetnek súlyos complicatiókra.

Schlammadinger József dr.

Való-e a solusalvarsan intramuscularis alkalmazása gyakorlóorvos kezébe? *Fasal* és *Konrad,* Wien. (Med. Klin. 1937. 41. szám.)

A solusalvarsan (s. s.) előnye a használatra kész oldat és a fájdalmatlanság, valamint az intramuscularis alkalmazhatósága, azonban kérdéses, hogy adhatjuk-e gyakorlatlan és tapasztalatlan orvos kezébe. Valószínünek látszik, hogy a sensibilisálódásra hajlamos egyének a fölraktározás következtében könnyebben válnak túlérzékennyé. Az idevágó irodalmi adatok ismertetése után rátér két halálos végü s. s.-mérgezési eset ismertetésére. Az egyik 61 éves férfi, akin 1 év alatt 3 combinált s. s.-bismutkúrát végzett. A 3-ik kúra utáni szünetben egész testét ellepő viszkető piros csomócskák jelentkeztek. A beteget kórházi ápolásba vették, azonban a folyamat állandóan romlott. A börön hólyagok, majd nekrosisok jelentkeztek. Később peritonitis tünetei között halt meg a beteg. A második eset 50 éves férfi, akinek 25 évvel ezelőtt volt primaer affectusa. Akkor két higanykúrát végzett, azóta serológiai reactiói negativak. Most fülzúgása miatt solusalvarsan-kúrát kezdett. 4-ik injectio után egész testén viszketés jelentkezett, de orvosa még 3 solusalvarsan-injectiót adott. Ekkor abba kellett hagynia a kúrát, mert az egész testen erös börgyulladás tünetei jelentkeztek. A beteg eleinte szakorvosi kezelésben részesült és csak 3 héttel később vették föl a kórházba, ahol natriumthiosulfatot kapott (3x1 g. per os); helybelileg rivanol-vaselint adtak, később a nagyfokú viszketés csillapítására a beteget vizágyba helyezték. A kezelés ellenére a börön kiterjedt fekélyesedés és nekrosis-képződés fejlödött ki; még a nyelven is jelentkeztek elhalások. A beteg állapota rohamosan romlott és 10 napi kórházi ápolás után meghalt. A boncolási lelet egyik esetben sem mutatott a salvarsanmérgezésre jellemző elváltozásokat, azonban szerzők mégis arra intenek, hogy a solusalvarsant nagyon óvatosan adagoljuk és hogy intramuscularis alkalmazásától pedig minden esetben tekintsünk el. A címben fölvetett kérdésre nem adnak választ, mert csak azért fogalmazták igy, hogy figyelmeztessék az orvosokat az intramuscularis solusalvarsan adagolás veszélyére.

Nagy Imre dr.

Éhezési oedema szövődménye pellagrával. *Konstantin Tschilow,* Sofia. (Wiener Klin. Wochenschr. 1937. 41. sz.)

Gyakran észlelték a háborúban az úgynevezett éhezési oedemát, amely ma már csak igen ritkán fordul elő. A kórképnek igen nagy a klinikai érdekessége, mert összefügg az anyagcserével, a vitaminokkal és az endokrin zavarokkal. 52 éves férfi két hónappal felvétele előtt vette észre, hogy lábai, arca, keze megduzzadtak. Ugyanakkor a bőre megvastagodott, sötétebb lett. Orvosnál vesepanaszokkal jelentkezett. A rendkívül szerény körülmények között élő beteg táplálkozása csaknem kizárólag kenyérből állott, amelyet kukoricalisztből és sóból készitett. A végtagok oedemája cyanosisnélküli. A fentebb ismertetett börelváltozást a dermatológusok pellagrának diagnostizálták. Vizeletben sok indican, eosinophyl 4%, alapanyagcsere +8, +12, vércukor 82 mgr%. Vitamindús táplálkozásra, valamint yoghurt és tojássárgája-extractumnak az injiciálása után rendkívül gyors javulás. Ez a kórkép typusos pellagra éhezési oedemával. Genetikailag a fehérje és a zsir hiányára, valamint szénhydrátok és sók, továbbá víz bőséges bevitele áll előtérben. Nehéz eldönteni, hogy vajjon a fehérjék, zsir, vitaminok hiánya, vagy az ásványi anyagcserének a zavara játszik-e elsörendü szerepet. A háborúban úgy a vitaminhiány következtében, mint az elégtelen táplálkozás miatt észlelték az éhezési oedemát. Egyesek az oedema-betegségeket kifejezetten avitaminosisnak fogják fel. Az utóbbi időben több szerző a gastrointestinalis traktus zavarának jelentőségére figyelmeztet. Ebben esetben is megtalálható volt az anaciditás, indicanuria, stb. Az még nem tisztázott, hogy ezek a jelenségek milyen összefüggésben állanak a börelváltozásokkal és specialisan a bőr konyhasóanyagcseréjével. Esetükben a pellagrás börelváltozások állottak előtérben, ami az esetnek különös érdekességet kölcsönöz. Megfigyelései szerint a vitamin B_2—B_6 hiánya nemcsak a pellagra, hanem minden oedema keletkezésében fontos szerepet játszik. Esetét lényegében úgy fogja fel, mint amelyik az elégtelen, egyforma, vitaminszegény táplálkozás következtében fejlödött ki.

Nyáry Lenke dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Harcgázbetegségek kór- és gyógytana. II. kiadás. Irta: *Telbisz Albert dr.* m. kir. ezredorvos. (Ára: 3 P.)

Telbisz Albert dr. magyar nyelven úttörőnek számító munkája II. kiadásában jelent meg. Az a tény, hogy 3 esztendő multán II. kiadás vált szükségessé, eklatáns bizonyitéka annak, hogy szakköreink mennyire értékelik *Telbisz dr.* munkáját.

Az új kiadás felöleli mindazt a haladást, amit az első kiadás óta a technika, chemia és orvostudomány a chemiai háború eszközeinek tanulmányozása során elért. — Különös gonddal és körültekintéssel megszerkesztett a munka klinikus része és ebből is kiemelendő a mustáranyag-typusú vegyületek pathologiáját és klinikumát tárgyaló fejezet. — A légoltalommal és a légoltalmi hygienével foglalkozó fejezetek egészitik ki az értékes munkát.

Meggyőződésünk, hogy a rendkívül actualis tárggyal foglalkozó munka minden magyar orvos könyvtárában helyet talál

Fritz Gusztáv dr.

Hypertoniák és érbetegségek. *Baráth Jenő dr.* (Magyar Orv. Könyvkiadó Társ. kiadása, Budapest, 1937. 207 oldal, 25 ábrával.)

A szerző, akinek kiterjedt tudományos munkássága éppen az orvosi gyakorlat ezen actualis kérdésével foglalakozott, elsősorban volt hivatott arra, hogy a hypertonia bonyolult problemáját ismertesse. Tehette ezt annyival inkább, mert rendelkezésére állt a *Korányi*-klinika jól feldolgozott és összegyüjtött anyaga, amely e nagyjelentőségü kérdés tapasztalati alapon történő megitélését lehetővé tette. Könyvének első része jól szemléltető ábrákkal és szabatos leírással ismerteti azon módszereket, amelyek a vérnyomás mérésére általában használatosak.

Az ép viszonyok között fennálló ingadozások jelentőségére utalva, rámutat azon körülményekre, amelyek úgy ép, mint kóros viszonyok között a vérnyomás szabályozását végzik. Az idegrendszer dominálo hatása mellett behatóan foglalkozik az endokrin mirigyek jelentőségével és a vese szerepét is megfelelően kiemeli. A vérnyomásemelkedés okait kutatva rámutat az erek rugalmasságának és tágulékonyságának körülményeire, kellően méltatván az érspasmust és a vér összetételének változásával járó befolyást.

Miután öreg korban az erek tágulékonysága csökken, a vérnyomás szabályozás zavarai sürübben jelentkeznek. Azon külső és belső körülmények, amelyek általában vérnyomásingadozást okoznak, inkább birnak befolyással az öregkorban. A nagyvárosi élet izgalmai ezért nagyobb számban váltanak ki idősebb egyéneken magasabb vérnyomást. A klinikai tünetek általános leírása keretében *Pelláthy Béla dr.* magántanár behatóan ismerteti a hypertoniára jellegzetes szemfenéki elváltozásokat, melyek olyan szembetünőek lehetnek, hogy néha a szemész állitja fel a hypertonia diagnosisát. Azon számos befolyás, melynek hatására hypertonia kifejlődik, teszi lehetővé a hypertonia osztályozását: ezek szerint 4 főcsoportba illeszti a szerző a hypertoniák különböző alakjait: 1. vese eredetü, 2. vascularis, 3. endokrin mirigyek betegségeivel kapcsolatos 4. familiaris (constitutionalis). Ezen beosztás szem előtt tartásával a szerző részletesen, jól áttekinthetően ismerteti a hypertonia klinikai kórformáit. Minden egyes esetben a rendelkezésre álló klinikai anyag felhasználásával leírja a különböző vérnyomás emelkedésével járó betegségek gyakoriságát, kóroktanát, subjectiv és objectiv klinikai tüneteit és minden fejezetben a klinikán kipróbált gyógyitási eljárásokat a gyakorló orvos számára megfelelő módon ecsetel. Ritkább kórképeknek, mint a Bürger-kórnak és a periarteritis nodosának is megfelelő helyet juttat. Örömmel látjuk, hogy különböző endokrin mirigyek megbetegedésével járó vérnyomás emelések képe is szemléltető leírásban részesül. A könyvnek kiállítása, szép ábrái hozzá fognak járulni ahhoz, hogy e munka széles orvosi körökben elterjedjen.

Bence Gyula dr.

Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus. *Prof. Dr. A. Slauck.* (Kiadó: Theodor Steinkopff. 78 oldal.)

A szerző könyvét a gyakorló orvosnak szánta, hogy az általa megjelölt új elméleti szempontokat ismertesse és ezen az alapon a rheumás betegségek diagnosisát és kezelését megkönnyitse. Újból nagyon hangsúlyozza a focalis infectio jelentőségét, mely vagy haematogen szóródásos, vagy focalotoxikus kórképeket eredményezhet. Szerinte a toxin a mandulákból, orrmelléküregekből, fogakból az idegpályák mentén a tetanus-toxinhoz hasonlóan a liquorba jut és innen elective a gerincvelői elülsőszarvi sejteket támadja meg. Ennek eredménye a peripherián a megtámadott idegsejtekhez tartozó izomrostok elfajulása, melyet diphtheriatoxinnal végzett állatkisérletekben sikerült igazolnia. Ezen izomsejtelfajulásokat klinikailag egyes izomkötegek fibrillatiója jelzi, mely tünetre a szerző igen nagy súlyt helyez és azt állitja, hogy megfelelő elhelyezés és jó világitás mellett az esetek túlnyomó részében megfigyelhető néhány percnyi várakozás után (a beteg fázni kezd ? ref.). A fibrillatio biztos jele a focaltoxikus kórképnek, és a szerző szerint főleg az alsó végtag izomzatán jelentkezik, feltevése szerint azért, mert a liquor áramlása caudalis irányban történik, úgyhogy a toxin az alsó segmentumok körül mintegy meggyülik. (?) Hasonlóképen centralis magyarázatot ad a szerző a chronikus arthritisekben fellépő capillaris keringési zavarokra, sőt az exsudativ izületi elváltozásokra is; az érbeidegzési zavarok ilyenkor bizonyos sympathicus idegcentrumok toxikus sérülésére engednek következtetni. Felfogását kiterjeszti a rheumás szívműködési zavarok magyarázatára is és az extrakardialis idegeknek, illetőleg azok gerincvelői sejtközpontjainak focaltoxikus bántalmazottságát veszi fel. Sajnáljuk, hogy ezekre az újszerű megállapitásokra nézve a könyv még elégséges positiv adatot nem szolgáltat, csupán az elmúlt évben megjelent közleményre hivatkozik, mely azonban nem hoz sokkal többet, mint jelen könyve. Érdeklődéssel kell várnunk a rheumás betegségek ezen új centralis elméletének pathologiai alapon történő igazolását.

bilkei Pap Lajos dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 28-i ülése.

Előadások:

Sajgó Gy.: *Orthopaed mütőasztal gerinctörés helyretételére és rögzitésére.* Anatomiai és a jelenlegi gerinctöréskezelés ismertetése után bemutatja mütőasztalát, s vetített képeken ismerteti annak működését. Rajta a gerincoszloptörést az extensio állandó fokozása mellett, úgy hasi lordosis tartásban, mint háti fekvésben tudja redressálni; úgyszintén reponálja, kryptoskopos állandó ellenőrzés mellett a nyakcsigolya törés-ficamát is. Az asztal stabilitása lehetővé teszi azt, hogy rajta extensiót igénylő véres mütéteket végezzünk, s alkalmas felső-, alsó-végtag, medence törés-ficam extensiójára, skoliosis rachitica deformitásának, továbbá spondylitis, coxitis redrássálására és rögzitő kötések feltételére.

Horváth B.: Az extensiós asztalok sokfélesége azt mutatja, hogy egyik sem tökéletes minden viszonylatban. A különböző asztalok constructorai azonban annyira összeszoktak az asztalok mechanikus lehetőségeivel, hogy igy mindenkinek a saját asztala a legjobb. A bemutatott asztal különösen gerinc- és végtagtörések kezelésére egészen kiválóan alkalmas. Rachitikus skoliosisok kezelésére azonban kevésbbé lesz tökéletes, mert a csigolya elcsavarodása következtében előálló deformitást nem szüntetheti meg.

Niederecker G.: Hozzászóló még 1926-ban a pécsi sebészeti klinikán eredeti eljárással látta el a csigolyatöréseket a Lange-féle extensiós asztalon olyanformán, hogy a beteget hasi fekvésben két hevederre fektette, melyek közül az egyik a mellkason, a másik a combok felső harmadán függesztette fel a beteget. Ezen lordotisáló fektetéshez társult az extensio olyanformán, hogy az állát Glisson-tartóval rögzitette, a lábakra erősitett bokavédőkkel pedig csavarmentes húzást alkalmazott. Pécsett mintegy 8—10 csigolyatörést látott el ilyen módon, Budapesten pedig az Irgalmasok kórházában a drága Lange-féle készüléket egyszerű favázzal helyettesiti, amelyre a Glissont ráakasztja, a lábvégre pedig a meglevő Schede—Kuzmik készülék csavarjait erősiti és ezzel alkalmazza a nyujtást. Csigolyatöréseit ezen egyszerű készülékkel látja el, másfél év előtt hathetes csigolyatörést sikerült operálnia. Óvatosságra int a bénulásos ileus miatt, amely bármilyen ijesztő is, egy 48 órán belül megfelelő kezelésre oldódni szokott. Ezen kezelési mód eredeti, kiméletes és régibb, mint a *Böhler* methodusa. Főleg háti és ágyéki csigolyák töréseinek kezelésére alkalmas, a nyaki csigolyák kezelésére igen alkalmasnak tartja a *Sajgó* által ismertetett extensiós asztalt. Vetített képekben bemutatja a készüléket és reponált csigolytöréseket.

Sajgó Gy.: Válaszában megköszöni a hozzászólásokat, *Horváth dr*-nak kijelenti, hogy skoliosis rachitica beteganyag fe'ett, mint katonaorvos nem rendelkezik és kéri az orthopaedek ily irányú támogatását. *Pázsit dr.*-nak, hogy hosszú tanulmányt folytatott, nehogy olyan asztalt találjon fel, amely már régen működésben van. Az ismert eddigi, ily rendeltetésü asztalokat, a nyugodt stabilitás helyett, a billenés nyugtalanitó formája, s a complicált constructió jellemzi. A lordosis lassú fokozásával együtt működő extensiót sehol sem találta, úgyszintén olyan asztalt sem ismer, mely a gerincoszloptöréseknek úgy hasi, mint háti fekvésben redressiójára, s egyúttal a nyakcsigolya törés-ficam repositiójára is alkalmas lenne. *Niederecker dr.* improvisált redressáló kerete nagyon értékes és szellemes, mely a háboruban, a harcvonal mögött is könnyen összeállitható.

Göttche O. és Gajzágó D.: *A complementkötési reactio vizsgálata szamárköhögés eseteiben.* A complement kötési reactio 0—6 hónapos csecsemőkön csak 25—40%-ban, 6—12 hónapos csecsemőkön már 73%-ban, egyéves koron túl pedig 85%-ban positiv. Az egyes szerzők által talált 100%-os eredmény kissé erőltetett, mert bakt. igazolt pertussis esetek észlelhetők negativ reactióval egyévnél idősebb gyermekek között is. A reactio igy is igen értékes segédeszköz a szamárköhögés felismerése szempontjából. Hátránya, hogy elég sokáig positiv marad (előadók vizsgálatai szerint legalább 15 hónapig) miáltal a reactióból nem tudjuk meg, hogy

a gyermek a betegségnek milyen stadiumában van. Ebből a szempontból sokkal használhatóbb a bakt. vizsgálat és a vérkép, melyek, ha positivak, egyúttal azt is meghatározzák, hogy a gyermek a betegség milyen stadiumában van. Nem értékelhető a reactió akkor, ha a vizsgálat előtt 2—3 hónappal a gyermekeket szamárköhögés ellen vaccinálták, mert a vaccina hatására az egészséges gyermekek vérében is képződnek ellenanyagok. Szamárköhögés eseteiben a gyermek környezetének vérsavója is positiv complement kötési reactiót ad (előadók vizsgálatai szerint az anyák vérsavója a gyermek szamárköhögésének 9—12. hetében 70%-ban positiv reactiót ad), mely tény diagnostikailag is jól kihasználható. Előadónak több esetben sikerült az anyák positiv reactiójából következtetni a gyermek fennálló szamárköhögésére. A controll esetek 9%-ában positiv complement kötési reactio nyerhető, melynek nagyrésze valószinüleg elnézett szamárköhögésből ered, néha azonban a controll esetekben az ellenanyag titer olyan magas, amilyen magas titert előadók csak friss szamárköhögés eseteiben találtak, ezért felmerül a kérdés, hogy minden reactio sfecificusnak tekinthető-e, vagy sem! (ezek az esetek a controll esetek 2%-ában fordultak elő). Az előadók által bevezetett ellenanyag titrálás azt mutatja, hogy friss szamárköhögés eseteiben a titer a 40-es higitás felett van, ezért magas titer mindig friss szamárköhögés mellett szól, az alacsony titer azonban ezt nem zárja ki. Előadók a friss esetek 70-ában kaptak magas és 30%-ban alacsony titert. Ezért csak a positiv eredmény értékelhető. Az ellenanyagtitrálás tehát értékesebbé teszi a complement kötési reactiót, mert positiv esetben a szamárköhögés stadiumát is el tudjuk dönteni.

Három és fél millió a falunak.

Alig hogy csillapodott örömteli szívdobogásunk, hogy egy magyar mágnás, ki látva az orvosi kutató tudomány világszerte diadalmas eredményeit, meg akarja osztani földi javait nemzete fáklyavivőivel: mikor ime, mint a mult hetekben sötét egünket bevilágító, még soha nem látott égi tünemény, a magyar gazdasági élet lelkiismeretének nagyszerű megmozdulása, áldozatkészségének népünk szeretetéből fakadó lendülete villan elénk, látszólag váratlanul és hirtelen. Ha azonban a dolgok mélyére nézünk, látjuk, hogy ez a nemes gesztus nem volt váratlan, sőt nagyon is várta már ország és nép, az „Isten adta nép" az „országfenntartó nép", melynek jelleme, gazdasági helyzete, politikai jogai, művészete, egészsége és egyre sorvadó ősereje annyi kis és nagy elmét foglalkoztatott már hol becsületes együttérzésből, hol politikai ravaszságból. A falu kutatás megindult, divatba jött, hullámai egyre szélesebb körökben gyürüztek s egyre több gondot és lelkiismereti furdalást okoztak azoknak, akikre ország és nép jóléte, kormányzása bízva volt.

Nehogy azt higyjük, tétlen vesztegeltek. Minden törvényes intézkedésben, az állami igazgatás minden rendelkezésében ott volt a nép, a földműves osztály védelme és elszórtan történtek nagy megsegítések: telepítések, falvak létesültek, kórházak épültek, azután — sajnos! — az elbirhatatlan ápolási költségek miatt üresek maradtak.

A legdrágább kincs az egészség, a legnagyobb nyomorúság a betegség. Ennek a súlyos igazságnak felismerése kormányzatunkat az egészségvédelem nagyarányú kiépítésére késztette és ma — Istennek hála! — a belügyminister bölcs és erélyes védelme alatt egy világszerte elismert tökéletességű egészségügyi szervezet működik nálunk orvosok vezetése alatt, osztatlan elismeréssel és támogatással találkozva mindenütt a társminisiteriumokban és parlamentban egyaránt. A belügyminisiterium kitünő közegészségügyi osztálya hivatásuk magaslatán álló orvosállamtitkáraik vezetése alatt lassan behálózta az országot kitünően képzett embereivel, jól felszerelt decentralizált laboratóriumaival, áldásosan működő egészségházaival és körzeteivel és ez intensiv munkájával behatolva a népnyomor legsötétebb rejtekeibe, még közelebb hozta a szörnyű hibákat, a sürgős tennivalókat a felelős kormányférfiak szeme és lelkiismerete elé. Egyre nagyobb mértékben indult meg állami és községi feladatként a segítség, de ez utóbbi a községek terhei és szegénysége miatt nagyon sok kívánnivalót hagyó mértékben.

Ezen valahogy segíteni kellett és ezen töprengett a közelmultban három kiváló államférfi, kiket a reájuk nehezedő gondok a fehér asztalhoz is elkisértek. *Johan Béla* államtitkár idealistikus terveit és sötét helyzetképfestéseit hallgatták *Kozma Miklós* belügyminister, ki úgyszólván minden útjára magával vitte egészségügyi államtitkárját, hogy megismerje a falu nyomorát és teendőit; — *Keresztes Fischer Ferenc* volt belügyminiszter, kinek kormányzása alatt indult meg a nagyobb arányú falu-egészségügyi actio — és *Imrédy Béla*, az ország pénzügyi szilárdságának megalapozója, az orvosi tudomány és orvosi munka legbensőségesebb tisztelője.

A két belügyminister, kik mindig át voltak hatva annak igazságától, hogy a nemzet legbecsesebb tőkéje az emberanyag, s a széplelkű volt pénzügyminister, ki megérezte, hogy e tőke megmentésére a pénztőkének kell áldozatot hoznia, elhatározták, hogy megkisérlik a falu megsegítésére, a községi egészségügyi teendők lehetővételére szükséges összeg összegyüjtését és előteremtését.

Így indult meg alig egy éve a nemes mozgalom, ami — hála kiváló szószólóinak — mindenütt készségesen resonáló megértésre talált. Elsősorban *Hegedüs Lorándban* talált lelkes pártfogóra, ki mint a „Tébe" elnöke, nagybankjaink támogatását szerezte meg, kiknek az *Imrédy* kormányozta „Nemzeti Bank" mutatta a jó példát. Aztán a *Chorin Ferenc* elnöklete alatt működő „Gyáriparosok Országos Szövetsége" nyitotta meg áldozatkész erszényét a közegészségi alapításokban mindig előljáró *Weisz Manfréd* gyárral az élén.

A jegyzések lassan gyűltek, növekedtek, három és fél millióra kerekedtek s végül a nép javát szivén hordó miniszterelnök hívó szavára elébünk tárult a fehér asztaltól elindult legszebb kötelességre ébredés eredményeként ez a nagy és szép ajándék a magyar falu népének. Hála tölti el szivünket azok iránt, akik elindították és adták; és reménység költözik belénk, hogy oda fog jutni, ahová szánták: a községek egészségügyének megsegítésére. Mert hiba volna, lehangoló és az egész nemes actiót megsemmisítő hiba, ha e 3½ millióból az állami költségvetésben vállalt kötelezettségek nyernének könnyebbítést. Nem hisszük, hogy ez megtörténhetnék és bízunk *Széll József* belügyminisiterünk bölcsességében és erélyében, hogy tárcájának egészségügyi költségvetését nem engedi ilyen módon csökkenteni. Amit a magyar állam eddig vállalt a magyar nép egészsége érdekében, azt nem csökkenteni, csak növelni, a pattanásig növelni lehet.

Bölcs kormányunk ebben az irányban is halad és reménylhetőleg a jövőben egyre több áldozatot fog hozni a nép egészsége érdekében.

De községeink szegények, szörnyű terhek hordozása alatt nyögnek és sokszor a legelemibb egészségügyi követelményeknek sem tudnak eleget tenni. — Hány község, hány körzet van orvos nélkül, mert még lakást sem tud adni orvosának! Látjuk, hogy az ország minden részéből könyörögve kérik, látva nagy előnyeit, hogy egészségügyi körzetekbe szerveztessenek: — de nincs pénz reá, nincs miből építeni egészségházakat s védőnőket tartani. Hány óvoda várja napközi otthonná alakítását, hány pusztuló fogazatú iskolásgyermek várja az iskolafogorvos áldásos működését, hogy táplálkozni, fejlődni tudjon és megszabaduljon a kínok sorozatától. Mindmegannyi községi feladat és hány van még ezen kívül. — De a kínál-

kozó segítség tekintélyes és ha lesz erő belügyministerünkben, hogy ezt megvédje az egy-egy karéjt belőle lehasítani akaró szándékok ellen, akkor nagy és örvendetes lendületet fog adni a sokat hangoztatott faluvédelemnek.

Vámossy.

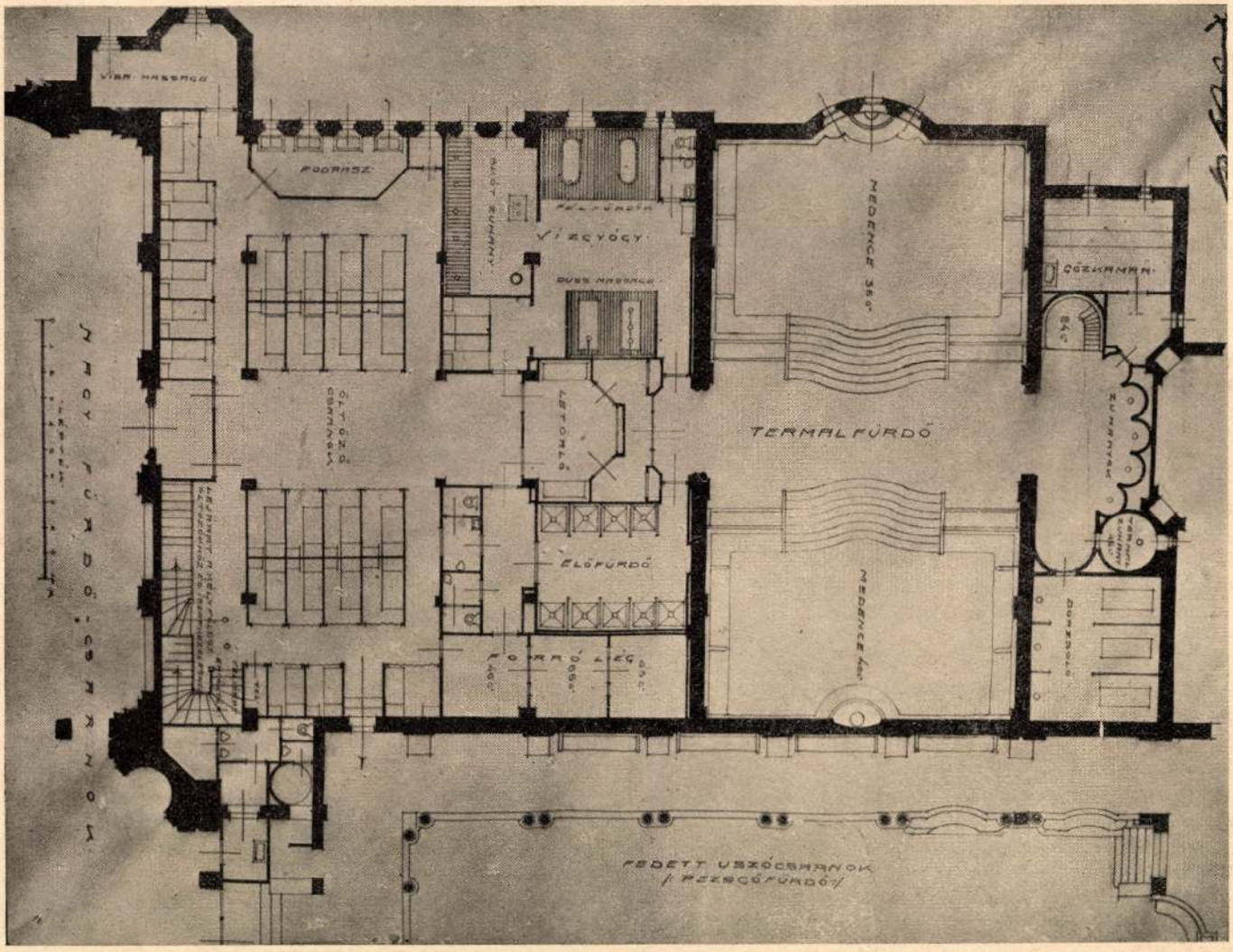
A Szent Gellért Gyógyfürdő vízgyógyintézetének áthelyezése.

A balneotherapia mai felfogásunk szerint: „ingertherapia". Élettani hatását hőingerek, chemiai ingerek és mechanikus ingerek folytán fejti ki. Ezek közül a chemiai ingerhatás a viz összetételétől, a benne oldott sóktól, a vizben elnyelt gázoktól stb. függ, amivel tehát mint állandó tényezővel kell számolnunk. A másik két tényezőt, a viz hőmérsékletét és a fürdővel kapcsolatos mechanikus ingereket azonban tetszés szerint változtathatjuk. Aszerint, hogy a különböző ingereket milyen mértékben és mennyi ideig engedjük hatni, módunkban van a legkülönbözőbb élettani hatásokat előidézni.

Hogy ezeket a lehetőségeket ideális formában kihasználhassuk, elsősorban egy olyan fürdőintézményre van szükségünk, ahol ezek a balneotherapiás gyógytényezők a lehetőség szerint központosítva, a betegek által könnyen és kényelmesen megközelíthetően legyenek elhelyezve. Ilyen intézmény megalkotásánál igen fontos tehát a tervező építész és az orvos szoros együttműködése, mint az a Gellért fürdőben most végrehajtott átalakításnál is történt.

A mellékelt tervrajz a Szent Gellért gyógyfürdő közös férfi thermálfürdőjét mutatja a mai formájában. Igen kevés átalakítással sikerült a „vizgyógyintézetet", ami eddig a fürdő második emeletén volt elhelyezve, a közös thermálfürdővel egyesíteni.

A közös nagy thermális melegmedencék és a közös férfi iszaposztály között már régebben megvolt az összeköttetés, a mostani átalakítással pedig a három legfontosabb osztály került egymással szoros kapcsolatba: az iszappakolás, a thermális medence fürdők (az ott levő forrológ és gőzkamrákkal) és a vizgyógyintézet (a szokásos duss kezelésekkel, félfürdőkkel, skótzuhannyal, dussmassage-al stb.). Gondoskodás történt arról is, hogy a



A balneotherapiában használt kezelések reflexek utján, tehát azonnal hatnak, s ezt a hatást hosszantartóvá is tudják tenni a hőfok, az időtartam, a fürdővel kapcsolatos mechanikus ingerek (dussok, leöntések, a viz hydrostatikus nyomása stb.) megfelelő megválasztásával és a rendelkezésünkre álló gyógytényezők (iszap, protrahált fürdők, járófürdők, dussmassage-ok, hideg-meleg skót zuhany stb.) megfelelő kombinációjával.

beteg állapota javulásával a 26 C. homérsékletű „Pezsgőfürdőt" is használhassa.

A férfiosztály már elkészült, a női osztály munkálatai most folynak, s rövidesen be is fejeződnek. Ezen új berendezés lehetővé teszi, hogy combinált kúrákat minden technikai fennakadás — átöltözés, várakozás — nélkül, a legnagyobb kényelemben megvalósíthassák a betegek.

Vámossy.

Irányítás az egészségügyi szolgálat alaki részében.

Ami az egészségügyi szolgálat személyi részét illeti, a legutóbbi rendezés a legnagyobb biztosítékot nyujtja aziránt, hogy minden megüresedő helyre az arra legérdemesebb kerüljön. Fontosságában sokkal alárendeltebb jelentőségű, hogy a szolgálat ellátásával kapcsolatos írásművek alakja, nagysága, beosztása, az azokban foglalt adatgyüjtés kerete,, megőrzésre és másodpéldány készítésére alkalmassága, laikusok részére is érthetősége, szembetünő volta, színe, egyöntetűsége írógéppel kiállíthatósága, azaz röviden, hogy az egészségügyi szolgálat alaki része is olyan szabályozást nyerjen ahogy az a célnak legmegfelelőbb. Nem hanyagolható el azonban ennek a kérdésnek irányítása már csak azért sem, mert ez az orvosok egyetemét érinti, mert hiszen alig van orvos, aki fertőző beteget be nem jelentene, beteget kórházba nem utalna stb.

Anélkül, hogy csak meg is kísérelném e kérdés kimerítését, ami egy racionálizáló bizottság feladata lenne, kiragadott példákon mutatom be az irányítás szükséges voltát.

A halottkém által kiállítandó halottvizsgálati jegyzőkönyv és bizonyítvány külön-külön rovatban tünteti fel fel a halál okát és a kór nemét. Az anyakönyvvezető halotti anyakönyvében azonban csak a halál okának van rovata, a kór nemének nincsen. A halál oka mint tudjuk szívhűdés, agyhűdés, fúladás, elvérzés, ananitio, shok. A kór nemén pedig azt a betegséget értjük, mely a fenti végső halálokok egyikéhez vezet és az egyén halálát okozta. Miután azonban a halotti anyakönyvben csak a halál oka szerepel megtörtént, hogy a laikus halotti anyakönyvvezető egy éven át csak a halál okát írta be, minek következtében a halotti anyakönyvben egy éven át majd mindenütt csak „szívhűdés" van bejegyezve. Kétségtelenül szükséges tehát a halottkémi iratok és a halotti anyakönyv rovatainak összeegyeztetése.

Messzemenő következtetéseket ebből az egy példából levonni nem lehet. De áttekintve az egészségügyi szolgálattal kapcsolatos írásműveket, egyszerűsítésre, irányításra sokszor fogunk alkalmat találni, amint másrészt kitünő mintákra fogunk bukkanni arra vonatkozólag, hogy ez az irányítás mi módon történjék. Kitünőek az Országos Közegészségügyi Intézet által használt írásművek és az irányításnál szem előtt tartandónak vélem az O. K. I.-nak azt a gyakorlatát, hogy az általa használt írásműveken rajta vannak a tárgyra vonatkozó legszükségesebb tudnivalók. Például vízminta eredményének közlésén a helyesen megépített kút kellékei. Nagyon jók a szülészeti rendtartásra vonatkozó írásminták. Különösen kiemelném célszerűségénél fogva a községi orvos havi jelentését a szülésekről, ami mintául szolgálhat azon jelentések alakjára vonatkozólag, melyeket nagyságuk, vagy egyéb okok miatt írógéppel elkészíteni nem lehet. Célszerű ugyanis a nagy formátumok tintaírónnal olyatén kitöltése, hogy másoló papírral a másodpéldány is egy munkával rendelkezésünkre álljon. Fontosságánál fogva azonban szükségesnek vélném, hogy az összes bábanaplókon rajta legyen, mi történjék a bábák által idegen községben vezetett szülések bábanaplózásával. A bábák czirányú tudatlansága ugyanis, sokszor felesleges iratváltásra ad okot.

Nem találom szerencsésnek, hogy a ragályos betegségek esetén kifüggesztendő tilalmi jegy a különböző fertőző betegségek esetén is, egyforma. Az általában könnyebb, vagy súlyosabb lefolyású ragályos betegség szerint annak nagysága, színe, szembetünő volta változhatna, leghelyesebben tán úgy, hogy a tilalmi jegyen a fertőző betegség megnevezése és esetleg dióhéjban a szükséges tudnivalók is rajta legyenek.

Mindenekelőtt szem előtt tartandónak vélem, hogy az írógépet nagyobb mértékben kellene használatba venni az egészségügyi szolgálat ellátásával kapcsolatos írásművekben is. Aki már egyszer írásbelijét írógéppel készítette el, nem szívesen fog lemondani annak használatáról. Eltekintve attól, hogy igéybevételével olvashatóbb, tetszetősebb és tiszább az írásunk, célszerű az már azon okból is, hogy az eredeti elkészítésével egyidejüleg a másodpéldány is rendelkezésünkre áll. A fertőző beteg bejelentés új rendezésével szemben elhangzott az a panasz, hogy a sok rovat kitöltése tetemes időveszteséget, sokszor fennakadást okoz. Ez a panasz azonban nem vette figyelembe hogy minden fejlődés és haladás differenciálódással jár. A védekezésnek szélesebb alapokra helyezése az adatok részletesebb feltárását és így szükségképen az írásbeli teendők növekedését vonta maga után. A haladással vele jár tehát, hogy az orvosok írásbeli teendői is nem csökkenni, hanem növekedni fognak. Kívánatos lenne azonban, hogy az így előálló munkatöbblettel szemben megadassék minden olyan technikai könnyítés, mely nem esik rovására az ügy érdemei részének, hogy az így előálló tehermentesítés révén az írásművek elkészítése, jelentések megtétele, nyomtatványminták több példányban kitöltése, minél kisebb időveszteséggel legyen elintézhető. A gépírásra áttérés a nyomtatványok alakjának módosításához kell hogy vezessen, és mint az irányítás egyik követelményét állítanám oda, hogy mindazok a jelentések, melyek több példányban készítendők el, pl. a fertőző beteg be- és kijelentések, gépírásra alkalmas alakban készüljenek. Ha pedig ez valami okból nem lehetséges, akkor a már fentebb említett módon tintaírónnal és másoló papirral egyszerre két példány készítésére alkalmasak legyenek.

Az írógépnek igen célszerű használatát láttam több Röntgen-intézetben. Az írógéppel írt lelet egyik példánya az irattár részére az intézetben maradt, a másik példány a beküldő orvosnak jutott. Ugyanezt a rendszert célszerű lenne megvalósitani a kórházak kórtörténeteinek vezetésében is. A kórtörténet másolatának a beküldő orvoshoz juttatása állandó beható továbbképzést tenne lehetővé egyrészt, másrészt pedig ellenértékéül szolgálna annak, hogy a beküldő orvos is köteles lenne kisérő iratot kiállítani. Cészerű lenne, ha ilyen intézetbe utalásra szolgáló és megfelelő kérdőpontokkal ellátott betegkisérő iratmintával az orvosok el lennének látva, mert a sokszor sürgős beszállításkor hevenyészetten kiállított kisérő iratból ép azok a kérdések nem nyernének tisztázást, amire az intézeti kezelés folyamán égetően szükség van. Vizsgálták-e a szülőnőt intézeten kivül belsőleg, kapott-e a sérült tetanus serumot, oltották-e a croupra gyanús gyermeket és hány egységnyi diphteria-serummal, beszállítás előtt, gyanus-e a beteg arra, hogy ragályos, részesült-e a beteg morphium vagy más injectióban, nem tisztázott kórkép esetén milyen tünetek miatt vált szükségessé a beszállítás, oly kiragadott kérdőpontok, melyeknek megválaszolása a beteg érdekében álló és az intézetben döntő fontossággal birhat. A betegkisérő irat szövegének megállapítása az irányító bizottság feladata lenne. kötelező használata számos esetben nagy könnyebbséget jelentene a beteget felvevő intézeteknek.

De az irányítás nemcsak technikai célokat szolgálna. Az egészségügyi szolgálattal kapcsolatos irásművek át-

vizsgálása során ugyanis kiderülne hogy számos különböző helyen és különböző szerzőtől előterjesztett indítvány megvalósítható lenne. Nemcsak arra gondolok, hogy a halottkémléssel, egészségrendőri ellenőrzéssel, közgyógyszer ellátással, fertőző beteg és szülészeti renddtartással, intézeti elhelyezéssel kapcsolatos iratminták, a különböző havi, negyedévi, félévi, évi jelentések, kimutatások, nyilvántartások, oltási jegyzőkönyvek lennének átvizsgálandók oly célból, hogy azok az irányítás szempontjainak megfelelően a legcélszerűbben megszerkesztve egységes alakban használtassanak országszerte, hanem úgy vélem, hogy közelebbi vizsgálattal látszólag utópisztikus ajánlások megvalósítása sem fog lehetetlennek bizonyulni. A számos helyen folyó részletmunkának egységes szempontból egy helyen történő áttekinthető feljegyzése az egészségügyi közigazgatásban ugyanazt a synthesist lesz hivatva megvalósítani, mint amely synthesisnek szükségességét az orvosi tudományban a részekre differenciálódás mai korszakában oly sűrűn és méltán hangoztatják.

Ma már egyes helyeken a csecsemőket Calmette oltóanyaggal rendszeresen oltják. Ezen oltásról részletes nyilvántartás készül, mely már bizonyos szociális körülményekre, lakásviszonyokra és anamnesticus adatokra is tekintettel van. Ugyanerről a csecsemőről, hacsak az élet első hónapjaiban el nem hal, nyilvántartás készül a himlőoltással kapcsolatban. Két éves korban ennek a gyermeknek a neve bekerül a diphteria ellen védoltottak névjegyzékébe, 12. életévének betöltése előtt a himlő elleni újraoltásról vezetett névjegyzékbe. Ebben a korban faluhelyen már alig fogja elkerülni, hogy bele ne kerüljön a typhus ellen védoltottak nyilvántartásába. Ha mindezeket a nyilvántartásokat egybefoglaljuk egy közös nyilvántartásba, amelyben a név csak egyszer szerepel, a különböző védoltások pedig egy-egy rovattal rendelkeznek és ha néhány rovatot később meghatározandó körülmények feljegyzésére nyitva hagyunk, készen áll előttünk az egészségügyi törzskönyv alapja. Továbbfűzve ezt a gondolatmenetet, ha azok a vizsgálatok, melyeket Neuber oly szakavatottsággal bevezetett, majdan valamikor országosan kötelezők lesznek, ha a preventió tervéenk megvalósítása el fog jutni addig, hogy a lakósság meghatározott életkorokban, pl. 5—10 évenként át fog vizsgáltatni és a leletek ezen törzskönyvben fel fognak jegyeztetni, ha a klinikák, kórházak, sanatóriumok ápoltjainak leletei értesítő lapok révén ezen törzskönyvben feljegyzésre fognak kerülni, valóban előttünk fog állni a „biológiai telekkönyv".

Az élet kezdő és végső pontját a születési és halotti anyakönyv hitelesen lerögzíti. Azt a pályát, melyet létünk alatt ezen két pont között megfutunk, lenne hivatott ez a — nevezzük rövidség okából „létkönyv"-nek — egészségügyi szempontból megrajzolni. Hatósági orvosok által megbízhatóan vezetve szilárd bázist alkotna az emberi életet determináló tényezők: az öröklött alkat, mint endogen, a külső ártalmak és az azokat megelőző és elhárító orvosi tevékenység, mint exogen tényezők örök játékának tanulmányozására és kimeríthetetlen kútforrásává lenne minden magasabb rendű egészségügyi politikának.

Utópiának látszik ez ma, de úgy vélem, hogy az egészségügyi közigazgatás irásműveinek irányításával az első lépést meg lehetne és meg kell tenni ebben az irányban.

Heinrich Emil dr., községi orvos.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

VEGYES HIREK

Korányi Sándor báró szeretett professorunk súlyos betegségéből felgyógyult és bár szobáját még nem hagyhatja el, de már újra íróasztala előtt ül és tolla — minek annyit köszönhetünk — kezében van. Javulását bizonyára előmozdítja az az újabb kitüntetés, hogy a *„Société Française d'Hématologie"* közgyülése tiszteletbeli elnökévé választotta. Együtt örvendünk rendünk Nestorával, s örömünk csak felgyógyulása felett nagyobb.

A nemzetközi orvosi továbbképzés akadémiájának alakuló ülése Budapesten. A budapesti XIII. nemzetközi orvosi congressus alkalmából 1909 szeptember havában megalakult a nemzetközi orvosi továbbképzés központi bizottsága. E bizottság 1913-ban a londoni nemzetközi orvosi congressus alkalmából tartotta első és egyetlen ülését. 1937 augusztus havában Berlinben nemzetközi orvosi továbbképzés congressust tartottak, melyen 43 állam volt képviselve, s melyen elhatározták a nemzetközi orvosi továbbképzés akadémiájának megalakítását. E congressuson Magyarországról számosan vettek részt s *Manninger Vilmos* professor javaslatára elhatározták, hogy az akadémiát Budapesten fogják megalakítani. A magyar kir. kormány és a székesfőváros az előkészítő bizottságot ez ülés megtartására meghívta.

Az ülés 1938. április 24-én lesz és ez alkalommal „kutatás és továbbképzés" címen külföldi tudósok előadássorozatot fognak tartani *(Borst, Bergmann, Leriche, Dale, Olivecrona, Doerr,* stb.). Az akadémia alakuló ülésére előreláthatólag 80—100 delegátus fog eljönni és pedig a különböző államok és organisatiók képviseletében.

A budapesti összejövetel megrendezésére az orvosi továbbképzés magyar bizottsága nyert megbízást.

Nemzetközi Rheumatologiai és Hydrologiai Congressus 1938-ban. A Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társaság (International Society of Medical Hydrology) ez évi nagygyülését a Nemzetközi Rheuma Ligával (International League against Rheumatism) kapcsolatban Oxfordban tartja meg. A nagygyülés március 25-én Londonban kezdődik az egészségügyi miniszter fogadóestjével a Lancaster Houseban. Március 26-án d. e. West Wickhamban és Carshaltonban a gyermekrheuma kórházak megtekintése, d. u. látogatás a Great Ormond Streeti gyermekkorházban és a Poliklinika rheumaosztályán. Este a „Royal College of Physicians" elnökének fogadóestje. Március 27-én utazás Oxfordba, elhelyezés a College Balliolban, d. u. a város megtekintése, este ünnepi hangverseny a Christ Church Collegeben. Március 28-án a congressus ünnepélyes megnyitása az egyetem „Sheldonian Theatre"-ében. Az első tudományos ülés (I. S. M. H.) tárgya „A száraz és nedves klima, illetőleg időjárás befolyása a betegségek keletkezésében." Referensek: *G. Danischewsky* prof. (U. S. S. R.) *G. Edström dr.* (svéd), *de Rudder* prof. (német) és *E. P. Poulton dr.* (angol). D. u. a tudományos ülés folytatása, este bankett a „Town Hall"-ban. Március 29-én második tudományos ülés (I. L. R.), tárgya: „A juvenilis rheumatismus". Referensek, pathologia: *A. G. Gibson dr.* (angol), *F. Klinge* prof. (német), *Gunzburg* prof. (belga), *Eagles dr.* (angol) és *Belák prof.* (magyar). D. u. a „Radcliffe Infirmary"-kórház megtekintése, utána a tudományos ülés folytatása, klinikum: *L. Findlay* prof. (angol), *H. Grenet dr.* (francia), *Pelnár* prof. (cseh), *Monrad* prof. (dán), *Blechmann dr.* (francia), *Brüning* prof, *Hochrein* és *Leichentritt* (német), *Bruce Perry* prof. (angol) és *Kramár* prof. (magyar). Március 30-án részben a tudományos ülés folytatása, therapia: *W. Sheldon dr.* (angol), *C. Smallwood dr.* (angol), d. u. socialis szempont: *F. J. Poynton dr.* (angol), *G. Danischewsky* prof. (U. S. S. R.) *Ory dr.* (belga), *Norgaard dr.* (dán), *Lacapere dr.* (francia) és *Thornton dr.* (angol) részben egész napos kirándulás Leamington Spaba, u. o. a gyógyberendezések megtekintése és tudományos ülés hydrologiai, vagy rheumatologiai szabadon választott tárgykörrel, visszautazás Warwicken és Stratford-on — Avonon át a Shakespeare-emlék megtekintésével és teával a Shakespeare-színházban. Este színház. Március 31-én kirándulás Droitwich Spaba, a fürdőberendezés megtekintése, d. u. továbbutazás, vagy Bathba az ottani jubiláris fürdő-gyülésre, vagy visszautazás Londonba.

A nagygyülésen az I. S. M. H. és a Liga tagjain kívül más orvosok is résztvehetnek 20 shilling congressusi és jelentkezési dij ellenében. A részvétel költsége III. 25—31-ig Londontól Londonig 9—10 fontsterlingben van előirányozva. A jelentkezésre és bővebb felvilágosításra készséggel áll rendelkezésre *Rausch Zoltán dr.* egyet. m. tanár, az I. S. M. H. magyarországi képviselője.

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

Jugoszláviában az orvosok egyharmad része három városban, Belgrádban, Zágrábban és Laibachban praktizál. A minisztérium ezzel kapcsolatban most új törvényt hoz, melynek értelmében az új orvosok eleinte kötelesek két évig vidéki — 4000 lakósúnál kisebb — városokban praktizálni s csak azután választhatnak, hogy hol telepednek le.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen január 29-én rite jelzéssel: *Csomák Gabriella, Elekes Gyula, Gruber Ferenc Hetei Lajos, Hollós László, Nanovszky Károly, Napholtz József, Salomváry Tibor, Sömjéni Ernő, Szabó Vilmos, Végh Endre, Virányi András, Joós Elemér.* — A pécsi Tudományegyetemen, január 26-án *Bauer Károly, Altmann Gyula, Baranyai Ferenc.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik 1938 jan. 25—31. között. A hét rendkívül ritka légköri eseménnyel kezdődött: jan. 25-én este erős mágneses háborgással kísért északi fény lépett fel, amely 20 órától éjfél után 3 óráig Magyarországon is többizben jól látható volt. Az északi fény a 100 km. magasságú és ennél magasabb légrétegekben keletkező fényjelenség: a légkör magas rétegeibe a világtér felől behulló elektromosan töltött corpusculák a légkör molekuláiba ütköznek és azokat fénykisugárzásra késztetik. Az északi fény a sarkvidéken mindennapos, de a mérsékelt égövre kiterjeszkedése elég ritka. Magyarországon 1806 óta hiteltérdemlően 10 alkalommal figyelték meg; legutóbb 1926. jan. 26-án Sopron vidékén. Hogy a földön élő szervezetre (a psychikus hatásokon kívül) van-e befolyása, az még nincs tisztázva. *Errevonatkozó betegmegfigyelésekre ezúttal kitünő alkalom nyilt, mert az északi fény ideje alatt Budapesten és az ország keleti felében semmiféle frontális eredetü panasz nem léphetett fel.* Csak közvetlenül az északi fény kialvása után, hajnali 4 órakor történt Budapesten egy frontátvonulás, de ez betörési front volt, amely csak utólagos reactiókat válthatott ki. Az esetleg megfigyelt meteorikus eredetü hatások tehát, ha éjjel 4 óra előtt léptek fel az északi fénnyel, ha ellenben éjjel 4 óra után jelentkeztek és postfrontalis reactio jellegük volt, akkor a frontátvonulással hozhatók kapcsolatba, *egymástól azonban mindenképen jól különválaszthatók.* A hét többi frontátvonulásai közül erős hatások feltételezhetők jan. 27-én délben és délután, továbbá jan 29-én reggeltől délutánig. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
január	26	4	betörési	erős	Szélbetörés, max. seb. 20 m/mp.
	26	18	felsiklási	gyenge	Rétegfelhők átvonulása, eső nélkül
	27	20	felsiklási	erős	Praefront. nyomás-zuhanás és eső (12 mm.)
	27	21	betörési	mérsék.	Postfrontalis széllök. max. 16 m/mp.
	29	15	felsiklási	erős	Praefront nyomás-zuhanás, szél és eső nélk
	29	16	betörési	erős	Postfront hav. eső (3 mm.) és szél (19 m/mp.)
	29	18	betörési	erős	Postfront. hav. eső (6 mm.) és szélv. (23 m/mp.)
	30	15	betörési	gyenge	Kis postfront, zápor
	30	24	betörési	gyenge	Szélugrás E-ről NW-re
	31	7	betörési	mérsék.	Szélbet. kevés felhővel

A meteorotrop jellegü physiologiai és pathologiai jelenségek olykor lépnek fel határozottan, vagy a rendesnél súlyosabb mértékben, amikor az időjárási elemek közül nem csak egy, vagy kettő változik meg, (pl. nem *csak* a hőmérséklet, vagy nem *csak* a légnyomás, vagy *csak* a levegő elektromos állapota), hanem *olyankor, amikor az összes időjárási elemek egyszerre és hirtelen, ugrásszerüen változást szenvednek.* Ez történik az ú. n. *frontok* lakóhelyünk feletti átvonulásakor, melyek időpontjában megváltozik a hőmérsék, a szél iránya és ereje, a légnyomás turbulentiája, a levegő sugárátbocsátása, szennyezettsége, nyomása, elektromos állapota, stb., vagyis a *frontátvonulás alkalmával a meteorologiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.*

Tapasztalás szerint a fronthatások igen sokfélék és *specifikus jellegüek,* amennyiben a fronthatások egy része csakis az ú. n. *felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban* jelentkezik, más fronthatások viszont csakis az ú. n. *betörési frontok átvonulását követő órákban* mutatkoznak. Példák: régi mütéti és baleseti sebhelyek sajgása, bizonyos neuropathák izgalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsiás rohamok a betörési frontokon postfrontalisan jelentkeznek.

A felsiklási frontokon és betörési frontokon kívül van még egy harmadik frontfajta, az ú. n. *teglő front,* ez igen feltünő meteorologiai jelenségekkel (tartós erős eső, hófúvás, árvíz), de az élő szervezetre vetlen frontopathikus hatása nem szokott lenni.

Aujeszky dr.

Cholangitis, cholecystitis, gyógyitása. *Schaffler dr.* vizsgálatai szerint igen jó eszköz az epeutak és az epehólyag megbetegedéseiben, — legyen az kő, vagy gyulladás által feltételezett — a Mira glaubersós gyógyvíz. A kúra alatt melegen, naponta kétszer, kortyonként 2—3 dcl.-t itassunk éhgyomorra. Ivás alatt fekvés, májtájékra meleg borogatás, vagy szükséges mozgás. A kura időtartama 4—6 hét, esetleg higított vízzel.

Fiatal és beteg csecsemők táplálása nyákos tejhigitással. A modern irányzat bár 100%-ban leszögezi, hogy csak az anyatej tökéletes táplálék — igyeszik olyan mesterséges tápszereket alkalmazni, amelyek a csecsemő korán és betegségén kívül annak alkatát, tehát egyéniséget is tekintetbe veszik. Ennek az irányzatnak következménye a törekvés, hogy olyan mesterséges tápszert adjunk az anyag kezébe, amely a csecsemőnek *leginkább megfelel,* illetőleg, minthogy tökéletesen megfelelő mesterséges tápszer nincs, olyat, amely a csecsemő fejlődésére *a legkisebb kockázattal jár.* Az individualizáló kezelés, illetve a tálpálás tanaiból következik még, hogy azok közül a tápszerek közül, melyek a csecsemő fejlődését leginkább előmozdítják, azt kell kiválasztani, *amelyik a csecsemőnek izlik is.* Leginkább megfelelő alapanyag a rizsnyák, mert a rizsnyákos tejhigitás hasmenési hajlam esetén hasznos lehet; dextrin-maltose hozzáadása szükség esetén bármikor keresztülvihető. — A nyák értékét a colloidalis oldatba kerülő szénhydrát mennyisége szabja meg. Ezért nagy haladás, hogy a rizsből csak hosszas és figyelmet igénylő főzés által nyerhető nyák helyett ma már a Krompecherféle Orizából percek alatt maximális értékü rizsnyákoldat készíthető. A maltose-dextrin tápcukrot több szerző ajánlatára Soxmaltan alakjában adhatjuk hozzá, vagy pedig mindjárt a nyák és a tápcukor combinatiójából, a Rizomaltanból indulunk ki. A Rizomaltan nyákkal készült tejhigitás, nemcsak női tej hiánya esetén vált be, hanem beteg csecsemők bélfolyamatainak szabályozására a legkülönbözőbb korokban és betegségekben is alkalmasnak bizonyult.

A streptococcus, staphylococcus, meningococcus- és egyéb fertőzések ellen kiválóan hatásos, chemotherapeuticumnak bizonyult a Richter-féle Ambesid, amely tabletták alakjában p-aminobenzolsulfamidot és az Ambesid *solubile,* amely injectio alakjában p-succinylaminobenzolsulfamid natriumot tartalmaz. *Ambesid* és *Ambesid solubile* a therapiában igen sok irányban alkalmazható. A belgyógyászat terén elsősorban septicus polyarthritisnél, tonsillitis follicularisnál, peritonsillitisnél, meningitisnél, Bang-fertőzésnél, stb. alkalmazható. Kiterjedt alkalmazást talál a sebészetben, ahol a legfényesebb eredményeket erysipelas esetén lehet elérni. Igen ajánlatos phlegmoneknál, abscessusoknál, carbunculusoknál és osteomyelitisnél történő alkalmazása, továbbá prophylacticusan erysipelas recidivák megakadályozására, azonkivül szennyezett és égési sebeknél. A szülészetben lényeges haladást jelent e therapia gyermekágyi-láznál, lázas abortusoknál, különösen, ha minél korábban kezdjük el a kezelést. Az urológiai gyakorlatban feltünő sikerrel adják a hugyutak gyulladásos megbetegedéseinél, igy cystitisnél, pyelitisnél, prophylacticusan urológiai müteteknél, gonorrhoeánál és complicatióknál. Ambesid-et peroralisan föként a prophylaxis céljaira adjuk, vagy enyhébb esetek kezelésére, súlyosabb esetekben *Ambesid solubile*-injectiót kell előnyben részesiteni.

1729-1—1937/38.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A mátraházai m. kir. állami Horthy Miklós tüdőbeteggyógyintézetnél betöltendő egy *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítással, valamint I. osztályú élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett.

A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva a Nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrhoz címezve az intézet igazgatójához adandó be *1938. évi február hó 21-én déli 12 óráig.*

Egyenlő képesítés esetén előnyben részesülnek a tüdőgyógyászati szakképzettséggel rendelkezők.

Az alorvos alkalmazása egy év tartamára ideiglenesen történik, amely alkalmazás jó szolgálat esetén meghosszabbítható. Az ideiglenes alkalmazásból kifolyólag végleges kinevezésre jogigényt nem támaszthat.

Az állásra csak nőtlen orvostudor fog alkalmaztatni.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt, 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, 6. curriculum vitae-t az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal, 7 közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítványt, 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, 9. esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, 10. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványokat. 11. orvoskamarai tagság igazolását, 12. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalnál, közintézetnél, illetve közintézménynél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, avagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságaik által láttamoztatni tartoznak.

A pályázati kérvény, mely az 1. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Mátraháza, 1938. évi január hó 21-én.

Dr. Genersich Andor s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató-főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Az Országos Stefánia Szövetség sátoraljaújhelyi gróf Somogyi Ilona szülészeti és nőgyógyászati kórházában betöltésre kerül az *alorvosi* és *segédorvosi állás.*

Az alorvos javadalmazása havi 100 P és természetbeni ellátás, egy szobából és fürdőszobából álló lakás, fütés, világítás, mosás.

A segédorvos javadalmazása havi 80 P és természetbeni ellátás, bentlakás, fütés, világítás, mosás. Magángyakorlat nincs megengedve. Az alorvosi állásnál a szakképzettséggel rendelkezők vagy szülészetben gyakorlottak előnyben részesülnek. A pályázati kérelmeket a sátoraljaújhelyi Stefánia fiókszövetség igazgatóságához kell beküldeni *folyó évi február hó 15-ig.* (Sátoraljaújhely, Tompa utca 28). A kérvényhez a következő okmányok csatolandók: *a)* születési anyakönyvi kivonat; *b)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, *c)* megelőző szolgálatot, illetőleg az esetleges szakképzettséget igazoló okmány; *d)* curriculum vitae. Mindkét állás a megbízással azonnal elfoglalandó.

Sátoraljaújhely, 1938. január 25.

Pázmányi János dr.
igazgató-főorvos.

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

Körülbelül **400** publikáció jelent meg eddig a

ZEISS

Pulfrich — Photometerrel

végzett orvosi munkálatokról

A publikációk listáját egyéb nyomtatványokkal és árajánlattal együtt szívesen megküldi az érdeklődőknek a magyarországi vezérképviselet:

Ifj. JURÁNY HENRIK

Budapest, IV., Váci-utca 40. Tel.: 183-092

CARL ZEISS JENA

516—1938. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A vezetésem alatt álló gyöngyösi Alapítványi Közkórházban egy ujonnan rendszeresített *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerü XI. fiz. osztály 3. fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből áll.

A pályázni óhajtók szabályszerüen felszerelt és felbélyegzett kérelmei a gyöngyösi Alapítványi Közkórház kórházbizottságához címezve, a kórház igazgatóságához küldendők meg. Pályázati határidő: *1938 évi március hó 1. napjának déli 12 órája.*

Elkésve érkezett, a már közszolgálatban állók által pedig a szolgálati út megkerülésével beadott, vagy hiányosan felszerelt kérelmeket figyelembe nem vehetem.

A megválasztandó segédorvos csak nőtlen egyén lehet, magángyakorlatot nem folytathat és a megválasztás megtörténtével állását azonnal köteles elfoglalni.

A választás egy évre szól, azonban javaslatomra további egy évre meghosszabbítható. Távozás két nappal előbb bejelentendő.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni:

a) születési anyakönyvi kivonat; *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; *c)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hiteles másolata; *d)* egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; *e)* curriculum vitae; *f)* közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítvány; *g)* esetleges katonai szolgálatra vonatkozó bizonyítványok.

Gyöngyös, 1938. január hó 27.

Wiltner Sándor dr.
igazgató-főorvos.

RIZOMALTAN

Szárított rizsnyák és dextrin-maltose előnyös arányú keveréke
Dyspepsiára hajlamos csecsemők kiváló tápláléka
Újszülöttek táplálására is bevált
Közgyógyszerellátás terhére rendelhető
KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT., BUDAPEST. V., NÁDOR-UTCA 15.

HETIREND

Február 6-án d. u. 6 órakor: a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése: (Gyermekklinika tantermében). *Bálint Sándor:* Addison-kór; *Steiner Béla:* Nyilt gümőkór rejtett formája; *Tüdös Endre:* Csecsemőkori agydaganat; *Lakatos István:* Szokatlanul későn manifestálódott hypertrophiás pylorus stenosis; *Csapó József: a)* Dysenteria érdekes esete; *b)* Scarlatina és appendicitis együttes előfordulása.

Február 7-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Kerbler Nándor:* Lyssa és a védőoltás alkalmazása.

Február 8-án d. u. ½7 órakor: a Magyar Phonetikai Társaság évi rendes közgyülése az egyetemi Orr-, gége- és fülklinika tantermében. A közgyülést határozatképtelenség esetén 15-én d. u. ½7 órakor ugyanott tartják meg.

Február 8-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszino ülése. *Verebélyi Tibor:* A sebészet haladása 40 év alatt a gyakorló orvos szempontjából.

Február 9-én este ½7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának ülése. (Orr-, gége-, fülklinika). Előadások: *Horay Gusztáv* m. v.: A nystagmusról; *Rejtő Sándor:* Újabb nézőpontok a kalóriás nystagmus kezeléséről.

Február 9-én a Közkórházi Orvostársulat ülése (Kir. Orvosegyesület, Semmelweis termében). Előadások: *Patyi István:* A tuberculosis chemotherapiája, különös tekintettel a creosot- és festékkészítményekre. *Raisz Dezső:* Szülészettel kapcsolatos néhány általános érdekü kérdésről.

Február 11-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése: Bemutatások: *Erczy Miklós:* A fülkagyló részleges hiányának pótlása szabad átültetéssel *Kubányi Endre:* 1. *a)* Lépcysta; *b)* Relaxatio diaphragmaticához társult rekeszizomsérv operált esetei; 2. Farkastorok műtéteket melyik életkorban végezzük. *Pólya Jenő:* Tartós gyógyulás többszörös rákok műtéte után. Előadás: *Czeyda-Pommersheim Ferenc:* Az orbánc chemotherapiája. — Ez a napirend változást szenvedhet.

Rizomaltan a tápcukor és nyák racionalis összetétele. Nehezen erjedő, könnyen emészthető tápszer. A csecsemő táplálásában nélkülözhetetlen kolloid és kristalloid szénhydrátokat a legoptimalisabb arányban tartalmazza. Pontos, a szükséges kalóriát tartalmazó tejhigitás a Krompecher-féle Rizomaltanból percek alatt nyerhető. Enyhébbfokú dyspepsiák kezelésére, parenteralis infectiók és dyspepsiára hajlam esetén praeventiv célból, a fenyegető alimentaris ártalom kifejlödésének meggátlására kiválóan alkalmas. Csecsemők mesterséges táplálására, továbbá vegyes táplálláskor, mint kiegészítő táplálék, már az újszülött korban is bevált.

Lapunk mai számához Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. Ujpest, *Tetracor*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Az 1938. január 16-tól, 22-ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty. Mb.	Mt.	Dysenteria. Mb.	Mt	Diphteria. Mb.	Mt.	Scarlatina. Mb.	Mt.	Mening. Cerebr. e. Mb.	Mt.	Poliomyelitis. Mb.	Mt.	Morbilli. Mb.	Influenza. Mb.	Malaria. Mb.	Typhus exanth. Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	10	4	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	2	1	—	—	1	—	1	—	1		—	—	—	—	1	—	—
3. Baranya	251.659	6	1	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
4. Békés	336.592	2	—	—	—	9	1	1	—	—		—	—	4	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	8	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	1	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	4	—	—	—	3	—	13	—	1	—	—	—	10	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	1	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—
11. Hajdu	181.283	2	2	—	1	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	323.191	3	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	2	1	1	—	5	—	15	—	—	—	—	—	18	2	1	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	8	3	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	5	2	—	—	4	1	6	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	16	—	1	—	33	2	42	—	1	—	1	—	247	7	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	—	—	—	5	—	13	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	6	4	1	—	4	1	1	—	1	—	—	—	9	7	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—
21. Tolna	266.405	4	1	—	—	6	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
22. Vas	273.097	1	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	1	—	—	—	2	—	7	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
24. Zala	368.903	3	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
25. Zemplén	149.524	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	12	2	—	—	—
I. Baja	30.238	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	2	—	3	1	40	—	68	—	—	—	—	—	198	9	—	—	—
III. Debrecen	124.128	2	—	—	—	7	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	1	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	1	—	5	—	10	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	1	1	5	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	88	14	14	4	181	7	260	—	4	—	3	—	555	48	2	—	—
Medián 1931—37:		98	15	14	2	317	29	266	3	1	—	2	—	389	22	1	—	—

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

82. évfolyam. 7. szám. Budapest, 1938 február 12.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Milkó Vilmos: Műtéti sebek drainezése és tamponálása. (141—144. oldal.)
Sasics Szvetozár: Ártalmas-e a halott magzat túlhordása? (144—148. oldal.)
Hermann János: Az intravenás pyelographia és javalatai. (148—150. oldal.)
Schill Imre: Látszólagos positiv venapulsus. (150—151. o.)
Kiss Pál: Diphtheria után végleg megmaradt szívblock. (151—152. oldal.)
Zsujevich István: Eredményes hüvelyujjképzés. (153—154. o.)
Gidró László: A choledochuskövek eltávolításának technikája. (154—156. oldal.)
Kemény Ernő: Friss növekedési hormon klinikai alkalmazása. (156—157. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Szemészet. — Börgyógyászat. — Elméleti tudományok. (157—160. oldal.)
Könyvismertetés: (160. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (160—162. oldal.)
Grósz Emil: Az orvosi továbbképzés nemzetközi akadémiájának budapesti alakuló ülése. (162—163. oldal.)
Nékám Lajos: Raimond Jacques Sabouraud. (163—164. o.)
Vegyes hírek: (164. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

Műtéti sebek drainezése és tamponálása.

Klinikai előadás.

Irta: *Milkó Vilmos dr.* egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

A műtét utáni sebgyógyulás idejének megrövidítése egyaránt érdeke a betegnek és operáló orvosának, de sociális és gazdasági szempontból is nagyjelentőségü, hogy az ápolási napok számát a lehetőség határáig csökkentve a beteget családjának és hivatásának minél hamarább visszaadhassuk.

E törekvésünk teljes megvalósításának egyik eszköze az volna, ha minden műtéttel ejtett sebet drainezés és tamponálás nélkül azonnal egyesíthetnénk. Felesleges hangsúlyozni, hogy ettől az ideális állapottól egyelőre még nagyon messze vagyunk, de azok, akik az utolsó 3—4 évtized sebészetének közvetlen szemlélői voltak, jól tudják, hogy a korábbi állapotokhoz képest ezen a téren is milyen lényeges fejlődés történt s a haladás valószinüleg még szembetünőbb volna, ha a sebészek egy része, a legkiválóbbakat sem véve ki, megszokásból vagy hagyománytiszteletből nem ragaszkodnék a nyilt sebkezeléshez oly esetben is, amikor arra igazán semmi szükség nincsen. Igy, hogy csak néhány példát említsek, kinek jutna ma eszébe egy 6—8 nap alatt gyógyuló aseptikus herniotomia után a műtéti sebet drainezni, holott ez még 30—40 évvel ezelőtt is sok klinikán általános szokás volt, ami nemcsak a gyógytartamot hosszabbította meg 8—10 nappal, de nem egyszer másodlagos fertőzésre is alkalmat adott. — Nincs nézeteltérés ma már abban a tekintetben sem, hogy heveny (de még nem átfuródásos) appendicitis, gastroenterostomia, aseptikus csont és izületi stb. műtétek után a sebek drainezése, vagy tamponálása nemcsak felesleges, de egyenesen ártalmas is lehet.

Aseptikus műtéti beavatkozások után a drainezésnek csak akkor van értelme, ha a műtéti sebben nagyobb tasakok, holtüregek maradnak vissza, melyekben a fertőzésre hajlamos sebváladék, vér és nyirok meggyülik, tehát levezetésükről gondoskodni kell. Tamponálni viszont szükséges akkor, ha a műtét befejezése után minden vérzést megbizhatóan csillapítani nem sikerült, s igy az utóvérzés veszélye fenyeget. Nem kerülhető el — kevés kivételtől eltekintve — a drainage- (tamponade) akkor sem, ha már ab ovo fertőzött területen dolgoztunk, a mikor is a drainezésnek az a célja, hogy a fertőző sebváladék vagy geny levezetése által a nyomást csökkentsük s igy a fertőzés tovaterjedésének gátat vessünk.

Kétségtelen tehát, hogy a nyilt sebkezelés az esetek egy részében ma is olyan magától értetődő követelmény, amitől eltérnünk nem lehet. A milyen súlyos hiba volna pl. tályogok, phlegmonok, empyemák feltárása és a geny kibocsátása után a sebet bevarrni, époly észszerűtlen a sebet egyesíteni akkor, ha előrelátható, hogy abban fertőzött váladék, geny vagy vér fog felhalmozodni, aminek le nem vezetése a váladékpangás, bevérzés, genyfelszívódás veszélyét rejti magában. Nem szabad pl. teljesen elzárni a műtéti sebet akkor, ha appendicitis műtét alkalmával a féregnyulvány környezetében büzös genyet tartalmazó eltokolt tályogüregre bukkanunk, vagy ha erősebb összenövések szétválasztása után a sebből diffus és csak nyomással csillapitható parenchymás vérzést kapunk. Ilyenkor a sebet drainezni, illetve tamponálni kell, de — s ezt hangsúlyozni szeretném — ekkor is csak a legszükségesebb mértékben és a legrövidebb ideig. Kedvező lefolyás esetén úgy a draincsövet, mint a sohasem túlfeszesen betömött tamponcsíkokat már 2—3×24 óra mulva eltávolitjuk. Kivételt képeznek a mellüri genygyülemek, a hol általában hosszabb ideig tartó drainezésre van szükség, bár az utóbbi időben akad olyan szerző is *(Kulenkampff)*, aki empyema thoracis esetén is megelégszik a 24 óráig tartó drainezéssel. Különösen óvakodni kell a tályogok, phlegmonek és főleg a panaritiumok túlszoros kitömésétől, a mi a betegnek kibirhatatlan fájdalmat, feszülést, felszívódási lázat okoz. A tampon itt csak arra szorítkozzék, hogy vele a sebszélek korai összetapadását megakadályozzuk.

Régebben törekvések merültek fel olyan irányban is, hogy fertőzött csont és lágyrészüregek kitakarítása után azok felett a bőrt elsőleges varrattal teljesen egyesítsük. Ide tartozik *Mosetig* ajánlata, aki heveny, genyes csontvelőgyulladás műtéte alkalmával a felvésett és jól kitakarított csontláda üregét jodoformplombbal töltötte ki, azu-

tán pedig a lágyrészeket és bőrt drainezés nélkül teljesen bevarrta. Mások *(Jerusalem)* azt ajánlották s ezt némelyek még ma is gyakorolják, hogy a gümős süllyedési tályogokat punctio helyett tárjuk fel egészen, a genyet bocsássuk ki, s az üregnek konyhasóoldattal, vagy jodoformglycerinnel kitöltése után drainezés nélkül varrjuk be a bőrt. Ezek a kisérletek azonban, melyekkel annak idején magunk is sokat próbálkoztunk, csak kivételes esetben vezettek eredményre, mert az utólagos sipolyképződést ritkán sikerült elkerülni.

Bármily üdvös és szükséges eljárás is a műtét utáni drainezés arra való esetekben, azzal tisztában kell lennünk, hogy úgy a draincső, mint a tampon tulajdonképen a normalis sebgyógyulás útjába iktatott idegentest, aminek nagyon sok árnyoldala is van. Igy elsősorban fokozza a műtét utáni sebfájdalmat, hasműtétek után peritonealis izgalmi jelenségeket (csuklás, hányás, szapora érverés), nyomása által átmeneti bélhüdést, passagezavart, sőt teljes bélelzáródást is okozhat. Tamponálás után gyakoriak a többé-kevésbé erős hashártyaösszenövések, szálagos és lapszerinti adhaesiók, melyek sikerült műtétek után is sok utópanasz forrásául szolgálnak. Úgy a tampon, mint a drain elősegítheti a másodlagos fertőzést, a fonalgenyedést, a seb utólagos széjjelválását, ami laparotomiák után hasfali sérv képződését mozdíthatja elő.

Ezeknél sokkal komolyabb szövődmény az, ha a túlsokáig bennhagyott kemény draincső, vagy tampon a a bélfalon nyomási nekrosist és következményes bélsársipolyt hoz létre, vagy ha nagyobb ér falának kimarása által súlyos, némely esetben halálos utóvérzés okozója lesz. Nem utolsó sorban említendő, mert sajnos még mindig gyakran előfordul, hogy a draincső, vagy tampon a seb mélyébe visszacsúszva, vagy kihúzás alkalmával elszakadva, észrevétlenül bennreked. Ez különösen rossz anyagból készült draincső, vagy laza szövésű, szakadékony gazecsik esetén igen könnyen megtörténhetik, amiből nemcsak a betegre, de orvosára is súlyos bonyodalmak származhatnak.

Mindezeket a lehetőségeket ismerni s azokra gondolnunk kell, amihez még hozzátehetjük azt, hogy a draincsövek, de különösen a tamponcsíkok eltávolítása és cserélése fájdalmas és rettegett procedura, ami még óvatos eljárás mellett is összenövések elszakításával, újabb sebfelületek képzésével járhat, erőszakosan és kíméletlenül végezve pedig igen kellemetlen utóvérzéseket okozhat.

Az említett hátrányok és veszélyek érthetővé teszik a modern sebészetben mindinkább érvényesülő ama törekvést, hogy a műtéti sebek drainezését és tamponálását minél szűkebb körre korlátozzuk, ami a gyomor-bél-, epekő és golyvasebészetben, valamint a heveny sérülések sebészetében máris nagy haladást jelentő, eredményes alkalmazást nyert.

Ami a gyomor-bélhuzamon végzett műtéteket illeti, megállapíthatjuk, hogy ezek után a hasüreg drainezése vagy tamponálása általában nem célszerű eljárás és csak abban az esetben indokolható, ha alapos okunk van attól tartani, hogy varrataink valamely okból (törékeny, lobos szövetek, fekélyes, szakadékony gyomorfal, rosszul peritonisálható vastagbél, stb.) elégtelenné válnak. Az óvatos sebész ilyenkor inkább körültamponálja a varrat helyét, mert így védő összenövések képződnek, úgyhogy varratinsufficientia esetén a perforatio már nem a szabad hasürbe, hanem a tampon mögötti eltokolt üregbe történik. Meg kell azonban jegyezni, hogy a tamponálás ily esetekben kétélű fegyver is lehet, mert megtörténik, hogy a varratelégtelenséget éppen a tampon nyomása által okozott táplálkozási zavar és következményes nekrosis idézi elő.

Heveny gyomor, vagy nyombélfekély átfúródása után a hasüreget a perforatiós nyilás megbízható elvarrása és a hasűr kitörlése után nyugodtan elzárhatjuk, amint azt ma már csaknem általánosan gyakorolják is. Gyomorresectiók után a hasür drainezése (tamponálása) legfeljebb akkor ajánlatos, ha a májba, vagy a pankreasba penetrált callosus fekély eltávolítása után a fekélyfészekből eredő parenchymás vérzés rövidesen el nem állítható. Ezzel szemben a duodenalis csonknak némelyek által még ma is rendszeresen végzett tamponálását nem tartjuk követendő példának. Mai technikánk: a csonknak pontos elvarrása és kétszeres serosa réteggel borítása úgyszólván teljes biztonságot nyujt a nyombélsipoly ellen, a tampon nemhogy megakadályozná, de még inkább elősegíti a sipolyképződést. Szükségtelennek tartjuk a hasüreg drainezését a traumás eredetű gyomor, vagy bélátfúródások ellátása után is, különösen, ha a műtét a sérülés után nem túlhosszú idővel végeztetett.

Erős nézeteltérések mutatkoznak még a hasűr epeműtétek utáni elzárásának kérdésében. A sebészek egy részével szemben, akik a hasűrt epehólyagkiirtás után lehetőleg mindig elsőlegesen bezárják, szemben áll egy másik, jelentékeny sebészeket *(Verebélyi, Kirschner, stb.)* magában foglaló csoport, amely hű maradt a minden esetben végzendő drainezéshez, sőt olyanok is akadnak még, akik ennek elmulasztását egyenesen könnyelműségnek minősítik. Tapasztalataink szerint a helyes eljárás itt a középúton van. Elzárhatjuk a hasüreget minden olyan esetben, ahol az epehólyag subserosus kiirtása után annak májbeli ágyából sem vér, sem epeszivárgás nem jelentkezik s a megbízhatóan lekötött d. cysticus csonkját serosával beboríthattuk. Ennek mi eddigelé (úgy mint nálunk *Lévai, Borszéky, Elischer,* stb. is), soha hátrányát nem láttuk, előnye pedig igen nagy, mert a beteg műtét után sokkal kevesebbet szenved és 8—10 nap alatt véglegesen gyógyul. Más esetekben azonban (choledochotomiák után mindig) célszerűbb az epehólyag ágyára a foramen Winslowiig érő vékony gazeba csavart draincsövet, cigarettadraint vagy erősebb vérzés esetén 1—2 összesodort gazecsíkot fektetni, amit azonban már rövid idő (a draincsövet 24—48 óra, a tampont 3—5 nap) mulva eltávolítunk. Az epeműtétek utáni hosszadalmas és erős tamponálás célszerűtlenségére és veszélyeire (ileus, utóvérzés, duodenalis compressio) már egy 1906-ban közölt dolgozatomban felhívtam a figyelmet. Nem oszthatjuk tehát azon szerzők nézetét, akik, mint például *Haberer* is, a tamponcsíkoknak késői (10—14 nap) mulva végzendő eltávolítása mellett kardoskodnak, mert ebből igen kellemetlen complicatiók származhatnak. Azt hiszem, hogy az epekőműtétek után gyakran észlelt utópanaszok jó része az ilyen célszerűtlen és kiterjedt tamponálásokra vezethetők vissza.

Igen fontos kérdés az, vajjon choledochotomia után, (amit némelyik sebész minden epekőműtét alkalmával elvégzendőnek tart) varrjuk-e össze a közös epevezetéken ejtett metszést, avagy drainezzük-e minden esetben *Kehr* eljárása szerint a hepaticust, úgy, amint ezt ma még a sebészek többsége végzi. Gondolkodóba kell, hogy ejtsen, ha a legtapasztaltabb német sebészek egyike, *Kirschner* ezzel teljes ellentétben a hepaticus-drainage elhagyása mellett kardoskodik, miután azt ma már teljesen elavult és célszerűtlen eljárásnak tartja. Bizonyos, hogy a helyes eljárás itt is a középúton van. A hepaticus

drainezése, aminek tényleg igen sok hátránya van, (hosszantartó és erős epefolyás, másodlagos fertőzés veszélye, epesipoly, szűkület, stb.) helyénvaló a súlyosabban fertőzött esetekben, egyébként azonban a primaer choledochusvarrat a követendő eljárás, amivel a beteget sok szenvedéstől kiméljük meg, a kezelést egyszerűsítjük, a gyógytartamot pedig lényegesen megrövidítjük.

Általános genyes hashártyagyulladás esetén a sebészek többsége ma még megszokásból, vagy hibás elgondolás alapján hű maradt a minden esetben végzendő drainezéshez, illetve tamponáláshoz, sőt némelyek még mindig a régi Mikulicz-féle tampont ajánlják. Ám ha meggondoljuk, mily óriási a hashártya összetapadási képessége s hogy a hasűrbe vezetett draincső és tamponcsíkok körül bámulatosan rövid idő alatt az idegen testet a szabad hasüregtől elhatároló összenövések képződnek, úgy nehéz elképzelni, miképen lehessen ilyen módon az óriási, számtalan zuggal és tasakkal bíró hashártyazsák fertőzött tartalmának teljes és állandó levezetést biztosítani, pedig a nyilt kezelésnek ez volna a tulajdonképeni értelme. Ezért érthető, hogy a sebészek egy kisebb csoportja peritonitis universalis esetén már hosszabb idő óta a hasűr teljes elzárása mellett foglal állást s csupán a hasfali lágyrészek drainezését tartja szükségesnek. Annyi bizonyos, hogy a hasűr ma már a legconservativebb sebészek felfogása szerint sem egyetlen nagy tályogüreg, ahol az „ubi pus, ibi evacua" elve alapján a legszélesebb feltárás után a legkiadósabb drainage-t (tamponálást) kell alkalmazni és ma már mindenki tévesnek tartja *Mac Cosh* és követői eljárását, akik általános peritonitis esetén a geny minél tökéletesebb kiürítése céljából az összes belek eventeratióját ajánlották. A hasűr teljes elzárásának követelménye azonban még mindig elég lassan hódít tért, annak ellenére, hogy az eljárásnak igen jeles szószólói voltak és vannak. *(Rotter, Murphy, Rehn, Haberer, Kirschner, Kulenkampff, Havlicek,* stb.) Hazánkban a magyar sebésztársaság V. nagygyülésén *Makai* emelt szót első ízben és nyomatékosan a hasür teljes zárása érdekében, ami a hozzászólók részéről is méltánylásra talált, míg a 10 évvel később tartott IX. nagygyülésen *Kuzmik* prof. már ezzel homlokegyenest ellenkező álláspontra helyezkedik, amikor azt mondja, hogy a primaer egyesítés csupán az egészen friss, savós-rostonyás izzadmánnyal bíró esetekben lehet jogosult, míg általános genyes hashártyalob esetén ez „minden elméleti ismerettel és gyakorlati tapasztalattal összeütköző merész cselekedet". *Kirschner,* a zárásnak ezidő szerint talán legtekintélyesebb híve a német sebésztársaságnak 1926-ban tartott congressusán számolt be idevágó tapasztalatairól és 33. körkérdésre kapott válaszáról, amiből az tünt ki, hogy a feltétlen zárásnak csak 6 híve van, 6-an pedig közvetítő álláspontot foglaltak el a zárás és drainezés között.

Úgylátszik, hogy a helyzet lényegesen azóta sem változott, s hogy a nyilt kezelés hívei még ma is nagy többségben vannak, amint azt *Nötzel*-nek legutóbb megjelent peritonitis referátuma is tanusítja. Távol vagyunk tehát még attól, hogy e fontos kérdésben egységes álláspont alakuljon ki, s ez belátható időn belül nem is várható.

A magam tapasztalatai alapján a leghelyesebbnek tartom, ha azt az útmutatást követjük, amit *Kirschner* új műtéttanában oly világos okfejtéssel és meggyőző érveléssel ad elő. Szerinte súlyos fertőzés esetén is drainezés nélkül zárhatjuk a hasat, akkor, ha a műtét alkalmával sikerült a primaer fertőzés gócát teljesen kikiüszöbölni. Drainezni kell viszont akkor, ha a hasban műtét után is olyan fertőző góc maradt vissza, ami további infectio forrásául szolgálhat, vagy ha attól kell tartani, hogy utólagosan ilyen fertőző góc keletkezik. Pl. ez az eset forog fenn akkor, ha az üszkös féregnyulvány kiirtása után, elhalt eves-genyes szövettől határolt üreg marad vissza, vagy, ha általános genyes hashártyagyulladás műtétekor a gangraenás epehólyagot a hasürben bennhagyni kényszerültünk. Minden ilyen esetben azonban tisztában kell lenni azzal, hogy az egész szabad hasüreget drainezni nem lehet s így a drain (tampon) bevezetésének csupán az a célja, hogy a localis fertőző gócot a szabad hasűrtől elhatárolva, annak fertőző tartalmát kifelé vezessük.

A golyvaműtétek utáni drainezés kérdésében ugyancsak megoszlanak még a vélemények. Az elvileg drainezőkkel szemben állnak azok a kevesek, akik a sebet minden esetben primára egyesítik, s ezen eljárással jó eredményt értek el. *(Lévai).* Részemről is a drainezést csak akkor tartom okvetlenül szükségesnek, ha nagykiterjedésű (főleg substernalis) golyvák kihámozása és resectiója után igen nagy holt üreg marad vissza, s ha a strumacsonkokat mirigytokkal exacte borítani, a vérszivárgást teljesen megbizhatóan elállítani nem tudtuk. Ily esetben is megelégszünk egy, vagy legfeljebb két vékony draincső behelyezésével, amelyeket 24 óra mulva eltávolítunk. Minden más esetben teljesen bevarrjuk a sebet, aminek előnye, a sokszor bámulatosan gyors gyógyuláson kívül az, hogy utána fonálgenyedést, a golyvaműtéteknek egyik legkellemetlenebb szövődményét, úgyszólván sohasem láttunk.

A drainezés nélküli primaer sebelzárás újabban a heveny sérülések ellátásában is mindinkább teret hódít. Egyszerű, kevéssé szennyezett, nem nagy szövetroncsolással járó, nagyobb üreg és tasakképződés nélküli sebek teljes bevarrása magától kínálkozik és ezt már a régmult időkben is sikerrel végezték. Nem ily egyszerű a kérdés az erősen roncsolt és szennyezett, tasakos sebek, főleg nyilt törések esetében. Első pillanatra úgy látszik, hogy az ilyen sebek nyitvatartása és drainezése feltétlen szükségesség, bevarrásuk pedig súlyos műhiba. A tapasztalat bebizonyította, hogy ez nincs egészen így. Miután *Friedrich* ismert classikus kisérleteivel bebizonyította, hogy az accidentalis sebek fertőzése az első 6—8 órában localis jellegű és a seb teljes kimetszésével a fertőzés mélybeterjedésének és tovakúszásának gátat vethetünk, sikerült számtalan esetben az ilyen primaer sebexcisióval a seb teljes bevarrása ellenére a fertőzést megakadályozni és a reactiómentes, sima sebgyógyulást biztosítani. Az accidentalis sebek ilyen ellátásának egyik legnagyobb híve *Böhler,* aki bécsi baleseti kórházában a primaer sebexcisiót és varratot már évek hosszú sora óta következetesen gyakorolja. Friss esetekben még nyílt törések ellátása után is, lehetőleg minden esetben bevarrja a bőrt, miután előbb a roncsolt és szennyezett lágyrészeket, zsírt, bőr alatti kötőszövetet, fascia és izomcafatokat, a bemocskolt csont és csonthártyarészeket, valamint az esetleg benntrekedt idegentesteket alaposan eltávolította. Természetesen nem lehet hibáztatni azokat a conservativebb hajlandóságú sebészeket sem, akik ilyenkor még óvatosságból néhány napra biztosító draincsövet, vagy tampont helyeznek be. Ezeket azonban minél korábban, aseptikus lefolyás esetén legkésőbb a 2., vagy 3. napon el kell távolítani, különben az a veszély fenyeget, hogy a drain mentén bevándorló fertőző bőrcsírok másodlagos infectiót hoznak létre. *(Gaza.)*

Nagyobb savós üregek (mellhártyaűr, térdizület, stb.) megnyitásával járó sérülések ellátásakor, hacsak lehet, ugyancsak primaer varratot kell végezni az üreg teljes elzárásával, mert ily esetben a draincső, vagy tampon okozta szövetsértés és a másodlagos fertőzés veszélye nagyobb, mint az esetleges váladékpangásból származó infectióé. Utóbbit ugyanis az exsudatum utólagos lecsapolásával és a fertőzött üregnek antiseptikus átöblítésével legtöbbször sikeresen le lehet küzdeni.

Külön fejezet a lőtt sebek drainezésének kérdése. Az esetek jelentékeny részében itt olyan kiterjedt bőr- és lágyrészsérülésekkel állunk szemben, hogy a seb teljes zárása már technikailag is kivihetetlen, a primaer sebkimetszés pedig aránylag ritkán végezhető el olyan alapossággal, hogy a fertőzés veszélyét biztosan elháríthassuk. A nyilt kezelés és drainezés tehát ily esetekben nem kerülhető el.

Sok vitára adott alkalmat a koponyalövések nyilt, vagy zárt kezelésének, illetve drainezésének kérdése. A zárt kezelés mellett a világháborúban főleg *Bárány* tört nagy energiával és következetességgel lándzsát, azon felfogásból indulva ki, hogy a koponya-agy lövési sérülései esetén az elsőleges fertőzés veszélye teljesen háttérbe szorul a nyilt kezelés és a drainezés hátrányaivel szemben. Nyilt kezelés mellett ugyanis igen nagy a másodlagos fertőzés veszélye, amit az ilyenkor rendesen bekövetkező agyelőesés is elősegít. Ezért *Bárány* azt ajánlotta, hogy az agysérüléssel complicált koponyalövések esetén a sebüreg kellő kitakarítása, a roncsolt szövetek, csontszilánkok, stb. eltávolítása és a sebszélek kimetszése után varrjuk össze minden drainezés nélkül a bőrt, aminek az az előnye is van, hogy ilymódon a sérült agyvelőt physiologikusabb viszonyok közé helyezzük. *Bárány* kedvező tapasztalatain felbuzdulva a zárt kezelést számosan megkísérelték, azonban az elért eredmények az eljárás jogosultságát csak részben igazolták. Kiderült ugyanis, hogy kedvező lefolyásra csak az egészen friss, néhány órás, alig, vagy egyáltalán nem fertőzött esetekben számíthatunk, míg késői esetekben az utólag beállott retentio miatt a varratokat mindig újra fel kellett bontani. A ma kialakult felfogás tehát abban foglalható össze, hogy a nem fertőzött, illetve egészen friss koponya-agylövések után a primaer sebzárás megkísérelhető, de a késői és súlyosan fertőzött esetekben továbbra is a nyilt kezelés és drainezés lesz a követendő eljárás.

Az elmondottakból megállapíthatjuk, hogy a műtéti sebek és sérülések drainezésének és tamponálásának kérdése, ami körül még a közelmultban is annyi ádáz vita dúlt, hovatovább olyan irányban fejlődik, ami végeredményben ezen eljárások erős korlátozására, idővel talán azok teljes kiküszöbölésére fog vezetni. Ki tudja, vajjon néhány évtized mulva nem fognak-e mosolyogni azokon, akik ma még minden peritonitis, golyva, epekőműtét, stb. esetén esküdt ellenségei a műtéti seb primaer elzárásának. Annyi bizonyos, hogy ezt a kérdést ma már nem lehet olyan egyszerűen elintézni, mint az a congressusi elnök, aki a drainezés kérdéséről folytatott végnélküli vitának ezekkel a szavakkal vetett véget: „Azt hiszem, uraim, hogy legjobb lesz, ha a vitát bezárjuk, a sebeket azonban továbbra is nyitva kezeljük".

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri *Vámossy Z.* prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII., Üllői-út 26.).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Ártalmas-e a halott magzat túlhordása?*

Irta: *Sasics Szvetozár dr.*

Ha a magzat a szülés előtt a méhben elhal, hosszabbrövidebb idő multával megszületik. Kérdés, hogy ez alatt az idő alatt, míg az anya tovább hordja, milyen hatással van ez az anyára, milyen változásokon megy keresztül a magzat és be kell-e avatkoznunk az anya érdekében.

A halott magzat a méhben változásokon megy keresztül, melyek attól függenek, mennyi idő telik el, míg a halott magzat megszületik. Ha hosszabb időn át a méhben marad, macerálódik, sőt egy extrauterin terhességből származó macerált magzat is előfordult. *(Gaucheraud).*

A maceratio fokából általában, bár nem teljes pontossággal következtethetünk arra az időre, mely a magzat méhbeli halála és kilökődése között telt el. Pontos következtetés azért nem tehetünk, mert a maceratio egyszer lasabban, máskor gyorsabban megy végbe. A magzat halálának időpontját megközelítőleg az üvegtest és a lencse vizsgálatából állapítjuk meg. *(Jaschke—Pankow, Kézmárszky* és *Stoeckel).* Ha a szem törő közegei tiszták, a magzat kevéssel a halál után ürül ki, ha az üvegtest vörhenyesen elszineződött, biztosan feltehetjük, hogy a magzat legalább 14 napja halott.

Nem akarunk a maceratio jeleivel bővebben foglalkozni, csupán az okáról szeretnénk pár szót szólni. *Zangemeister* szerint a maceratio oka a halott magzat fehérje anyagainak elbomlása után beálló molekuláris concentratio-változás, mely az osmosis és diffusio törvénye szerint egyenlítődik ki. A magzati folyadékok, melyek az anyai folyadékkal szemben hypotoniásak, közelednek egy középérték felé, mely a magzati és anyai folyadékok töménységi különbségének kiegyenlítődésekor áll be. Ezzel magyarázhatjuk a felhám leválását, a szövetek imbibitióját, a savós üregekben lévő folyadék felhalmozódást, stb.

Az összes vizsgálók véleménye megegyezik abban, hogy a maceratióban bomlasztó rothasztó bakteriumok semmi körülmények között sem visznek szerepet s azokban az esetekben, melyekben rothadási jelenségeket találunk, mindig utólagosan fertőződött a pete.

Ez a fertőzés nem következik be addig, míg a burok áll, ellenben, ha a méhszáj nyitott s a magzatvíz elfolyt, a fertőzés lehetséges a megnyilt peteűrön át. A fertőzés lehetőségére és ennek következményeire akkor számíthatunk, ha a magzat hosszabb időn át marad a méhben. A mazgat azonban legtöbbször kiürül rövid idővel a pete elhalása után és csak kevés esetben hordja az anya hónapokon át.

Arra nézve, hogy milyen hatással van az anyára a halott magzat hosszabb időn át hordása, a vizsgálók véleménye két részre oszlik. Az egyik tábor azt mondja, hogy mivel bakteriumok nélkül lezajló aseptikus folyamatról van szó, semmi hatása nincs ennek az anyára és így semmiféle beavatkozást nem igényel. *(Bonnaire, Budin, Jaschke—Pankow, Kézmárszky* és *Tarnier.)* Sőt a francia vizsgálók azt állítják, hogy minél hosszabb ideig hordja az anya a halott magzatot, annál könnyebben szüli meg. A magzat halála kóros esetekben meg épen nem ártalmas az anyára, mert hydrops, nephropathia, eklampsia a magzat halála után el szokott mulni *(Zangemeister). Keller* szerint annyival is jogosultabb a conservativ álláspont, mert a magzat kilökődését vagy az elég gyakran jelent-

*) A budapesti II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinikán 1934-ben készült pályamű.

kező intraamnialis vérzés, mely a pete térfogatának növelésével hat a méhre, vagy az újból beálló menstruatio okvetlenül megindítja. Szerinte ugyanis még a magzat retentiója alatt újjá képződik a méh nyálkahártyája és megkezdi rendes működését. A feljebb említett vizsgálók a mesterségesen megindított szülésekben a merev méhszáj tágítása alkalmával keletkező sérüléseket, a szülés után pedig az atóniát említik, mint két súlyos szövődményt és csak olyan esetekben tesznek kivételt, amikor a pete fertőződése nyilvánvaló.

Keller azt írja, hogy a méh ürére korlátozódó fertőzés aránylag hasznos az anyára. Saját tapasztalata alapján azt állítja, hogy a láz és a fertőzés kapcsán keletkező toxinok méhösszehúzódásokat váltanak ki és ezek a magzatot megszülik. Hasonlónak találja ezt a tényt a cotyledo retentio kapcsán beálló méhösszehúzódásokkal.

A vizsgálók másik nagy csoportja, mely az elhalt magzat továbbhordása ellen foglalt állást, legfőbb érvül azt hozta fel, hogy bár a burok állásáig nincs közvetlen veszély, ha a magzatvíz elfolyt, fertőződhetik a peteür és súlyos fertőzés indulhat ki a most már rothadó petéből.

Az előbb említett okból *Zangemeister* a magzat halála után rögtöni beavatkozást ajánl, mely a cervix tágításából és metreurynter behelyezéséből áll. Nehézség csak a magzat halálának megállapításában rejlik, amit többszöri vizsgálattal eldönthetünk. Sietségre nincs ok.

Jeannin veszélyesnek ítéli a rögtöni beavatkozást, mert a magzat halálát megállapítani nehéz és az anya bemondásai megbízhatatlanok. Így előfordulhat, az, hogy élő gyermek esetén mi magunk öljük meg a magzatot.

Buillard szerint is nehéz a diagnosis, mert az Aschheim-Zondek reactio is positiv marad, míg a lepény el nem pusztul.

Bernardbeig és *Tournié* leírnak egy esetet, melyben kettős macerált magzat mellett oly hatalmas acut physometra támadt, hogy mikor laparatomia explorativát végeztek, szinte robanásszerűen távozott a megnyitott méhürből a gáz, magával ragadva bűzös, rothadó magzatvizet és macerált ikermagzatokat, melyek közül az egyik fekete, a másik zöld volt, a nagyfokú rothadás következtében.

Psychikai okokból is indicált a közbelépés *(Brindeau)*, mert egyrészt az anya lelkiállapotára borzalmas hatással hat, hogy holttestet hordoz a szíve alatt, másrészt ha ez nem is jutna annyira kifejezésre, nem lehet meggyőzni, hogy a magzat továbbviselése nem veszélyes reánézve.

A francia vizsgálók tapasztalata szerint, az ellentábor ama ellenvetése, hogy művi beavatkozás kapcsán súlyos cervix repedések és igen nagyfokú atoniás vérzések támadhatnak, épúgy megvan az önkéntes kilökődéskor is. Ezeket a szövődményeket kikerülhetjük úgy, hogy a beavatkozáshoz lehetőleg semminemű műszert nem használunk, hanem kézzel igyekszünk kitakarítani a méhürt. Csupán a cranioclastot ajánlják.

Hamm olyan veszélytelennek találja a beavatkozást az esetleges szövődményekkel szemben, hogy egy esetben a kényelmes nyaralás, másik esetben a nagyobb has okozta kényelmetlenség miatt, bár az anyán semminemű tünet nem mutatkozott a magzat továbbviselése folytán, a petét eltávolította az anyából.

Garcia 3 eset kapcsán a méhkiürítést ajánlja, hogy a fertőzések és az önkéntes szülések kapcsán előálló atoniás vérzésnek elejét vegyük, az anyát megnyugtassuk, s alkalmassá tegyük a méhet újabb terhességre.

Voron és *Pigeaud* két eset kapcsán ajánlják szintén a méhkiürítést. Az egyik esetükben, melyben 8 hónapos retentio volt Hegar-tágítással, a másikban, melyben a túlhordás egy hónapos volt, pituitrin-oltásokkal idézték elő a szülést és simán, minden szövődmény nélkül folyt le.

Boissard socialis okokból javallja a beavatkozást, a halott magzat továbbviselése ugyanis meggátolja az újabb fogamzást.

Brindeau 3 hónap múlva távolítja csak el a magzatot és véleménye szerint a retentio második hónapjának közepe táján ballonnal megindított szülés gyorsan zajlik le.

Átvizsgáltuk tehát a budapesti nagyobb szülőintézetek anyagát 13 évre visszamenőleg. A budapesti I. sz. női klinikán, a II. sz. női klinikán, az Országos Bábaképző Intézetben, a Szent Rókus közkórházban, a Szent István István közkórházban és a Bakács téri szülőintézetben 1920. január 1-étől 1932. december 31-ig terjedő időben lefolyt 125.548 szülésből 1336 jutott a macerált magzatokra, tehát 1.06%. Ez a szám kisebb az irodalomban közölt adatoknál, u. i. *Hints* statistikája szerint Magyarországon az 1931-ik évben 1.1% volt a macerált magzatok arányszáma. Hollandiában 1.6% *(Hints)*. *Puppel* 7 esztendőre készített statistikája szerint 1.6% maceráltat talált.

A méhbeli elhalás és maceratio okait keresve, azt találtuk, hogy 1336 esetből 542 esetben végeztek Wa. Ra. vizsgálatot. Az 542 esetből positiv volt, a serológiai lelet 285:52.58%, negativ pedig 257:47.42% alkalommal.

Az 1336 esetből Wa. Ra.-ra		Az 542 vizsgált esetből	
vizsgált	nem vizsgált	positiv	negativ
542	794	285	257
41.31%	58.69%	52.58%	47.42%

Az irodalomban nagyon eltérőek az adatok erre vonatkozólag. *Scipiades* szerint a macerált magzatot szült anyák 92.73%-a lueses, *Stoeckel* 80%-ot, *Zangemeister* 40%-ot mond. *Jaschke-Pankow* szerint a macerált magzatok 70—90%-a syphilises. *Cetroni* a halva szülések 30.4%-át 239 boncolás kapcsán bujakórra vezeti vissza.

Ha a magzat halála nem magyarázható syphilissel, akkor szerepelhet a köldökzsinór megcsavarodása *(Burger, Lorier, Gaucheraud)*, a köldökzsinóron képződött csomó, eklampsia, melynek kapcsán *Zangemeister* szerint 6%-ban fordul elő macerált magzattal járó szülés.

A magzat elhalásától a szülés idejéig eltelt időt az összes esetek 28.36%-ában tudtuk megállapítani. Ennek eredménye a következő volt:

A 389 esetből a retentio		
Egy napig tartó . . .	21	(5.39%)
Két napig tartó . . .	45	(11.56%)
Három napig tartó .	36	(9.28%)
Négy napig tartó . .	37	(9.51%)
Öt napig tartó . . .	14	(3.59%)
Egy hétig tartó . . .	78	(20.05%)
Két hétig tartó . . .	90	(23.13%)
Három hétig tartó . .	31	(7.99%)
Négy hétig tartó . .	27	(6.92%)
Öt hétig tartó	3	(0.77%)
Hat hétig tartó . . .	3	(0.77%)
Három hónapig tartó	4	(1.02%)

A táblázatból láthatjuk, hogy a magzatok ⅓-a, 33.13%-a 1—2 hétig marad vissza, másik harmada, 36.35%-a a 2—4. napon távozik, s csak egytized részét, 9.5%-át hordja az anya 1 hónapon túl. Leghosszabb idő 3 hónap volt.

Az anyák életkorának megoszlását a következő táblázat szemlélteti:

20 éven aluli . . .	91	(6.81%)
20—30 éves . . .	805	(60.25%)
30—40 éves . . .	354	(26.49%)
40 éven felüli . . .	46	(3.44%)
Ismeretlen korú . .	40	(3.01%)

Ezek az adatok *Porte* statistikáját megdöntik. *Porte* azt mondja, hogy macerált magzatot gyakrabban szülnek a 20 éven aluli és a 30. éven túllévő anyák. Statistikánk azért is reálisabb, mert a rendes szülések legnagyobb része a 20—30 éves szülőnőkre jut és így a halva születések is ebben az életkorban szerepelnek a legnagyobb számban.

Az 1336 macerált magzattal járó szülés kapcsán előforduló szövődmények a többi szülésekkel történő százalékos összehasonlítására összeállítottuk a II. sz. női klinika 1920. I. 1-től 1932. XII. 31-ig terjedő anyagát és a következőket találtuk:

Szövődmény:	13 évről összeállított statistika	
	norm. szül.	mac. szül.
Korai lepényleválás	0.28%	1.04%
Cotyledo retentio	0.55%	0.89%
Lepény retentio	0.82%	1.02%
Expressio plac. sec. Credé	0.68%	0.82%
Betapintás és lepénylevál.	1.68%	2.68%
Atonia	1.92%	1.57%
Hydramnion	0.60%	1.79%
Burokrepesztés	5.69%	0.80%
Physometra	0.002%	0.02%
Eklampsia	0.33%	0.97%
Ferbris sub partu	1.48%	4.56%

A táblázatból kitűnik, hogy a régebben elhalt magzatok szülése alkalmával a lepényi szakban a százalékos arányszám nagyobb, mint egyébként. Korai lepényleválás 1.04%-ban fordul elő a rendes 0.28%-kal szemben, ami a rendesnek csaknem négyszerese. Expressio placentae sec. Credé normalisan előfordult 0.68%-ban, macerált szülések esetén 0.82%-ban, tehát 1%-kal többször fordul elő macerált magzattal járó szülések során. Az atoniás vérzések gyakoriságában nem találunk feltűnő különbséget.

Érdekes még, hogy a hydramnion arányszáma majd háromszorosa az élő magzattal járó szülések alkalmával előforduló arányszámnak.

Bűzös magzatvíz, ami a fertőzés biztos jele, 2.1%-ban fordult elő a macerált magzatok szülése kapcsán.

Eklampsia háromszor annyi fordult elő, mint a rendes statistikában. Ennek oka talán az, hogy amint azt *Zangemeister* írja, az eklampsia, illetőleg terhességi toxicosis esetén 6% macerált magzat születik.

Nagy különbséget mutat a statistika a lázas szülések összehasonlításakor. Macerált magzatok szülése esetén háromszor annyi a lázas szülés, mint rendesen.

61 lázas szülést találtunk az 1336 macerált magzattal járó szülés közül. A 61 lázas szülés közül a burok állt 27 esetben (44.26%), 24 esetben (39.34%) korai, illetőleg időelőtti burokrepedés esete forgott fenn és 10 esetben (16.30%) nem találtunk adatot erre vonatkozólag.

Álló burok	27 (44.26%)
Nem álló burok	24 (39.34%)
Ismeretlen	10 (16.39%)

A 61 lázas szülésből 22 esetben támadt fájásgyengeség és húzódott el a szülés, ami 36.04%-ot tesz ki.

A 61 lázas szülés kapcsán vizsgálat tárgyává tettük, hogy az anyák mennyi ideig hordták halott magzataikat. Sajnos, az adatokból következtetést nem tudtunk levonni, mert az eseteknek csak kis részében, 14.75%-ában, 9 eset kapcsán találtunk erre nézve pontos adatot. A 9 esetből 2 egy, 1 kettő, 1 három napig, 1 egy, 2 kettő, 1 három hétig és 1 négy hétig hordta halott magzatát tovább. A 9 esetből tehát 5 (55.5%) hordta egy hétnél tovább magzatát. A gyermekágyban lázas volt az anyák 9.65%-a, ez több mint kétszerese a *Batisweiler* által közölt adatoknak. *Batisweiler* 14 esztendőről, 1918-tól 1931-ig, az összes szülésekről készült statistikájából genitalis eredetű lázas beteg szülés vagy vetélés után 4.5% volt. Ugyanez évekről a septikus halálesetek feldolgozásából 0.3%-ot kapott, míg mi az alább felsorolandó 17 anyai exitusból biztosan kimutatható sepsis okozta 9 esetből 0.67%-ot kaptunk, ami *Batisweiler* adatainak több mint kétszerese. Ha most még a különféle okú 8 halálesetet is számítjuk, az arányszám 1.27%-ra emelkedik fel, mely *Batisweiler* adatának négyszerese. A 17 anyai exitussal végződő szülés lefolyása és boncolási lelete a következő:

I. sz. női klinika:

R. L.-né. 33 éves. III. P. 1 rendes szülés, 1 ab. Szült IV. 14. Spontán láztalan szülés. Terhessége alatt semmi panasza nem volt. W. Ra. ++++. Gyermekágyban a 9-ik napon lázas lesz, septikus lázmenet. A 37-ik nap meghal. Boncolási lelet: A vena spermaticában szétesö, genyes thrombus, mely felterjed a vena cava inferiorba. Septikus lép. A tüdőben disseminált áttételek. Baloldalt pleuritis adhaes. chronica.

B. I.-né. 38 éves. V. P. 4 rendes szülés. Szült X. 25, túlhordás. Hydramnion. Sectio caesarea cervicalis transperitonealis. Terhesség alatt nincs panasza. W. Ra. negativ. Gyermekágyban 1—4 nap lázas, temp. max.: 39.1 C°. 4-ik nap. meghal.

P. I.-né 38 éves I. P. Szült VII. 23. Idős elöszörszülö. Koraszülés. Vérzés a III. szakban. Cotyledo-visszamaradás. Ruptura uteri incompleta. Atonia. Credé expressio kisérlete. Méhüri betapintás, öblítés. Excitantiák. Sylvesterezés. Intracardialis tonogen. Meghal. Terhessége alatt eklampsismus. Hyperemesis gravidarum. A szülés előtt 1 héttel elkezdett vérezni és azóta vérzik. Boncolási lelet: Status thymicolymphaticus. Rendesnél nagyobb, petyhüdt, zsirosan elfajult szív. Kiterjedt vérzések a májban, a vesében és lépben. A méh jobboldalán a passiv szakaszra terjedö, a jobb parametriumba történö incomplet ruptura, melyben részben alvadt, részben folyékony vér van.

II. sz. női klinika:

V. G.-né. 32 éves. VII. P. 3 rendes szülés; 3 halott, érett magzattal. Szült VI. 15. Burokrepedés VI. 13. d. u. Ekkor kezdödnek fájásai. VI. 15-én beszállittatott. Láztalan, II. tökéletes lábtartás. Láblehozatal, extractio. Az uterusból büzös, meconiumot, gázokat tartalmazó magzatvíz ürül. Physometra. Terhesség alatt panasza nincs. W. Ra. negativ. A gyermekágyban 5-ik nap lázas lesz. Temp. max.: 41.6 C°. 11-ik napon meghal. Boncolási lelet: Endometritis dyphtheritica. Metastatikus tüdötályog. Strumitis suppurativa. Sepsises lépduzzanat. Jobboldalt pneumothorax.

K. M. 41 éves. Primipara. Szült V. 17. Placenta praevia. Kolpeurisis. I—II. fájásgyengeség. Fájáskeltés. Kinyomás. Retentio placentae. Expressio sec. Credé. Sutura. Anaemia. A terhességben placenta praevia miatt IV. 5. óta az intézetben. V. 12. óta magzatmozgást nem érez. Gyermekágyban 6-ik nap lázas lesz. Temp. max.: 39.9 C°. Dehiscál a gát. 11-ik nap légszomj, szederjesség, halál. Boncolási lelet: Endometritis dyphtheritica, sepsises lépduzzanat.

K. M.-né. 35 éves. IV. P. 3 rendes szülés. Szült VI. 10. Korai burokrepedés, barnás magzatvíz. I—II. fájásgyengeség. Fájáskeltés. Metreurysis. Perforatio. Extractio. Placentavisszamaradás. Vérzés, leválasztás. Hypodermoclysis. Lázas szülés. Terhességben anaemia perniciosa. Nephropathia miatt VI. 1-én felvétel az intézetbe. Az utolsó két hónapban dyspnoe. Duzzadt lábszárak. A gyermekágyban vérátömlesztés dacára állapota nem javul, 10 óra múlva meghal. Boncolási lelet: Anaemia perniciosa. Metaplasia ossium rubr. (Batisweiler: O. H. 1932. 428. old.)

D. R. 22 éves. II. P. 1 rendes szülés. Szült II. 6. Spontan láztalan szülés, büzös magzatvíz. Terhessége alatt 5 napja elesett, azóta nem érez magzatmozgást. W. Ra. negativ. A gyermekágyban a 7-ik napon periproctalis tályog miatt lázas lesz. Incisio. Állandó magas lázmenet után a 43-ik napon kiszenved. Boncolási lelet: Endometritis dyphteritica. Peri- et parametritis chronica fibrosa. Thrombophlebitis septica. Abscessus metastaticus.

F. T. 23 éves. Primipara. Szült VIII. 8. Spontan. Lázas szülés phlegmone mandibulae miatt. Szülésre a mentök szállitják a fogászati klinikáról és szülés után a 2-ik nap visszaszállitják. 2 napja nem érzett magzatmozgást. A fogászati klinikán 8-ik nap meghal. Boncolási lelet: Phlegmone mandibulae. Abscessus metastaticus.

K. M. 29 éves. III. P. 2 ab. Szült IX. 4. Lázas szülés. Kolpeurisis. Atonia. Anaemia gravis. Lepényleválasztás. Dürhssen-tamponade. Vérátömlesztés. Szülés után 2 óra múlva meghal. Terhességben nephropathia. W. Ra. negativ. Boncolási lelet: Thromboendokarditis verrucosa. valv. bicusp. Splenitis subacuta. Oedema pulmonum. Hydrotorax l. u.

Szent Rókus közkórház:

B. R. 22 éves. II. P. 1 ab. Szült IX. 30. 3-as ikrek. I. spontan, II. expressio, III. extractio. Terhességben nincs panasza. Boncolási lelet: Pulmonalis embolia.

Szent István közkórház:

S. I.-né. 40 éves. IX. P. 8 rendes szülés. Szült IX. 1. Korán levált lepény. Atonia. Cervixrepedés. Fordítás, kihúzás. Dürhssen-tamponade. Szülés előtti órákban nagyfokú vérzés. Meghal.

S. R. 32 éves. Primapara. Szült VII. 3. Eklampsia miatt művi koraszülés. Ballon. Terhességben eklampsia. W. Ra. negativ. Gyermekágyban 1—4 napig lázas, temp. max.: 41 C°. Eklampsiás rohamok. 4-ik nap meghal. Boncolási lelet: Endocarditis chr. fibr. valv. semilun. aorta et valv. bicusp. Stenosis ostii venosi sin. Endocard. verruc. recens valv. semilun. aorta et bicusp. Glomerulonephritis purulenta. Endometritis ichorosa. Sepsis. Deg. parench. myocardii et hepatis, cyanosis hepatis.

P. B.-né. 32 éves. Elsőszülő. Terhességben myodeg. cordis, morbus Basedowi. Szült II. 5. II. egyszerű fekvés. Extractio. Szülés közben meghal. Boncolási lelet: Struma Basedowificata. A pajzsmirigy mindkét lebenye, sőt a középső is megvastagodott, metszéslapja egynemű, kissé colloidszegénynek látszik. Dilatatio maioris gradus ventriculorum cordis, et aplanatio muscularis papillaris. Myocarditis chronica ulcerosa. Status uteri post ab. mens. VII—VIII. Uterus 20/17 cm. nagy, benne tapad a placenta 11 cm köldökzsinórral összefüggésben. Bronchopneumonia disseminata lob. inf. Hepatisatio et oedema pulm. Cyanosis lienis et renum. Hepar moschatum. Hydrothorax bilateralis, hydropericardium et oedema universalis.

Bábaképző intézet:

Dr. M. I.-né. 30 éves. Primipara. Rendes terhesség. 2 hete nem érez magzatmozgást. Szült XI. 13. Önkéntes, láztalan szülés. Atonia p. p. Szülés után másfél óra múlva meghal. Boncolási lelet: Anaemia, parenchymás szervek, hypertrophicus szivizom. Vaskos aorta. Nagy lép.

P. I.-né. 43 éves. IV. P. 2. kora élő, 1 rendes szülés. Rendes terhesség. Szült VI. 16. Korai burokrepedés. Anencephalus. Extractio sec. Müller-Smellie, Veit. Gyermekágyban 1—3. napig lázas. Temp. max.: 41 C°. 3-ik nap meghal. Boncolási lelet: Endometritis putrida. Háromszoros lép.

B. A. 29 éves. II. P. 1 ab. Rendes terhesség. Szült VIII. 1-én. Intézeten kívüli korai burokrepedés. Elhanyagolt harántfekvés. Lázas szülés, conduplicato corpore. Gyermekágyban 2-ik nap meghal. Boncolási lelet: Belső szervek parenchymás elfajulása. Septikus lép. Tüdőkben hypostatis. Endometritis putrida. Sepsis acutissima.

Bakácstéri szülészet:

Sz. F.-né. 24 éves Primipara. Rendes terhesség. Szült VIII. 28. I—II. fájásgyengeség, elhúzódó kitolás. Lázas szülés. A gyermekágy 5-ik napján meghal. Boncolási lelet: Status uteri p. p. Pyelitis et pyelonephritis praecipue l. s. unde sepsis et degeneratio parench. cordis, renum, hepatis. Splenitis acuta.

A fentebb felsorolt 17 anyai halállal végződő szülésből a burokra vonatkozólag a következő adatokat találtuk: Álló burok 10 esetben (58.80%), időelőtti burokrepedés 4 esetben (23.52%) fordult elő, míg ismeretlen 3 eset (17.59%).

Álló burok	10 (58.88%)
Nem álló burok	4 (23.52%)
Ismeretlen	3 (17.59%)

A meghalt anyák közül 1 egy, 1 két, 1 négy, 2 öt napig, 1 egy, 1 két hétig hordta magzatát annak halála után, 10 esetben nem tudtuk a magzat halálának idejét megállapítani.

1 napig hordta magzatát	1
2 napig hordta magzatát	1
4 napig hordta magzatát	1
5 napig hordta magzatát	2
1 hétig hordta magzatát	1
2 hétig hordta magzatát	1
Ismeretlen ideig hordta	10

Feltűnő, hogy atoniás vérzés 4 esetben volt, ez 23.53%-nak felel meg, és a lepényi szakban ugyanannyiszor kellett beleavatkozni. Fájásgyengeség 3 esetben észlelhető (17.64%).

A terhességben 17 eset közül 8-ban támadt valamilyen betegség. Mégpedig: eklampsia, eklampsismus, placenta praevia, anaemia, morbus Basedowi 1—1 esetben, nephropathia 2 esetben.

Ha az előbb felsorolt adatokat tekintetbe vesszük, akkor gyakorinak találjuk az álló burok esetén keletkező lázat, a placentaris szakban előálló szövődményeket. Gyakoribb az eklampsia fellépése. Az esetek nagy részében állott fenn atoniás vérzés a lázas esetek kapcsán, s a lázas szülések több mint ⅓-ában elhúzódó szülés és fájásgyengeség.

Az előbb ismertetett anyag feldolgozása s az abból készült statistikák alapján arra a kérdésre: káros-e az anyára a halott magzatának továbbhordása, az alábbiakban felelhetünk.

Különbséget kell tennünk a megitéléskor, amikor még áll a burok. Álló burok esetén csatlakozunk általánosságban a conservativ eljárást vallók véleményéhez, bár minden egyes eset kapcsán külön kell megállapítanunk a teendőnket, mert a lázas szülések csaknem fele álló burok mellett indul meg.

Sőt nagyon megfontolandó a teljes tartózkodás, mert a lázas szülések kapcsán részben álló burok mellett megindult szülések közel ⅓-ában lépett fel fájásgyengeség és elhúzódó kitolás. Ez pedig nem közömbös az anyára nézve, s a vizsgálók *(Garcia, Hamm, Voron* és *Pigeaud)* által közölt esetekben a mesterségesen megindított szülés minden szövődmény nélkül ment végbe, bár volt olyan eset *(Voron* és *Pigeaud)*, hogy a magzat már 8 hónapja meg volt halva.

Sőt, ha a lepényi szakban támadó kellemetlen szövődményeket is számításba vesszük, nagyon csábítónak találjuk *Zangemeister* ajánlatát, de sohasem szabad szem elől tévesztenünk *Jeannin* figyelmeztetését, hogy ha tévedünk: egy eljövendő életet oltunk ki.

Ha a burok már nem áll és a peteür megnyílt, *Zangemeisterrel* kell tartanunk, aki a rögtöni eltávolítást ajánlja, mert a fertőzés egészen biztosan bekövetkezik. Annyival is jogosultabb ilyenkor a teljes kiürítés, mivel a baktérium-toxinok, habár kezdetben izgatják a méh izomzatát, később a sima izomelemeket bénítják és a méhösszehúzódások megállása meghiusítja a rothadó magzat kilökődését.

Az eljárás mellett szól az is, hogy a beavatkozás a legtöbb esetben csak a szülés megindításából áll, melyet óvatos tágítással vagy metreurynter behelyezésével érünk el. A szülés rendszerint magától befejeződik. A peteür már fertőzött és a beavatkozó eszköz esetleges fertőzöttségének lehetősége nem hozhat létre bajokat.

Más szempont, mint a burok viselkedése, nem jöhet szóba, mert amint láttuk, a halott magzatok továbbhordása nagyon széles skálán mozog, mely óráktól egészen hónapokig, sőt egy évig is terjedhet. Egyes vizsgálók *(Brindeau)* által felállított elvet, hogy 3 hónap múlva indítja meg a szülést, nem fogadhatjuk el teljes egészében. Mindenkor az egyes esetek kapcsán felállított diagnosis, az anya kívánsága vagy ellenkezése és a magzat

részéről fennálló szövődmények döntik el, hogy a szülész milyen lépésre határozza el magát.

Mind az elhamarkodott, mind a túlkésőn intézett beavatkozásnak meg van a veszedelme és nem szabad elfelejtenünk, hogy ha már a magzatot képtelenek vagyunk megmenteni, sohase tegyük ki az anyát veszedelmeknek.

Összefoglalás:

1. Álló burok esetén nem javasolt a beavatkozás, bár minden esetben megfontolandók az esetleg meglévő szövődmények.

2. Elfolyt magzatvíz esetén akár van láz, akár nincs, javasolt a beavatkozás, mert a fertőzés nagyobb veszedelmet és súlyosabb állapotot teremt, mint a beavatkozás kapcsán előforduló szövődmények.

3. Lázas esetekben, tekintet nélkül a burok állapotára, megindítjuk a szülést, de ilyenkor inkább számíthatunk súlyosabb lefolyásra.

Az intravenás pyelographia és javalatai.

Magántanár próbaelőadás.

Irta *Herman János dr.*

A vesebajok megállapításában legtöbbnyire fontos ismernünk a vese pontos fekvését és a veseüreg meg az ureter állapotát. *Illyés Géza* 1900-ban (Annal. des malad. org. gen. urin. 1900.) aként tette az uretert a röntgensugarak számára láthatóvá, hogy ezüstdrótot huzott az ureter-katheterbe s igy vezette azt fel a vesébe. Ezáltal a röntgenkép megmutatta az ureter lefutását és a vese helyzetét; adott esetben sikerült ezzel a módszerrel megállapítania, hogy a hasban tapintható terimenagyobbodás a vesevagy sem. Ugyancsak ő javasolta, erre a célra elsőnek a folyékony sugárfogó, a bismuthum subnitricum suspensio, használatát. A veseüregnek, a kelyheknek és az ureteroknak ábrázolására manapság a pyelographia szolgál, amelyben hólyagtükör segítségével ureterkathetert vezetünk fel a vesemedencébe és ezen keresztül töltjük meg sugárfogó anyaggal. Az ilyen feltöltés után készült röntgenfelvételen megkapjuk a veseüreg árnyképét. A pyelographia azonban, miként maga a hólyagtükrözés is, nem végezhető el minden esetben, ahol arra szükség volna. Húgycsőszükület, a hólyag kicsiny befogadóképessége s a húgyutak súlyos fertőzése esetén a hólyagtükrözésről s igy a pyelographiáról is le kell mondanunk.

A rochesteri Mayo-klinikán *Rowentree* jutott arra a gondolatra, hogy a vese kiválasztó működését fel lehetne használni a veseüregnek sugárfogó anyaggal való kitöltésére s igy mellőzni lehetne az ureterkatheter felvezetését, meg a hólyagtükrözést. (Journ. of Am. med. Ass. 80. k. 368 old. 1923). Ismeretes, hogy a vese a jódnatriumot gyorsan ki választja; a jód pedig nagy atomszámánál (127) fogva régen ismert és a gyakorlatban bevált sugárfogó anyag (Jodipin, Jodtetragnost stb.). Ha a kiválasztott vizeletben sikerül kellő mennyiségü jódot concentrálni, úgy annak sugárfogóképessége miatt a jódtartalmu vizelettel telt veseüregről a röntgensugarak árnyékképet fognak adni s megvan a módja annak, hogy ureter-katheter felvezetése nélkül készíthessünk pyelogrammot. Ezeken a meggondolásokon elindulva és *Osborne* pharmakologiai kisérletei alapján a Moyo-klinikán 1923-ban eredményes eljárást dolgoztak, ki amellyel az ureter-katheter felvezetése fölöslegessé vált. A beteg jódiránti érzékenységének előzetes megállapítása után, nagymennyiségü jódnatriumot adtak részben érbe (1 gr.) részben belsőleg (10 gr.), amely a vesében kiválasztva sugárfogó anyaggal töltötte meg a veseüreget. A félóránként készült röntgenfelvételen a veseüreg maga, az egész ureter, valamint a hólyag az esetek felében igen jó képet adott, mert a bennük levő vizelet bőven tartalmazta a sugárfogó jódnatriumot.

Az urologiai klinikán *Borza Jenő*-vel próbáltuk ki ezt az eljárást, de az eredményt nem tartottuk kielégitőnek, mert a beavatkozás eléggé terhes a betegre, azonkivül számos tilalom szűkiti használhatóságát, mert jódérzékenység, pajzsmirigyelváltozások, érbetegségek, gümőkór jelenlétében nem alkalmazható.

A Mayo-klinika intravenás pyelographiai eljárását *Lenarduzzi, Pezzo* (Padua), *Hryntschak* (Bécs), *Lichtenberg* (Berlin), *Rosenstein, Folkmann* próbálták ki, de kellő eredmény hijján utóbb elhagyták. Csupán *Roseno* (Köln) tudott az eljáráson javitani, amikor a jódnatrium kiválasztását húgyannyagal siettette (Pyelognost) s a vesemedence kiürítését a húgyvezeték összenyomásával megakadályozta. (Zeitschr. für Urol. 1929. Sonderband 377. old.)

Az intravenás pyelographia kérdését — miként már oly sok kérdést az orvostudományban — egy véletlen megfigyelés oldotta meg. *Binz* a berlini mezőgazdasági főiskolán már 1918 óta igyekezett olyan gyógyszert előállitani, amely a streptococcus fertőzést a salvarsan módjára hathatósan tudja leküzdeni. E célból sorozatosan állította elő és vizsgálta a különböző pyridin-származékokat. 1929-ben az Altona városi kórház belgyógyászati osztályán *Lichtwitz* prof.-nál epehólyaggyulladásokat kezeltek egy *Selectan-neutral* nevü Binz-féle készítménnyel, amikor *M. Swick* nevü amerikai orvos észrevette, hogy ez az anyag a vesében is kiválik s a röntgenképen megmutatja a veseüreg árnyékát. *Swick* felfedezése után a berlini Szent Hedvig kórház urologiai osztályán, ahol sok beteg állott rendelkezésre, próbálta ki az új készítményt amely sikerrel állta meg a helyét. Ezeknél a kisérleteknél berlini ösztöndijas koromban magam is jelen voltam. Rövidesen sikerült *Bienznek* (Zeitschr. f. Urol. 1937. 372. old.) a Selektanneutralból a klinikai tapasztalatok alapján egy, az intravenas pyelographia céljaira tökéletesen megfelelő anyagot, az *Uroselectant* előállítania.

Binz évtizedes alapvető kisérletei nyomán egymás után készültek az intravenás pylographia céljára alkalmas szerek. Ezeknek a szereknek közös tulajdonsága egyrészt, hogy igen sok jódot tartalmaznak, másrészt igen gyorsan kerülnek a vesében kiválasztásra. A jód ezekben az anyagokban olyan erős szerves kötésben van jelen, hogy a szervezet nem tudja megbontani, sőt mint azt kisérleteim mutatták, a jód ezekből még kénsavban való hosszas forralás után is sok részben hasad le. Ez az erős kötés teszi lehetővé, hogy bár a sugárfogó anyaggal több gr-nyi jódot adunk a betegeknek, jódizmust mégsem tapasztalunk. A másik tulajdonság, amely alkalmassá teszi ezeket a szereket az intravenás pyelographiára az, hogy ezek a nagy molekuláju jódvegyületek a véráram utján a vesébe jutva, azonnal kiválasztásra kerülnek s a veséből kiválasztott vizelet már percek mulva eléri azt a sugárfogó concentratiót, amely a röntgenképen árnyékot ad.

Az inravenás pyelographia céljára jelenleg ismeretes sugárfogó anyagok a következők:

1. a hugyanyhoz kötött natriumjodid NaJ. CO $(NH_2)2$, amely *Roseno* javaslatára *pyelognost* néven kerül forgalomba. Ma már nem használjuk.

2. a 3.5—dijod—4—pyridoxil—N-methyl—2.6—carbonsavasnatrium, amelyet *Binz* és *Räthe* állítottak elő *uroselectan* néven kerül forgalomba; ennek tökéletesitett formája az *uroselectan B,* amelynek két bicarbonsavnatrium gyöke van s ezért jóval könnyebben oldódik.

3. A monojod-methan-sulfonsavas-natrium, amelyet *Ossenbeck* és *Titze* (Leverkusen) állítottak elő s *abrodil*

néven kerül forgalomba. Ennek javított formája a 3,5-dijod-4-pyridon-N-ecetsavas-aethanolamin, a *perabrodil*. Újabban ennek oldhatóságát is sikerült fokozni s *perabrodil forte* néven kerül forgalomba.

4. A natrium-ortho-jodhyppurat, előállította *Swick;* amerikai szer, Európába még nem jutott el.

Egyes országokban ezeket a szereket kisebb eltéréssel sikerült utánozni. Igy Dániában a *merbophen,* Amerikában az *iopax, neoiopax, skiadon, neoskiadon,* Olaszországban az *urophain,* a Szovjetben *szergoszin* volt forgalomban. Magyarországon egyidőben az Egger-gyár *renumbral* néven hozott egy abrodilszerű készítményt forgalomba.

Az intravenás pyelographiára szolgáló szerek eleinte por alakjában kerültek fogalomba (uroselectan, abrodil), a szükséges steril oldatokat úgy kellett mindig elkészíteni. Közös hibájuk volt, hogy nagy mennyiséget, 50—100 köbcentimétert kellett az oldatból a venába fecskendezni, ami nehézkessé tette alkalmazását. Az intravenás pyelographia nagy előnyei azonban leküzdötték a kezdeti tökéletlenségeket. Utóbb sikerült jobban oldódó változatokat is előállítani s az oldatokat (cukorral) állandósítani, úgy hogy a szükséges mennyiséget ma már 20 köbcentiméter 50%-os oldatban ampullázva kapjuk kézhez.

Az intravenás pyelographia az uroselectan előállítása nyomán a legszélesebb körben vonta magára nemcsak a klinikusok, hanem a gyakorló orvosok figyelmét is. A kérdés körül hatalmas irodalom támadt, amely telve volt lelkesedéssel. Sokan azt hitték, hogy vele a betegre nézve nem éppen kellemes ureterkatheterizmust el lehet kerülni, mások a vese functionalis vizsgálatát gondolták általa pótolni. Ezek az elképzelések azonban még sem váltak valóra, mert a mindenfelé nagyszámban folyó klinikai vizsgálatok ma már véglegesen megállapították egyrészt az intravenás pyelographia használhatóságának korlátait, másrészt méltó és kitünő helyét a vesevizsgálatok sorában.

A magyar irodalom is kivette részét az intravenás pyelographia alapvető kérdéseinek tisztázásában. *Minaer Gyula,* (Orvosi Hetilap 1930. 329. oldal), *Herman János, Melly Béla* (Orvosi Hetilap 1931. 1. old., Gyógyaszat 1932. 100. old.), — *Kovács Ákos* (Magyar Röntgenközlöny 1932. 17. old.), — *Noszkay Aurél* (Orvosi Hetilap, 1931. 686. old.) minden oldalról megvilágították ezt a kérdést.

Az intravenás pyelographiához semmiféle előkészület nem szükséges, csupán a beleknek a vesefelvételeknél szokásos gáztalanításáról kell gondoskodni. Az injectiót szokásos módon a karvénába adjuk; csecsemőknek a koponya sinusába. A befecskendezést igen lassan, 5—10 perc alatt végezzük el, hogy a rendkívül tömény (50%) oldatok a vérrel jól felhígulva az erek belhártyáját ne izgassák. Gyors befecskendezéskor az erek részéről muló és jelentőségnélküli kellemetlen tünetek jelentkezhetnek, mint forróság, sápadtság, fejfájás, bőrviszketés. A sugárfogó anyag kiválasztása azonnal megindul a veséből, de csak néhány perc multva éri el a veseüregben a kellő töménységü és igy árnyékot adó mennyiséget. A sugárfogó a szervezetből gyorsan kiürül és 3—4 óra múlva már ki sem mutatható a vizeletben.

Az urológiai klinikán az *első felvételt* a befecskendezés végétől számított 15-ik percben végezzük, a *második felvételt* pedig az injectiótól számított 45-ik percben készitjük. Rendesen ez első (15 perces) felvételen a veseüregek erős árnyékot adnak s teljesen kitelődöttek, húgyvezeték csak helyenként telődött, a hólyag is csak halvány képet ad. Maga a vese árnyéka is jobban látszik meg, mint az egyszerü felvételen, mert a glomerolusok és vesecsatornácskák is telve vannak sugárfogó anyaggal. A második (45 perces) felvételen a veseüregek árnyékának erőssége már csökken, az ureter képe változatlan, a hólyag árnyéka azonban intensitásában fokozódott. Két óra mulva az oltás után a röntgenfelvételen már nem találtuk nyomait a kiválasztásnak.

Az intravenás pyelographia kettős vizsgálati eredményt szolgáltat: felvilágositást ad egyrészt a *vese kiválasztó képességek*ről, másrészt megmutatja a *veseüreg alakját.*

A vese kiválasztóképességének megitélésére már eddig is voltak jó eljárásaink. Ezekkel a felvezetett ureterkatheteren át nyert separált vizeletben a festékkiválasztást, a fagyáspontot, a higító-sürítő képességet, a sav-bázis kiválasztóképességet határoztuk meg és hasonlitottuk össze a két oldalon. Az intravenás pyelographia egyetlen előnye ezekkel szemben az, hogy nélkülözhetővé teszi az ureter-katheter felvezetését s az ezzel járó, a betegre nézve nem mindig közömbös és soha sem kellemes hólyagtükrözést. Ebből származó további előny, hogy olyankor is elvégezhető, amikor a cystoskopia végbevihetetlen. A külön fölfogott vizelet említett functionális vizsgálata során objektiv számokat kapunk s azokat tudjuk összehasonlítás végett egymás mellé állítani. Az intravenás pylographia ezzel szemben a kiválasztás árnyékának csak subjektiv összehasonlítását teszi lehetővé s ezért nem alkalmas a kisfoku kiválasztási eltérések pontos megállapitására. Végül meg kell jegyezni, hogy az intravenás pyelographia és az egyéb functionális vizsgálatok eredménye nem minden esetben megegyező, mert a vese bonyolult excretios és resorptiós munkája már kis elváltozásoknál is a különböző vizelet alkotó részeket nem egyformán dolgozza fel és választja ki. Tudatában ezeknek a nehézségeknek, az intravenás pylographiában olyan eljárás jutott a birtokunkba, amely annyiban tökéletesebb az eddigieknél, hogy olyan esetekben is alkalmazható, ahol az ureterkatheter felnemvezethetése miatt eddig a két vese kiválasztását összehasonlitani nem tudtuk.

A kiválasztóképesség megitélésére elegendő a beadás után 15 és 45 perc mulva készült felvétel. Rendes körülmények között a kiválasztás intenzitása ez idő alatt csökken, vagy legfeljebb egyforma. Ha a kiválasztás ereje ez idő alatt fokozódik, a kiválasztás elhuzódását jelenti. Ha az első felvétel nem mutat kiválasztást s a veseüreg képe csupán a második felvételen jelenik meg, a kiválasztás elhuzódottsága még nagyobb, a vese kiválasztó képessége már határozottan romlott. Ha egyik felvételen sem jelenik meg a kiválasztás képe, az már teljesen rossz veseműködést jelent. Egy órákkal később készült felvételen még megjelenhet a kiválasztás, de ez nem változtat a rossz veseműködés tényén.

A kiválasztás mértékének meghatározásakor azonban körültekintően kell eljárni. Nem tekintve azt, hogy kövér egyéneknél a röntgensugárzás természeténél fogva (absorptio, másodlagos sugárzás) halványabb képet kapunk, nagy szerepe van a belek gáztartalmának is. A legfontosabb azonban a húgyutak kiürülésének számbavétele, amikor először *Minder Gyula* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1936. 313. old.) mutatott rá. Ha a húgyutak valami oknál fogva gyorsabban ürülnek (hyperkinesis, gümős fekély) nem csupán tökéletlen marad a veseüreg kitelődése (részleges telődés), hanem a visszamaradó sugárfogó is kevesebb lesz a rendesnél s ezért a veseüregről a jó veseműködés ellenére is halványabb képet kapunk. Tájékoztat ilyenkor a hólyag árnyéka, amely gyorsan telik és már korán ad intensiv képet. Ennek az ellenkezőjét tapasztaljuk, ha a húgyutak lefolyása akadályozott (elzáródás, atonia) s ezek emiatt kitágulnak; ilyenkor a vastagabb méretekben felhalmozodó higabb vizelet a kis concentratio ellenére is

sok sugárfogót fog tartalmazni, ezért a röntgenképen a kóros vese részéről erősebb árnyékot kapunk, mint a jól kiválasztó és akadálytalan lefolyású oldalon. Ilyenkor a tágulás ténye, az esetleges lefolyási akadály felismerése és a halványabb hólyagtelődés fog helyes megitélésre vezetni.

Az intravenás pyelographia a vese kiválasztó képességén kivül felvilágositást ad *a veseüreg alakjáról* és méreteiről. De csak abban az esetben kaphatjuk meg a veseüreg képét, ha a vese kellő mennyiségü sugárfogót képes kiválasztani. Ez az a körülmény, amelyben az intravenás pyelographia nem tud versenyezni a töltéses eljárással. Az intravenás pyelogramm jóval halványabb a töltéses pyelographia képénél s ezért a belek tisztítására nagyobb gondot kell fordítani. Maga a veseüreg képe az intravenás eljárásnál sokkal természetesebb, mint a töltéses uton készültnél, mert elmarad az ureterkatheter és a felfecskendezés természetellenes ingere. A töltéses és az intravenás eljárással nem kapunk mindig egyforma képet. Az intravenás kép rendesen kis fokban nagyobbnak mutatja a veseüreg méreteit. Kifogástalan contractilitás esetén a második felvételen a vesecüreg, a pyelum, meg a kelyhek valamivel megkisebbednek. Ha rossz a contractilitás, akkor a töltéses kép lesz nagyobb az intravenásnál. *Részleges telődést* látunk ott, ahol a veseüregnek csupán egyes részei adnak árnyékot. Ennek oka sem minden esetben anatomiai elváltozás. Előállhat hyperkinesisnél, de máskor is, ha a sugárfogó olyan vékony réteget alkot, amely a röntgenképen észrevétlen marad. Az intravenás pyelographia ezért elsősorban a húgyutak tágulásának vizsgálatára alkalmas. Finomabb részletek felismerésére a töltéses pyelographiának kell előnyt adni. Az *ureter* rendes körülmények között az intravenás pyelographiánál nincsen végig kitelődve, hanem csak egyes szakaszaiban látszik meg. Ha végig láthatóvá válik, azt már kórosnak kell tekinteni. Különös jelentősége van húgyvezeték kismedencei részének, mely elsőnek mutatja a húgyutak atoniás elváltozását, amire *Herman* és *Krausz* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 40 k. 440. old.) mutattak rá. A *hólyag* az intravenás pyelographiánál a töltéses eljárással teljesen megegyező képet ad.

Az intravenás pyelographia *javallatai* igen tágkörüek. Alkalmazzuk elsősorban minden olyan esetben, ahol a töltéses eljárás kivihetetlen, vagy kerülendő. Használhatjuk a többi functionális vizsgálat helyett az egyszerü és közönséges esetekben, amikor igen jó tájékoztató eredményeket ad. Végül jó támpontot nyujt ott, ahol a többi vizsgálat eltérő eredményeit kell eldönteni.

Mint *functionalis* vizsgálat különösen alkalmas arra, hogy megállapitsuk vele a vese elégtelen működését, amely prostata hypertrophiában, a húgyutak köves vagy egyéb elzáródásai kapcsán, a húgyutak atoniájakor, vesetuberculosisban, pyelonephritisben szokott előfordulni.

Mint *veseüreg ábrázolás* elsősorban azokban az esetekben alakalmas az intravenás eljárás, ahol a veseüreg hiánytalanul kitelődik, mint különböző tágulatok esetén, húgykövek localisálásánál, vándorvesénél. Azokban az esetekben azonban, ahol csak részletes telődéssel vagy conturváltozásokkal kell számolnunk (tumor, tbc.) nem mindenkor kapunk vele kielégitő eredményt.

Az intravenás pyelographiának tilalma alig van, csupán nagyfokú szivelégtelenség, nagyfokú arteriosclerosis, súlyos májinsufficientia esetei azok, ahol tartozkodni kell alkalmazásától; de ezekben a súlyos állapotokban alig kerül sor használatára. Magának a vesének elégtelen működése nem akadálya az eljárásnak.

Az urológiai klinikán több ezer esetben végeztünk különféle szerekkel intravenás pyelographiát. Egyetlen egy esetben sem láttunk tőle komoly következményeket. Azok az apróbb kellemetlenségek, melyek olykor előfordulnak, mint szédülés, bőrviszketés, torokszárazság, kimelegedés, vagy elsápadás, helyes befecskendezési technikával, lassú injiciáláskor alig fordulnak elő, akkor is percek alatt elmúlnak. Igen kivételesen urticariaszerű kiütések jelentkeznek, de ezek sem okoznak panaszt és 1-2 óra mulva nyomtalanul eltünnek; esetleg ismétléskor nem mindig jelennek meg újra. Jóllehet nagymennyiségü jódot (1—2 gr.) viszünk a szervezetbe, jódizmus tüneteit sohasem tapasztaljuk, mert a jód olyan erős kötésben van a sugárfogóban, hogy bonyolult vegyi eljárással lehet csak lehasitani; igy tehát belőle a szervezetbe nem jut semmi, mert a sugárfogó változatlanul és maradék nélkül gyorsan ürül ki.

A tárgyalt eljárással az urologia kórhatározás nagyon megtermékenyült. *Rowentrée* és társai pharmacologiai meggondolások alapján csupán az ureterkatheterezés kellemetlenségeit óhajtották kiküszöbölni. *Bintz*-nek és követőinek chemiai készsége olyan utat szabott az intravenás pyelographiának, amely kettős minőségben: a vesekiválasztás és a veseüreg ábrázolása szempontjából, valamint egyszerüsége, gyorsasága és enyhesége által mind a betegnek, mind az orvosnak igen hasznos szolgálatára lett. Az intravenás pyelographia azonban tökéletes tulajdonságai ellenére az eddigi eljárásokat mégsem tudja teljesen pótolni. Egy évtized tapasztalata leszürte a lelkesedés eredményeit és ma már tudjuk, hogy ennek az eljárásnak ott kezdődik az alkalmazási területe, ahol a töltéses pyelographiának és ahol a bevált functiós vizsgálati módoknak teljesítőképessége megszűnik.

A Kaszab Poliklinika belgyógyászati rendelésének közleménye.

Látszólagos positiv venapulsus.

Írta: *Schill Imre dr.*, egyetemi magántanár.

A positiv venapulsus felismerése kifejezett esetben nem nehéz, mert systolés is lévén a nyaki venának az a. carotis pulsatiójával, vagy a szivcsúcslökéssel egybeeső hirtelen telődése jól megfigyelhető és szöges ellentétben áll a venáknak különbeni systolés collapsusával, a normalis „negativ" venapulsussal. A positiv systolés venapulsus centripetalis formája az aortaelégtelenség egyes igen ritka eseteiben fordul csupán elő, mint ú. n. penetráló venapulsus; különben a gyakorlatban a centrifugalis positiv systolés venapulsussal találkozunk, ami mindig tricuspidalis insufficientiát jelent. Pitvari fibrillatiónál a venapulsus systolés, centrifugalis, de nem positiv.) A jobb kamra összehúzódása az elégtelen billentyűn át valódi vérhullám formájában hajtja vissza a benne lévő vér egy részét a jobb pitvarba és innen a billentyű által el nem zárt nagy venákba, sőt a peripherikus, tehát a nyaki venákba is; mégpedig annál inkább, mert e venák billentyűi az egyidejű pangás és az ezáltal okozott tágulás folytán elégtelenné válhatnak. Az említett venapulsust a látható nyaki venáknak egy ponton történő leszorításával mutatjuk ki, ekkor a vena centralis része minden systole alkalmával megtelik, tehát lüktet. Kevésbé ismeretes, hogy a nyaki venákon finom tapintással a beléjük lökött vérhullámnak megfelelően az arteriás pulsushoz mindenben hasonló, vagyis a tapintó ujjra lökést gyakorló pulsus észlelhető. A finom tapintás egyrészt azért szükséges, mert a venák fala sokkal vékonyabb és kevésbé ellenálló, mint az arteriáké, másrészt pedig azért, mert ha a mélybe nyomunk, nagyon könnyen kerülhet ujjunk közelébe valamelyik arteria (carotis externa, transversa scapulae). Hogy ezen jelenség nem minden

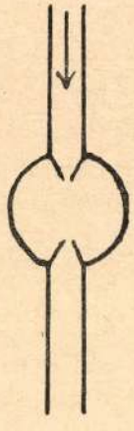
tricuspidalis elégtelenségben észlelhető, az insufficientia foka és a venák túltengése mellett a jobb kamra izomzatának erejétől függ; ha azonban megvan, akkor magyarázata nyilvánvaló, mert ha a regurgitáló vérhullám tapintható positiv májpulsust is létrehozhat, vagyis a májnak nagy tömegét megmozgathatja, akkor még könnyebben emelheti meg a kevésbé ellenálló venafalat.

A közlendő esetben a positiv systolés centrifugalis venapulsus minden jellege látszólag megvolt, anélkül, hogy tricuspidalis elégtelenség lett volna.

Már a nehéz légzéssel jelentkező 60 éves férfibeteg első megtekintésekor feltünt a jobb vena jugularis externa diónyi tágulata, amely szemmel láthatólag pulsált; a lüktetés tapintható volt. Felmerülvén a tricuspidalis elégtelenség gyanúja, fekvő állapotban folytattuk a vizsgálatot: meg lehetett állapitani, hogy a látható és jól tapintható lüktetés a systoléval egybeesik és hogy a tágulat felett, vagyis a szívtől peripheriás irányban leszorítva a vénát, a lüktetés teljesen változatlan marad, ami a tricuspidalis insufficientia feltevését csak megerősítette. A szív vizsgálata azonban ennek nem felelt meg, u. i. csupán balra kihelyezett emelő szívcsúcslökést, kissé jobbra nagyobb tompulatot, a szívcsúcs és aorta felett systolés zörejt és az aorta II. hangjának ékeltségét, vagyis az aortaelváltozással vegyes hypertoniának szokásos leletét mutatta, ennek megfelelően a vérnyomás nagyobb is volt (170 R. R.).

A tricuspidalis billentyű felett systolés zörej nem volt ugyan hallható, de ez nem minden esetben van meg; a tapintható máj nem lüktetett, de arra kellett gondolnunk, hogy a jobb kamra erejéhez képest fokozati különbségek lehetnek az egyes esetek között; elképzelhető ugyanis, hogy a vérhullám a nyaki vénát még meg tudja mozgatni, de a nagy tömegű májat már nem. A tünetek ilyen dissociatiója nem gyakori ugyan, de a nyaki venapulsatio oly kifejezett volt, hogy ez a lehetőség is szóba jött. A nyaki vena közelebbi vizsgálatakor azonban kitünt, hogy a pulsatio megmarad akkor is, ha a tágulattól a szív felé eső irányban szorítjuk le a vénát, ami közlött pulsatióra mutat. A tágulatot kiüríteni igyekezve, az eleinte nem sikerült, csak *erősebb nyomás* alkalmazásával és igen határozott *rugalmas ellenállás* érzése mellett. Kiürítés után a tágulat petyhüdt zsákszerű volt és lassan újra megtelt. Ezen észlelet alapján azt kellett feltennünk, hogy a tágulatnak a venával érintkező felső és alsó végén egy-egy billentyű van, melyek közül a peripherikus iránybeli rendes alkatú, a centralis ellenben a normalis venabillentyűvel ellentétes irányban működik, tehát a vérnek nem a peripheria felé visszafolyását, hanem centralis irányban történő továbbítását akadályozza meg (l. ábra.). Természetes, hogy két ilyen elhelyezésű billentyű közti területen tágulat keletkezett. A tágulat kiürítése után közvetlenül alatta arteriás lüktetést tapintottunk, ami ezen helyen az arteriosklerosissal és az ereknek ezzel járó megnyúlásával magyarázható (a. transversa scapulae), minthogy a carotis ezen helytől meglehetősen távol volt.

Peripheria.



Szív.

Az észleltek egybevetése az ismertetett sajátos pulsatiós jelenség magyarázatát adta: A két billentyű közti, feszesen megtelt tágult venarészlet közvetlenül érintkezett az alatta levő, az elongatio folytán szokatlan helyre került és erősebben lüktető arteriával és feszessége folytán annak pulsatióját közvetlenül és gyengítetlenül továbbította.

Összefoglalás: Két venabillentyű között, melyek közül a peripheriicusabb normalisan, az ettől centralisan fekvő pedig ellentétesen működik, valamelyik nyaki venán feszesen megtöltött tágulat keletkezhetik, amely az alatta fekvő arteria pulsatióját gyengítetlenül átveheti és ezáltal látszólagos positiv venapulsus képét adhatja.

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

Diphtheria után végleg megmaradt szívblock.*

Írta: *Kiss Pál dr.* egyet. mi. magántanár.

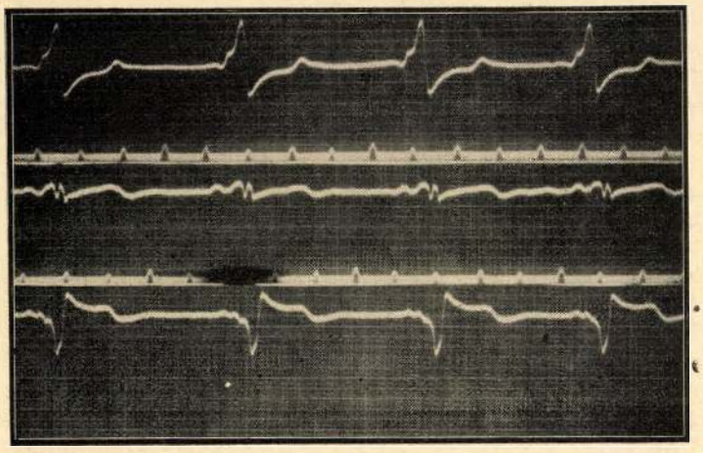
Az utóbbi években ismételten felvetődött a kérdés, hogy a diphtheria okozhat-e végleg megmaradó szívelváltozásokat. Egy eset kapcsán már évek előtt azon véleményhez csatlakoztunk, hogy a későbbi évek alatt nem minden esetben tűnnek el a heveny szak alatt létrejött elváltozások, hanem az állandósult alakban végleg megmaradt anatomiai elváltozások több évvel a diphtheria lezajlása után működési zavarokat okozhatnak. Akkor ismertetett esetünkben (*Kiss:* O. H. 1935) a diphtheria lezajlása után 5 évvel utánvizsgálhattuk a beteget, elektrokardiographiával kimutathattuk, hogy a szívben állandósult elváltozások maradtak vissza. A most ismertetendő esetünk újabb bizonyíték e felfogás helyessége mellett. A beteg története annál érdekesebb, mert subjectiv *szívpanaszokkal* éveken át több orvost is felkeresett, akik azonban e panaszokat „ideges" eredetűnek minősítették s a hozzátartozóit megnyugtatták anélkül, hogy részletesen felderítették volna a tulajdonképeni kórelőzményt, s ami még különösebb, anélkül, hogy elektrokardiographiás vizsgálattal ellenőrizték volna a physicalis vizsgálat adatait.

G. Gy. 14 éves fiút 1936. VIII. 29-én azzal a panasszal mutatták be rendelésünkön, hogy hamar elfárad, lépcsőn nehezen jár, ha valamivel foglalkozik arcszíne feltünően sápadt lesz s a szemei aláárkoltakká válnak. Elmondották továbbá, hogy nagyobb kirándulások után szívdobogás érzése van, s ilyenkor este lefekvés után kisebb légszomj is jelentkezik. Több orvost felkeresett, akiknek véleménye szerint serdülő kor ideges szívpanaszairól van szó. Részletesen kikérdeztük a gyermek anyját s lassanként a következők derültek ki: igaz ugyan, hogy ezek a panaszok egy éve fokozódnak, de tulajdonképen kisebb mértékben már évek óta megvannak. A gyermek 4 éves korában, tehát 10 év előtt torokdiphtherián ment át. A diphtheria lezajlása után nem lett többé olyan élénk, mint azelőtt volt, hanem csendes, a többitől elhúzódó, könnyen elfáradó gyermekké változott. A kóreredet eldöntése szempontjából fontos volt még, hogy polyarthritis rheumaticán nem ment át, tüszös mandulagyulladása egyszer sem volt.

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1937. december 7-iki ülésén tartott bemutatás nyomán.

Eddigi életviszonyairól elmondotta, hogy torna és sportolás alól nem mentették fel, bár a panaszai tanórák után fokozódtak.

A vizsgálatkor a következő leletet találtuk: Jól fejlett, jól táplált. Bőr színe az arcon, különösen a szemek körül kissé fakó, szürkésen sápadt, szemei aláárkoltak. Szívcsúcslökés helye, a szív tompulata normalis. A szívhangok valamennyi hallgatódzási hely felett valamivel halkabbak a rendesnél, a csúcson az első hang kissé elmosódott. A physicalis



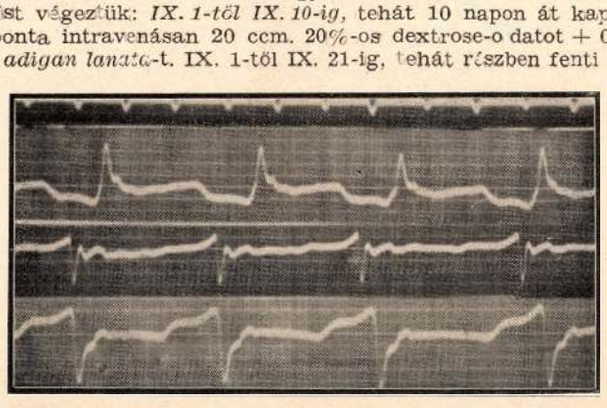
1. ábra. Ekg. 1936. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző $^1/_5$". Felvéve a kezelés előtt, lásd szövegben.

vizsgálat a mellkasi és hasi szervekben eltérést nem mutat. A szív röntgenvizsgálata normalis képet ad. Pulsus percenkénti száma 78, középfeszes, középtelt. Vérnyomás 118/75 Hg. mm. Láztalan. A vizeletben kóros nem mutatható ki. Tuberculin r.: negativ. Vérserum Wa. r.: negativ, Meinicke r.: negativ. Anaemiája nincs, vérképe normalis, vörösvértest süllyedési gyorsasága 6 óra. Éhezési vércukor: 87 mg%.

Elektrokardiogramm (1. ábra): jellegzetes laevokardiogramm. Normalis pitvar-kamrai ingerületvezetési idő. QRS complexum kiszélesedett, R szárak irányukban megtörtek, csomósak, vastagabbak; S—T szakasz jellegzetesen megváltozott, az I. és III. elvezetésben a bevezető kamrai complexummal ellentétes irányban tér el az isoelektromos vonaltól. A diagnosisunk His-szárblokk volt.

Azt a tanácsot adtuk a szülőknek, hogy a gyermeket 6 hétre helyezzük el a klinikán, végezzük el azokat a kezeléseket, melyeket a diphtheria fennállása alatt jelentkező His-szárblokk esetekben el szoktunk végezni. Az volt a véleményünk ugyanis, hogy ha valamilyen *még folyamatban lévő* elváltozás tartja fenn ezt a működési zavart, úgy 6 hét alatt megfelelő kezelés hatására annak a gyógyulása, vagy nagyfokú javulása következik be; ha pedig a kezelés eredménytelen lesz, kétségtelen, hogy *régen lezajlott folyamat* heges maradványa tartja fenn a vezetési zavart. Vagyis a kezelést mintegy a diagnosisunk megállapítása egyik eszközének tekintettük.

A gyermek 1936. IX. 1-től X. 6-ig állott a klinikán megfigyelésünk alatt. Állandóan ágyban feküdt. A következő kezelést végeztük: *IX. 1-től IX. 10-ig,* tehát 10 napon át kapott naponta intravenásan 20 ccm. 20%-os dextrose-o datot + 0.01 gr. *adigan lanata*-t. IX. 1-től IX. 21-ig, tehát részben fenti kezeléssel együtt naponta adtunk 3 héten át bőr alá strychnininjectiókat. A strychnin adagja naponta 0.001 gr. volt, majd másodnaponként emelve az adagot, elértük a napi 0.004 gr-t. *IX. 11-től IX. 21-ig,* tehát a bentfekvés második 10 napján adtunk intravenásan naponta 10 ccm. dextroset + eleinte 0.2 ccm., majd lassan emelkedve 0.5 ccm. *corhormon*-t (embrionalis szívizomkivonat). *IX. 22-től X. 1-ig* kapott naponta intravenásan 10 ccm. 20%-os dextrose-t + 0.01 gr. *adiganlanata*-t + 2 egység insulint. *X. 2-től X. 7-ig* fokozatosan hozzászoktattuk az ágyon kívüli tartózkodáshoz, mozgáshoz.



2. ábra. Ekg. 1936/G. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző $^1/_5$". Felvéve a 6 heti kezelés után, lásd szövegben.

Ezen közel 6 heti kezelés alatt úgy a pulsus, mint a vérnyomás és szív physicalis lelete az első vizsgálatkor talált értéktől eltérő lényeges változást nem mutatott. A hazabocsájtás előtt készített elektrokardiogramm (2. ábra) csak annyiban mutatott változást, hogy az R_2 magasabb lett, azonban a His-szárblokk továbbra is megmaradt.

Az eset méltatása: 14 éves fiún 10 év előtt torokdiphtheria zajlott le, azóta lassanként súlyosbodó szívpanaszai vannak. Eleinte csak a szülők vették észre a gyermeken a változást, egy éve azonban fárasztóbb napok után szívdobogás, néhány hete már könnyebb mozgás után is sápadtság, gyengeségérzés jelent meg. A vizsgálat napján a subjectiv szívpanaszok fennállottak. A szívtompulat, szívhangok, pulsus, vérnyomás, minden szempontból elvégzett belgyógyászati vizsgálat a normalistól eltérőt nem derített fel, azonban az elektrokardiogramm His-szárblokkra jellegzetes volt. Hat heti fekvés és megfelelő kezelés eredménytelensége arra mutat, hogy nem lehet szó valamilyen heveny elváltozásról, hanem régebbi, minden valószínűség szerint a 10 év előtt lezajlott diphtheriás folyamat heges maradványa okozza a His-szár működésképtelenségét.

Az eset több szempontból érdekes. Ismételt bizonyíték amellett, hogy diphtheria létrehozhat véglegesen megmaradó szívzavart. Szomorú bizonyítéka továbbá annak, amire ismét és ismét felhívtuk a figyelmet, hogy még a klinikailag legenyhébbnek tűnő diphtheria esetében sem szabad elmulasztani a betegség alatt és a látszólagos gyógyulás után az elektrokardiographiás vizsgálatot. A diphtheria okozta His-szárblokk, amint több esetben láttuk s egy esetben le is közöltük (*Kiss:* O. H. 1934.), kellő időben történő kórismézés és megfelelő hosszú ideig tartó ágynyugalom és megfelelő kezelés után meg szokott gyógyulni. Ha azonban a csupán ekg-s vizsgálattal kimutatható elváltozások nem kórismézletnek, s úgy a megfelelő kezelés, mint a kellő tartamú fektetés nem történik meg, úgy, mint a mostani esetben is, az elváltozás az egész életre kiható heget hagyhat hátra. További tanulság az esetből az is, hogy bár a pubertás alatt igen gyakoriak a subjectiv szívpanaszok, mégse elégedjünk meg a physicalis vizsgálattal s ne adjunk megnyugtató véleményt addig, amíg részletes vizsgálattal nem zártuk ki a szív más eredetű elváltozásait. Jelen esetben a szív tartalékereje szempontjából kétségtelenül ártalmas volt, hogy a hiányos vizsgálatból eredő hibás diagnosis következtében a gyermek éveken át résztvett szertornákban, nagyobb kirándulásokban, lépcsőn szaladgálásokban.

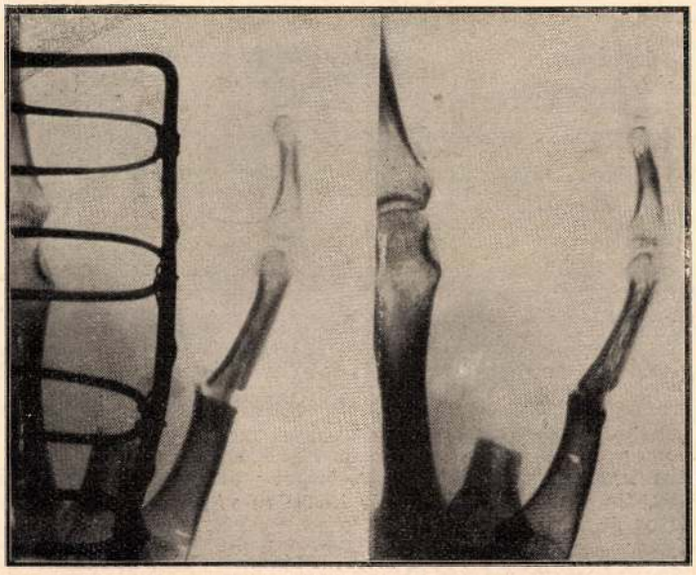
Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás. 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal, 6 50 P helyett 5.50 P. Vászonba kötve 8 P helyett 7 P; *Issekutz Béla:* Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; *Orsós Ferenc:* Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 helyett 2.— P.; *Krepuska István:* a füleredetű agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — **A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.**

A győri Szentháromság Közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Igazgató: Petz Aladár főorvos.)

Eredményes hüvelykujjképzés.

Irta: *Zsulyevich István dr.* alorvos.

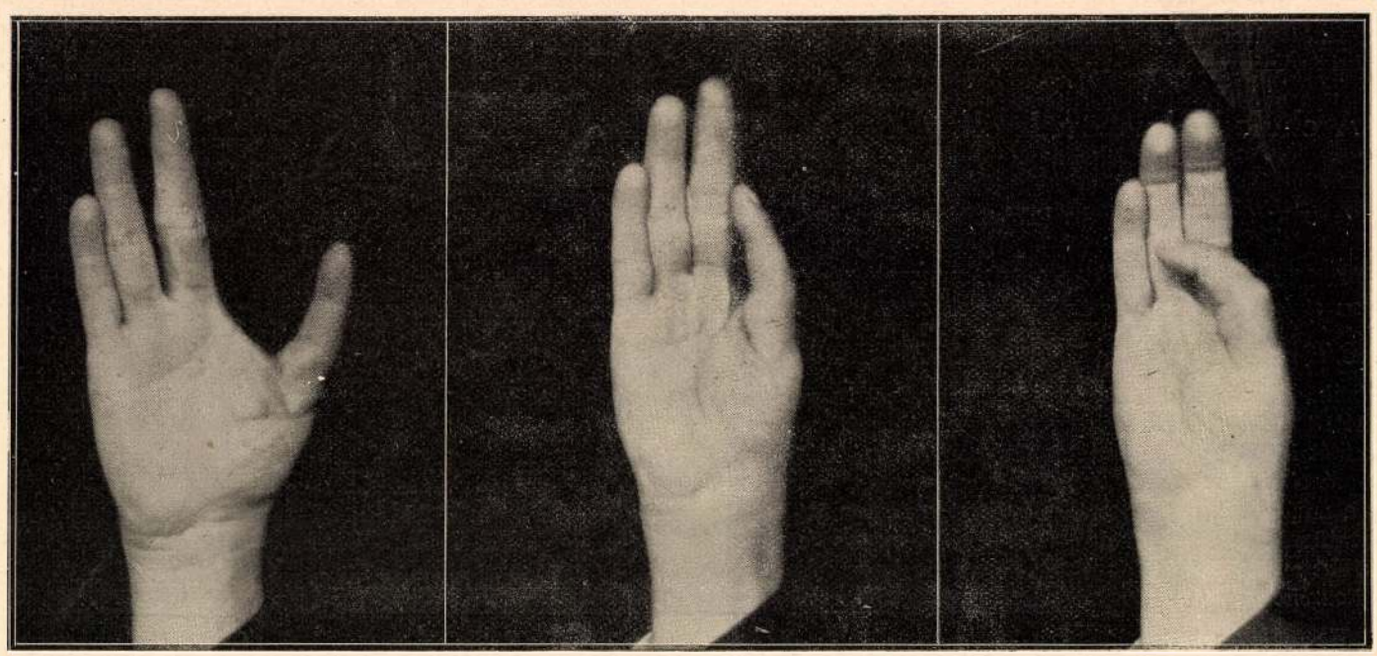
A kézen végezhető plastikai műtétek közül kétségtelenül a hüvelykujjképzés, illetőleg pótlás a legjelentősebb. A hüvelykujj kiváltságos szerepét az a körülmény biztosítja, hogy két ujjpercének mozgásán kivül a kézközépcsontja is nagymértékben mozgatható a párnaizomzat segitségével. (abducál, adducál, opponál). Éppen ez a kettős működés, vagyis az ujjpercek és a metacarpus mobilitása eredményezi azt, hogy kezünkkel a fogás, szoritás, markolás, általában minden durva és egészen finom mozgás is könnyen végbevihető; mondhatjuk, hogy hüvelykujj nélkül az emberi kéz élettani rendeltetése megszünik. Mindezekből természetszerüleg következik az is, hogy a sérült vagy hiányzó hüvelykujj képzés csak abban az esetben lesz eredményes, ha a műtéttel a hüvelykujjnak *mindkét functióját*, vagyis a párnaizomzatnak és az innak működését is tökéletesen sikerül biztosítanunk.



1. ábra.

A hüvelykujjképzés első sikeres műtétei tisztán a hüvelypárnaizomzat működését eredményezték, ilymódon a képzett hüvelykujj csupán középállásban beállított „plastikai prothesis"-nek felelt meg. Első izben *Nicoladoni*-nak sikerült (1891) az ujj pótlása. Két uttörő munkája, a mellkasbőrcsőbe ültetett csontdarabbal, majd később a II. lábujj átültetésével történt. Ezt a két kétüléses műtétet részben kisebb módosítással többen sikerrel végezték. *Luksch* felhasználva *Nicoladoni* elgondolását, ugyanazon kéz merev mutatóujját ültette át sikeresen az I. kézközépcsont csonkjába. (1903) Ez már jelentős haladás volt, mert egyrészt megszabadította a beteget a kétüléses műtét fárasztó és sok türelmet kivánó kényelmetlenségeitől, másrészt a kérdésnek mai értelemben vett sebészi megoldáshoz nyitott utat. Ezúttal nem részletezzük e képző műtét irányelveit, csupán azt kivánjuk megjegyezni, hogy általában még ma is számos kisérlet történik a kérdés megoldására és végleges felfogás e téren mindmáig nem alakult ki. *Nissen* szerint (1933) az elért mozgási eredmények a teljesen sima gyógyulás esetén is csak a párnaizomzat adta mozgásokra korlátozódnak, a hangsúly általában a jó opponálhatóságon van. Ezzel az indokolással, mint egyszerűbb beavatkozást ajánlják az I. és II. kézközépcsont közti rész szétválasztását. A széthasítás ugyanis növeli a mozgathatóságot s a fogáshoz ez már elegendő. A széthasítás kiegészítése képen prothesist rögzitő csatornát is készíthetünk a hüvelykpárna izomzatába. *(Iselin).*

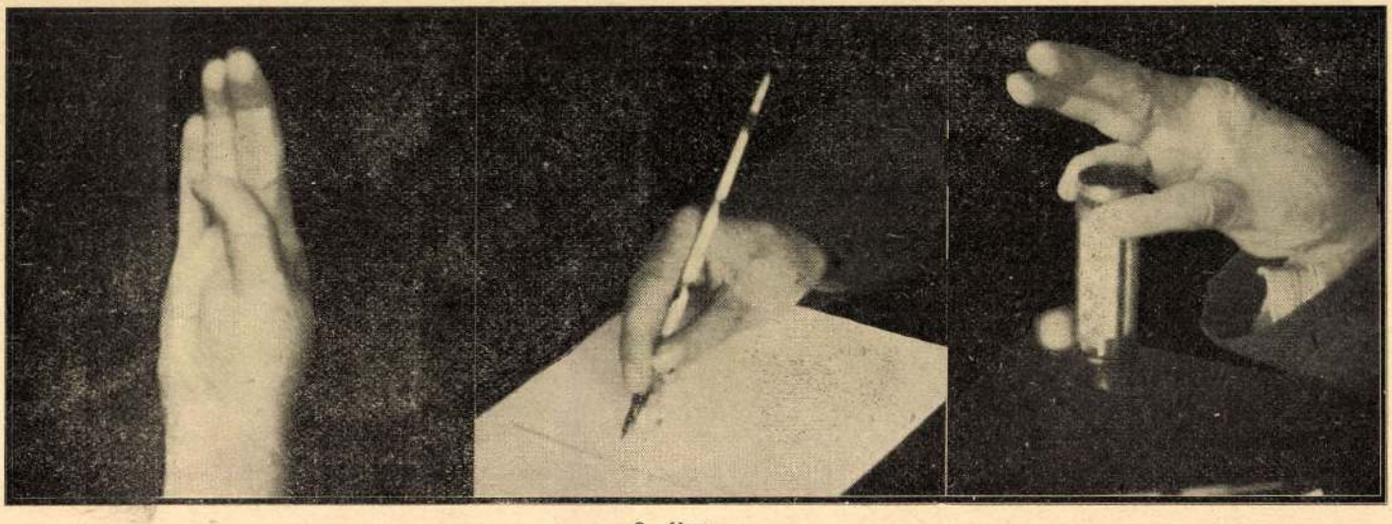
A legeredményesebb eljárás, tudomásunk szerint *Iselintől* származik. Tovább fejlesztve a *Nicoladoni-Luksch* féle elgondolást *Iselin* megfelelő segédmetszéssel elválasztja egyazon kéz mutatóujját s áthelyezi a csonk helyére olyképen, hogy annak alappercéből és az I. középcsont proximalis részéből új kézközépcsontot képez. Ezzel az átültetéssel a mutatóujj két distalis perce az izületeivel adja az újonnan képzett hüvelykujjat. Tekintettel arra, hogy felfogásunk szerint ez az eljárás igérte a legbiztosabb eredményt, *Iselin* módszere szerint végeztük a műtétet. A műtét menetének átgondolásakor különösen az alábbi két szempontot kivántuk érvényre juttatni: Először is azt, hogy a mutatóujj tenyérnyi elválasztásánál — ügyelve az art. collat. palm.-ra — lehetőleg *a hajlítóinat egészében, fedő lágyrészeivel összefüggésben*, vigyük át, másrészt, hogy a kis kapaszkodási felszinű ujonnan kép-



2. ábra.

zendő I. kézközépcsontot csapozással erősítsük össze, ne pedig varrattal. Hogy elgondolásunk helyes volt, azt igazolta egyrészt *Iselin*-nek — már csak jóval a műtét után kezünkbe került — beszámolója is, (VII. Nemzetközi Baleset Kongressus Munkálatai, Brüssel, 1935.) melyben kiemeli, hogy jó eredmény csak az átültetett ujj inának, ereinek és idegeinek teljes megkímélésével érhető el; másrészt 5 hónappal a műtét után készült ellenőrző Röntgen felvétel, melyből világosan látható, hogy a csontösszetapadás kizárólag *endostealisan* jött létre s periostalis csontosodásnak nyoma sincs. Ez a körülmény a csapozás kétségtelen fontosságát bizonyította. (lásd 1. ábra.)

a feszítő inát átvágjuk. Kézközépcsontját azután az alapján, első phalanxát pedig a közepén átvéssük s az ilymódon szabaddá vált csontrészt eltávolítjuk. A pótlásra szánt mutatóujjrészt most kendővel elfedve, az I. kézközépcsont kikészítéséhez fogunk. Az izmokat itt subperiostalisan leválasztjuk, a csontot közepén kettéfürészeljük, a kiesö csontrészből csapot készítve, a csontcsappal a mutatóujjat az I. kézközépcsontrészhez erősítjük, hüvelykujji helyzetbe állítva. Az ilyképen ujonnan képzett kézközépcsontra a subperiostalisan leválasztott izmokat néhány catgut öltéssel ráfektetjük. A feszítő inat varrjuk. Bőrvarrat után a kezet sínre helyezzük. A képzett kézközépcsont valamivel hosszabb az eredetinél, hogy az ujji rész rendes hüvelykhossznak megfelelhessen. Per primam gyógyulás után a teljes csontosodás kb. 7 hét alatt ment végbe, mely idő alatt csak párnaizomzat adta



3. ábra.

Esetünket az alábbiakban ismertetjük: *N. M.* 37 éves férfibeteget 1937. IV. 6-án vettük fel osztályunkra, gépszij okozta sérüléssel. Bal felkarjának felső harmadában nyilt darabos törés volt, az erősen zúzott lágyrészek keskeny hátsó bőrdarabon lógtak. Jobb hüvelykujja hiányzott, a metacarpophalangealis izület felett sérüléstől amputálva. A sebek alig véreztek, eléggé tiszták voltak. Láztalan. Műtét aether narkosisban. A bal felkart megtartani nem lehetett. Mindkét amputatiós csonkot gondos előkészités után per primam intentionem látjuk el. A gyógyulás teljesen sima lefolyásu volt, a beteg 5 hét alatt megerősödött, s a hüvelykujjképző műtétbe beleegyezett. 1937. V. 15-én műtét aetheres altatásban, Esmarch-ban. — A mutatóujjat Iselin szerint elválasztjuk és

mozgások voltak észlelhetők. Ezután naponkint villanyozzuk és passive mozgatjuk az ujját. A betegnek mutatóujj érzése van. 1937. VIII. 19-én, mikor osztályunkról távozik, már ujjpercmozgásai is eléggé határozottak. A továbbiakban fürösztetjük és masziroztatjuk az ujját, passive és active mozgattatjuk, előbb durva, majd később finomabb mozgásokat végeztetünk vele. 1937. október hó közepén az ujj működése mindkét mozgási körre vonatkozóan tökéletes. A mozgási mozzanatokat a 2. és 3. ábra mutatja. Faluról jövet kb. 32 km. utat kerékpáron tett meg! A képzett hüvelykujj szorítása erős, finomabb műveleteket is kitünően végez vele, pl. irása biztos és folyamatos. 3 hét óta most *már teljesen hüvelykujjérzése van*, viszont mutatóujjának hiányát érzi. Mint raktárnok munkakörét teljes mértékben ellátja.

A székesfővárosi Horthy Miklós közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Mikó Vilmos egyet. rk. tanár.)

A choledochuskövek eltávolításának technikája.

Irta: *Gidró László dr.* közkorházi adjunctus.

A köves choledochus elzáródás különböző alakjában és az elzáródás okozta szövődmények esetén sorsdöntő befolyása lehet az eljárás megválasztásának. Nem elég az egyes műtétek technikáját pontosan elsajátítani, hanem a technika célszerű alkalmazását is meg kell tanulni. A műtéti technika akkor célszerű, ha a beteg állapotához, a műtét közben talált bonctani viszonyokhoz, kórtani elváltozásokhoz, stb. alkalmazkodni tud, vagyis ha mindig azt a műtétet végezzük, mellyel a gyógyulást a legkisebb beavatkozással leggyorsabban és legbiztosabban elérhetjük. Ezt az ú. n. „individualisáló" operativ technikát *Stern* és *Fourche* igen találóan *műtéti taktikának* nevezik.

Ha mégis azt látjuk, hogy köves choledochus-elzáródás eseteiben sok neves és tapasztalt sebész nem vállogat, hanem — legalább is a műtét egyes fontos mozzanataira nézve — egyforma eljárást követel, ez annak tulajdonítható, hogy *adott esetben* mindegyik eljárással jó eredményt érhetünk el.

A műtéti eljárások terén uralkodó merevséget érthetővé teszi az a sok nehézség, mellyel a choledochus sebészetében lépten-nyomon találkozunk. A sebész tudja, hogy hosszú idő óta fennálló icterus, septicus cholangitis eseteiben súlyos és végzetes szövődmények ellen a legragyogóbb technika sem védi meg, másfelől a tapasztalat hiánya, vagy éppen a helytelenül alkalmazott eljárással szerzett kedvezőtlen tapasztalatok miatt új és az általa használt, többé-kevésbé bevált műtéttől eltérő módszerrel nem kisérletezik.

Különösen két kérdésben térnek el a vélemények. Az egyik az, hogy az epehólyag köves betegsége esetén a közös epevezeték mindig megnyitandó-e, vagy csak akkor, ha követ tapintunk, illetve ha valamely okból követ vélünk benne. A másik vitás kérdés arra vonatkozik, hogy a choledochus sebét drainezzük-e, vagy pedig zárjuk.

Az első kérdésben igazat kell adnunk *Kirschner*-nek abban, hogy a közös epevezetékben igen gyakran akkor

is köveket találunk sondázással, mikor a klinikai tünetek, vagy a műtét közben elvégzett tapintásos vizsgálat nem árulják el jelenlétüket. Az osztályunkon operált epeköves betegek negyedrészének choledochusköve is volt, s ez utóbbiak között sok olyan akadt, akin kezelőorvosa elzáródást sohasem észlelt és aki úgy került műtétre, hogy choledochuskövét a kórelőzmény és a kórkép adatai alapján nem is sejthettük. Kétségtelen, hogy minél gyakrabban sondázzuk a közös epevezetéket, annál inkább tapasztalni fogjuk, hogy a tünetmentes kő nem olyan ritka jelenség. A cholecystektomiák után mutatkozó és különösen az elmult évtizedekben gyakori kiujulásokat, melyek majdnem mindig choledochuselzáródás alakjában jelentkeztek, főleg annak tulajdonitjuk, hogy a műtétet végző orvos ez irányban nem járt el a kellő gondossággal és a közös epevezeték vizsgálatát elmulasztotta. A vázolt tapasztalatok alapján kialakult felfogásunk értelmében, bár nem tartjuk szükségesnek a közös epevezetéket minden esetben megnyitni *(Kirschner)*, mi is az alapos vizsgálat és a gyakori sondázás hívei vagyunk. A sondázást kb. ugyanazon javallatok szerint végezzük, mint *Kehr* és *Walzel*, vagyis sondázunk, ha 1. a choledochuselzáródás tünetei klinikailag észlelhetők (sárgaság), vagy ha elzáródás nincs, de 2. a közös epevezetékben követ tapintunk, ha 3. a vezeték a rendesnél tágabb, 4. ha a vezeték falán, vagy környékén gyulladást látunk és nagy biztonsággal megállapítható, hogy a lobosodás az epeutakból ered, 5. ha a cysticus olyan tág, hogy kő átlépése a choledochusba feltételezhető, 6. az epehólyag heveny gyulladása esetén, 7. ha a kórelőzményben előző sárgaság szerepel, végül 8. ha a közös epevezeték valamilyen oknál fogva nem található meg és alapos gyanunk van arra, hogy a choledochusban kő van. Az 1—7 pont alattiakban anterograd, a 8 pont feltétele esetén retrograd, azaz transduodenalis sondázást végzünk.

Sondázáskor azonban lehetőleg nem nyitjuk meg a choledochust, hanem kb. ugyanugy járunk el, mint ahogy azt már *Langenbuch* leirta, vagyis a cysticuson át hatolunk a közös vezetékbe. A műtét igen egyszerü. A ductus cysticust, a collum-cysticus határán lekötjük, majd beszájadzása felett 1—1.5 cm-re behasítjuk és a sebszéleket Pean-fogóba fogjuk. A nyíláson át kőfogóval a cysticus lumenébe hatolunk és az eszközt előretoljuk a choledochus felé. Rendszerint rögtön, vagy rövid kisérlet után bejutunk a közös vezetékbe, néha azonban a beszájadzásnál egyik billentyüben megakadunk. Ilyenkor gombos sondával keressük meg a lument, melyet a valvula excentrikussá tesz, s ha már ezzel sikerült bejutnunk, mellette a kőfogót is bevezethetjük. Ha a lument igy sem tudjuk megtalálni, akkor a cysticust egész a beszájadzásig felhasitjuk. A sondázást legszivesebben mindjárt kőfogóval kezdjük, mert az olivás sonda feje néha — mikor a spincter Oddin már átjutott, — visszahúzása közben a reflectorikusan kiváltott záróizomgörcs miatt megakad és csak hosszas kisérletezéssel tudjuk kiszabadítani. Kőfogóval — nem tekintve azt, hogy az álut veszélye is kisebb, — éppen olyan könnyen be tudunk jutni a patkóbélbe mint sondával, ugyanugy megtalálhatjuk a követ, ha az egyáltalán megtalálható, viszont nem fordulhat elő az említett szövödmény, sőt kőfogóval mindjárt a sphinctert is tágithatjuk. A tájékoztató sondázás után további eljárásunk attól függ, hogy találtunk-e követ a choledechusban, vagy sem. Ha a sondázás eredménye negativ, a cysticust átvágjuk és csonkját lekötjük (kétszeresen), vagy elvarrjuk és hacsak az epe nem fertőzött, a hasüreget drainage, illetve tamponade nélkül zárjuk, miután az epehólyagot is eltávolitottuk. A sondázást cholecystektomia után is végezhetjük és ez eseben a technika csak annyiban módosul, hogy a cysticuscsonkra a cystektomia ideje alatt ideiglenes ligaturát, vagy érleszorítót teszünk.

Ha sondázás közben kőre bukkanunk, elsősorban a kő nagysága és helyzete felől tájékozodunk. Mozgékony, vagy kimozdítható kölesnyi-mogyorónyi köveket, vagyis a kövek jelentékeny részét nem choledochotomia segitségével, hanem a cysticus csonkján át távolítjuk el kőfogóval és kanállal. Ha a cysticus elég tág, a követ sokszor egyszerüen ki is nyomhatjuk. Osztályunkon ezt az eljárást egyre gyakrabban alkalmazzuk.

Összesen 34 esetben sondáztunk a ductus cysticuson át, 17-szer kórmegállapítás végett, 17-szer pedig követ, illetőleg köveket távolítottunk el a choledochusból. A kövek nagysága igen változó volt, a legkisebbek gombostű fejének, a legnagyobbak zöldmogyorónak feleltek meg. 7 esetben magános követ távolítottunk el, mig a multiplex kövek száma 3-tól 100-ig terjedt.

A ductus cysticuson át történő sondázásnak és kőeltávolításnak előnyét abban látjuk, hogy egyrészt a közös epevezeték megnyitását elkerülhetjük, miáltal a choledochus ellátásának kérdése tárgytalanná válik, másrészt tisztább és rövidebb idő alatt elvégezhető műtét, mint a choledochotomia. Hátránya, hogy alkalmazási köre nem olyan tág, mint a choledochotomiáé, mert szük cysticus, továbbá nagy, vagy beékelt kő esetén nem végezhető és mert a hepaticus-ágak a cysticus ferde beszájadzása miatt nem sondázhatók. Ez utóbbi esetekben mi is choledochotomiás nyíláson át sondázzuk a közös vezetéket.

A cysticus sondázásának, helyesebben a cysticuson át végzett kőeltávolításnak veszélytelenségét legszemléltetőbben a nem egészen 4 év alatt operált eseteinkről összállitott halálozási statistika bizonyitja. Hogy ezt egészen objective birálhassuk el, előre kell bocsájtanom, hogy azokban az esetekben, melyekben hepaticus-drainaget alkalmaztunk, legtöbbször súlyos szövődmények voltak.

I. Choledochotomia hepaticus-drainage-zsal: 30 eset, 6 halálozással (20% mortalis).

II. Choledochotomia elsőleges choledochusvarrattal: 20 eset, 4 halálozással (20% mortalitas).

III. Cysticus-sondázás: 34 eset, halálozás nélkül.

A halálozási statistika adatai alapján arra a kérdésre, hogy megnyitás esetén a choledochust drainezzük-e, vagy pedig zárjuk, nehéz határozottan megfelelni. A két csoport halálozási arányszáma — mint látjuk, — teljesen egyező, ebből az adatból azonban nem lehet végleges következtetést levonni a kórképek, a műtéti leletek és a halál okának ismerete nélkül. Azok a betegek, kiken choledochus-drainaget alkalmaztunk, majdnem kivétel nélkül köves betegségük hosszas fennállása után, lázas állapotban és teljes elzáródással kerültek műtétre. Ennek megfelelően 5 beteg septicus cholangitisban, 1 pedig bronchopneumoniában halt meg. A halál okát mindegyiken boncolás állapította meg. Ha tekintetbe vesszük, hogy ebben a csoportban a műtét minden egyes alkalommal fertőzés és sárgaság miatt mérgezett betegen történt és hogy a műtét alkalmával minden esetben előző gyulladások következtében keletkezett súlyos összenövésekkel kellett megküzdenünk, a halálozási százalék nem mondható rossznak. Más a helyzet a másik, illetve a második csoportba osztott esetekben. Ezek a betegek aránylag sokkal jobb állapotban kerültek osztályunkra, 20 közül csak 10 esetben találtunk teljes és részleges elzáródást (icterus), kettőben lázas állapotot és egyben enyhe cholangitisszel szövődött elzáródást. Hidegrázás, vagy láz és sárgaság azonban az összes többi beteg kórelőzményében is szerepel, annak jeléül, hogy az epeutakon gyulladás, esetleg gyulladások folytak le és hogy a közös epevezetékben már

hosszabb idő óta kő van. Ugyanezt igazolják a műtéti leletek is. Positiv kőlelet mellett régi összenövéseket és heges tömegeket 16 esetben, heveny gyulladást 2 esetben találtunk. 4 elhalt betegünk közül 3 epés peritonitisben, 1 bronchopneumoniában pusztult el. A hashártyalobok látszólagos nagy számát arra vezetjük vissza, hogy eleinte túlságosan bíztunk az exactnak látszó, 2—3 soros choledochusvarratban és ezért csak lazán, egy vékony csíkkal tamponáltuk. Bár a choledochusban egyetlen egyszer sem hagytunk vissza köveket és a sphincter Oddi is jól átjárható volt, mégis néhány ccm. epe szivárgott át a varratsorokon. A keskeny tamponade úgy látszik még ezt a kevés epemennyiséget sem tudta kivezetni. Tapasztalataink okulva, az utóbbi időben a varratsort gondosan, több csikkal *körül*tamponáljuk és azóta, ha mutatkozik is valamelyes epeszivárgás, a tamponade eredményesnek bizonyult, beteget nem vesztettünk.

Az adatok tüzetesebb ismeretének alapján mégis azt kell mondanunk, hogy az elsőleges choledochusvarrat használható és ajánlható eljárás, ha a kellő elővigyázatosságot szem előtt tartva *helyesen* tamponálunk. Nemcsak sima, hanem lázas és icterusszal szövődött esetekben is bátran alkalmazható, ha a kisebb intrahepaticus epeutak még nem fertőződtek és ha nem fejlődött ki még súlyos septikus állapot. Minthogy ez utóbbi körülmények között a máj parenchymája mindig súlyosan bántalmazott, a követendő eljárásra nézve a máj működési próbái is utbaigazítással szolgálhatnak.

Összefoglalásul megkisérlem osztályunknak a közös epevezeték kövés betegségeiben kialakult és alkalmazott műtéti technikáját röviden összefoglalni.

Nagyon leromlott, igen súlyos állapotban levő septikus betegen, aki hosszabb műtétet nem bir ki, szükségműtét képen csak cholecystostomiát, vagy ha a cysticust is kő zárja el, choledochotomiát és hepaticusdrainaget végzünk. Ilyen esetben tehát a kétszakaszos műtétet helyesebbnek tartjuk.

Mozgékony, vagy kimozdítható köveket lehetőleg a ductus cysticuson át távolítunk el, s a műtétet — akárcsak diagnostikus sondázás után, — úgy fejezzük be, mintha csak egyszerü cholecystektomia történt volna, vagyis kedvező esetben tamponade nélkül zárjuk a hasat, feltéve, hogy az epehólyag ágyát és a cysticuscsonkot serosával tudjuk fedni.

Ha a cysticus sondázása valamilyen oknál fogva nem sikerül és akkor, ha a kövek a hepaticusokban vannak, choledochotomia supraduodenalist végzünk. Retroduodenalis feltárást választunk, ha a choledochusnak a pankreas, vagy patkóbél mögötti részében, továbbá, ha a beszájadzásánál *beékelt* kő van. Transduodenalis, vagy intraduodenalis choledochotomiát csak akkor végzünk, ha kiterjedt és megoldhatatlan összenövések-hegesedések miatt a choledochust sem praeparálással, sem punctióval, de még a cysticuscsonk felhasználásával sem tudjuk megtalálni. A choledochus sebét általában teljesen elvarrjuk és csak abban az esetben drainezzük, 1. ha a beteg a műtét idejében és előtte lázas volt, 2. ha a choledochusepe szemmel láthatólag sok genyet tartalmaz, 3. ha a májfunctiós próbák eredménye súlyosabb májbántalomra vall és 4. ha choledochuskő jelenléte mellett az epehólyagban heveny gyulladást állapitottunk meg. Choledochotomia retroduodenalis után a draincsövet nem az eredeti choledochotomiás nyilásba helyezzük, hanem annak bevarrása után új nyilást készítünk a supraduodenalis részen és ott drainezünk. Ha a feltételek kedvezők, a retroduodenalis choledochotomia nyilását is elvarrjuk, de a varrat körül ugyanugy tamponálunk, mint máskor.

A cysticuson át eszközölt kőeltávolítás kedvező eredményei azt bizonyitják, hogy e műtét a choledochuskövek sebészetét nagy mértékben egyszerüsiti és sok veszélyét kiküszöböli.

A gróf Apponyi Poliklinika I. sz. belgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Hajós Károly egyet. magántanár.)

Friss növekedési hormon klinikai alkalmazása.

Irta: *Kemény Ernő dr.*

Gordon a növekedésben szereplő okokat a hormonalis és a nem hormonalis tényezők csoportjába foglalja össze. A nem hormonalis tényezők csoportjába az öröklött jellegű faji tulajdonságok, az éghajlat, a levegő és napfény, táplálkozás minősége, anyagi helyzet és a falusi vagy városi nevelkedés tartoznak. A hormonalis csoportba a thymus, a pajzsmirigy, az ivarmirigyek és az agyfüggelék mellső lebenyének hormonjai sorozhatók.

Az agyfüggelék szerepére a növekedésben először a kiirtásos kisérletek világitottak rá *Aschnertől Evansig.*

A kisérletek által feltételezhető növekedési hormon termelési helyére először az akromegaliára vonatkozó kórbonctani ismeretekből lehetett következtetni. A vizsgálatok egyöntetűen megállapitották, hogy az akromegaliás granulomák a mellsőlebeny eosinophil sejtjeiből indulnak ki. *Smith* és *Mac Dowell* egy egértörzset talált, melynek számos tagja törpenövésű volt, rendes nemzőképességgel és kifejlett nemi jelleggel. Ezek agyfüggelékében a mellsőlebeny eosinophil-sejtjeinek isolált hiányát tudták kimutatni. A növekedést előidéző mirigy kivonatok közül *Brailsford Robertson* tethelinje volt az első, majd 1921-ben *Evans* és *Long* állitottak elő olyan kivonatot, amellyel mind normalis, mind hypophysektomált patkányok növekedését fokozni és óriásnövést lehetett előidézni. Ezek a patkányok nem híztak el, növekedésük arányos volt, egy bizonyos testsúly elérése után a növekedés a hormon további adagolása ellenére is megállt, de az adagolás abbanhagyása után az elért hossznövekedés megmaradása mellett súlycsökkenés következett be. Azóta számos szerző állitott elő növekedést előidéző kivonatokat alkalikus oldóanyaggal az agyfüggelék mellsőlebenyéből különféle eljárás szerint. E kivonatok többékevésbé fehérjetartalmúak, hatásosságuk a fehérjetartalommal nem változik arányosan. A kivonatok közös tulajdonsága az, hogy hatásosságuk nem állandó, 2—3 hét múlva kivétel nélkül hatástalannak bizonyultak. A hormon különösen meleggel szemben érzékeny. A kivonatok hormontartalmának megállapitására *Evans* biológiai próba gyanánt a hypophysektomált patkány növekedését ajánlja. A hormont klinikailag *Engelbach, Schäfer* és *Erosius* alkalmazták, a klinikai alkalmazásnak azonban több nehézség állt útjában. Először a kivonatok fehérjetartalma, másodszor a készitményeknek a mellsőlebeny többi hormonjával való szennyezettsége. Különösen a gonadotrop hormon jelenléte lehet káros, mert az epiphysisrések elcsontosodásához vezethet s igy a kezelés esetleg éppen ellenkező hatást válthat ki. Végül a hormon korlátozott eltarthatósága lehet a klinikai alkalmazás akadálya, hiszen a hatékonyság 2—3 hete alatt a készitmények nem jutnak a gyári előállitástól az orvoshoz és a beteghez, nem is szólva arról, hogy a biológiai próba beállitása maga is legalább ennyi időt vesz igénybe. Ezek a nehézségek állottak utunkba, amidőn a növekedési hormonnal történő therapiás kisérleteinket elkezdtük.

Reiss, Hochwald és *Druckrey* 1933-ban közölték eljárásukat a mellsőlebeny növekedési hormonjának előállítására, amely elég egyszerűnek látszott ahhoz, hogy intézetünkben a kivonatot magam állíthassam elő és így a frissen elkészült kivonat a kezelésre kijelölt betegeken időveszteség nélkül alkalmazható legyen, a kivonat fehérjékben elég szegény és az eljárás szerzői szerint a növekedési hormont gyakorlati célokra kielégítő töménységben tartalmazza. A kivonat biológiai beállítását már időkímélés szempontjából sem végezhettük el, azonban az oldóanyag mennyiségét úgy szabtuk meg, hogy egy-egy adag két marha-agyfüggelék hatóanyagát tartalmazta, tekintet nélkül a mirigyek súlyára. Hálával kell megemlékeznem *Bálint Józsefről*, aki gyakorlati tapasztalataival nagy segítségemre volt a hormonkészítési eljárás beállításakor.

Eljárásunk a következő volt: A vágóhídról frissen szerzett marha- (ökör- és tehén-) agyfüggelékeket frigidaerben hűtöttük, felaprítottuk és tengeri homokkal alaposan eldörzsöltük, majd n/50 nátronlúggal 24 órán át frigidaerben extraháltuk, azután n/10 sósavval pH 7.2—7.3-ig semlegesítettük, szűrtük és a szűrletből a hormont 35% acetonnal kicsaptuk, a keletkezett csapadékot újabb szűréssel filterpapíron összegyüjtöttük és belőle a hormont physiológiás konyhasóoldattal kivontuk. Az oldatot centrifugáltuk és Seitz-szűrőn megszűrtük. Ferde agaron 24 órás sterilitási próbát végeztünk és a kivonatot kb. 2 ccm-ként ampulláztuk. A kivonatot hetenként frissen készítettük el és hetenként háromszor 2 ccm-t farizomba adtunk. Így az utolsó hormonadag is az állatok levágásától számított két héten belül került alkalmazásra. Ha a kivonat tartalmazott is kis mennyiségű thyreotrop és adrenotrop hormont — melyek az alkalmazottnál csak jóval nagyobb acetonconcentratión csapódnak ki, — de gonadotrop-hormont nem tartalmazott, mert az csak savanyú közegben oldódik, mi pedig n/50 nátronlúggal extraháltunk. A kivonatot felkérésünkre kb. egy év óta a Richter-gyár készíti és ugyancsak hetenként frissen bocsájtja rendelkezésünkre. A készítmény Extractum hypophyseos alkale néven került forgalomba.

Kivonatunk hatásosságának klinikai igazolása nagy nehézségekbe ütközött. Az első nehézség a kezelésre alkalmas esetek gyüjtése volt. Bár nem kívántunk arra szorítkozni, hogy kiesési tünetek esetén substitutiót végezzünk, mégis ki kellett zárnunk azokat az eseteket, amelyekben a törpe vagy alacsony növésnek más ismert oka volt. Így azután csak serdülők vagy gyermekek jöhettek szóba, ezeknél pedig nagyon nehéz megitélni, hogy a beállott növekedésből mennyi írható a kezelés javára. A szükséges hosszas kezelés nehéz próbára teszi a betegnek és környezetének türelmét. Egy kivételével valamennyi betegünk önkényesen hagyta abba a kezelést kb. 2 hónap multán. Azok is, akik pedig már ekkor néhány centimétert nőttek.

Kezelt eseteink a következők:

1. W. A. 14 éves leány. Szülei és 1 testvére középtermetüek. A beteg családi mérések szerint másfél év óta nem nőtt. Testmagassága 149¾ cm. Pontosan 3 havi kezelés után a testmagasság 152 cm. A kezelést abbahagyta.

2. S. F. 15 éves fiu. Anyja középtermetü, apja alacsony, testvére nincs. Családi mérések szerint egy év óta nem nött. Testmagassága 146.2 cm., súlya 50 kg. Kb. 2 hónap alatt 26 injectiót kapott, utána testmagassága 148½ cm., testsúlya 47 kg.

3. K. A. 8 éves leány. 1934 április 9-én jelentkezett járóbeteg rendelésünkön. Anyja szerint születésekor „közepes" nagyságú volt. 8 hónapos korában jöttek első fogai, 1 éves korában kezdett járni, majd beszélni. 2 éves korában torokgyulladása volt, ecclampsiát kapott, azóta veszik észre, hogy nem nől. Anyjának 3 gyermeke rendes növésü. A felvételkor testsúlya 13.80 kg., magassága 90 cm. Testarányai korához illőek voltak. A klinikai vizsgálat nagyobb mandulán kivül más kórosat nem talált. Vörösvérsejtszám: 4.310.000, hgb.: 70%, f. i.: 0.8, fvs.: 6100, ebből se.: 33, st.: 1%, j.: 0, eos.: 10%, bas.: 1%, mo.: 3%, ly.: 52%, székletben féregpete nincs. W. R. negativ. Alapanyagcsere: —8%. Koponyaröntgen: arcéli felvételen a szerfölött kicsiny arckoponyához viszonyitva nagyobb agykoponya. Boltozati csontok korához képest is vékonyak. A varratok rendesek. Fokozott koponyaüri nyomásra valló tünetek nem láthatók. A sella turcica bemenete tátong, amit a dorsumnak határozott hátrahajlása idéz elő. A proc. clyn. ant. rendes.

Nyilirányú felvételen: az arckoponyához viszonyitva is aránytalanul nagy agykoponya és vékony boltozati csontok. Más rendellenesség nem látható.

Egy hónapon keresztül pajzsmirigytablettákat kapott, majd IX. 11-én megkezdtük a kezelést saját hypophysis kivonatunkkal. Ekkor testsúlya 14.20 kg., magassága 90½ cm. A kezelés még folyik, nyáron néhány hónapra mindig kimarad. Testsúly és magasság adataink, melyeket a kezelés folyamán feljegyeztünk a következők voltak:

1934.	IX. 11.	14.20 kg	90.5 cm
1935.	I. 26.	15.60 „	92 „
	IV. 26.	16.50 „	92.8 „
	VI. 12.	16.60 „	93.5 „
1936.	I. 9.	18.30 „	96.5 „
	IV. 6.	18.60 „	99 „
	VI. 16.	18.40 „	100 „
	IX. 17.	19.— „	100.5 „
	XII. 23.	19.60 „	102 „
1937.	III. 23.	20.60 „	103.5 „
	VI. 10.	21.70 „	105 „ *)

1935. IV. 26.-án jegyeztük fel, hogy az utolsó injectiók napján 38°-ig emelkedett a láza. Ezenkívül a kezelés folyamán betegeinken lázas reactiót nem észleltünk.

Kevés esetünk alapján véleményt alkotni nem tudunk, utolsó esetünkből azonban komoly reményt merítünk arra, hogy kivonatunk substitutiós kezelés céljára alkalmas. Ugyanezen esetünkből igazoltnak látjuk, hogy a kivonat éveken át ártalom nélkül adagolható.

*) A korrektúra olvasásakor a testsúly 22.50 kg., a testmagasság 107 cm. volt.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Észrevételek a mellékvese heveny hypofunctiójával kapcsolatban. *Dott. Curetti Giulio.* (La Clinica Italiana. 1937. november.)

A szerző a mellékvesekéreg élettana és kórtana rövid ismertetésével és az adrenalinnak az emberi szervezetre gyakorolt hatásával kezdi a fejtegetését. Azután leirja egy 38 éves férfi klinikai kórképét, amely súlyos adinamia jellegzetes syndromáját mutatja (ütőeres vérnyomáscsökkenés, hypoglikaemia, heves hasi fájdalmak hasmenéssel, hőemelkedés, leukocytosis). A lefolyása a betegségnek annyira súlyosbodott, hogy végül a beteg halálához vezetett. A mütéti lelet vastagbéllob és mellékveselob képét adta. A különböző analog syndromák tárgyalása után a szerző úgy véli, hogy a mellékvese heveny működészavaráról — hypofunctio — van szó, amelynek a kórlefolyásban fő szerepe volt. Az okára vonatkozólag, vizsgálva az anamnesist és a kórlefolyást, szerző megállapitja, hogy gyomor-bélzavarok jelenléte és állandósulása volt a betegség kezdete. A kettő között conservativ összefüggést lát és ennek határozott kifejezést ad. Elgondolásait azonban azzal zárja, hogy a beteg halála nem feltétlen a mellékvese laesiója következtében állott be, hanem ehhez hozzáveendőnek tartja a hasi symphathikus plexusok működési zavarát is.

Marjay Gyula dr.

Pellagra kórképe amoebás disenteriában. *Dott. Angela Baserga.* (La Clinica Medica Italiana. 1937. okt.)

Az utóbbi években gyakran észleltek pellagrás tüneteket olyan egyéneken, kiknek esetében kukoricafogyasztás, mint kórelőzményi tényező nem szerepel. Húsz év előtt *Rolph* volt az első, aki gyomorrákos betegén (achilia gastricával) pellagrás

tüneteket észlelt. Ez és más analóg esetek késztették *O'Leary*-t a másodlagos pellagra elnevezés bevezetésére. Azóta számos észlelő az emésztőcsatorna laesiójával hozza összefüggésbe, s már *Stepp, Kühmann* és *Schröder* azon véleményüknek adnak kifejezést, hogy Közép-Európában a pellagra másodlagosan jelentkező betegség. *Goldberger* antipellagrás avitaminosisra, *Thannhauser* pedig endokrin elváltozásokra (főkép mellékvese) utal, mint kóroki tényezőkre. Szerző 53 éves férfibetegéről számol be, ki kukorica táplálékkal nem élt, s akin amoebás disenteria kórlefolyás mellett észlelte a pellagra manifestatióit a kézfejeken, neuritis és paraparesis spastica tüneteit a végtagokon. Az összes tünetek a specifikus therapia alkalmazása és megfelelő vitaminok adagolására (B_6) lassan visszafejlődtek. *György* B_6-ra vonatkozólag azt a B_2-höz hasonló, hővel és alkaliákkal szemben elég ellenálló festékanyagnak tartja, melyet borjúmájban, szívizomban és hal húsában talált nagyobb mennyiségben. Az ember tejjel és a vese útján választ ki 150 patkány egységnyit naponta. A beteg localis kezelése közömbös kenőcsök és a naptól védő kötések alkalmazásából állott. Ezen eset közlésével a szerző a nem kukorica táplálkozással összefüggő pellagrák casuistikáját óhajtja gyarapítani és ezzel kapcsolatban a másodlagos pellagra elnevezésnek kíván fontosabb szerepet juttatni az újabb pathogenetikus theoriák között.

Marjay Gyula dr.

Szülészet.

Szülészeti fájdalomcsillapítás. *Föderl.* (Wiener Klin. Wschr. 1937. 14.)

Történeti áttekintést nyujt az eddig használt szülés alatti fájdalomcsillapító eljárásokról: A főleg francia és amerikai szerzők által alkalmazott gerincvelői érzéstelenítés veszélyes az anyára. A pudendus, illetve a combinált pudendus és paracervicalis érzéstelenítés az esetek nagy részében kielégítő. A sacralis érzéstelenítés majdnem 50%-ban nem fejt ki kellő hatást. Az úgynevezett narkose a la reine és későbbi módosításai aetherrel, majd chloraetyllel csak a kitolási szak fájdalmát csillapítják. A combinált scopolamin morphin, illetve narkophin scopan, dilaudid adagolás renyhíti a fájásokat és a magzatra nézve sem közömbös.

A középagyra ható barbitursav-származékok közül a pernocton és evipan Na alkalmazásával jó eredményeket értek el.

Weibel kidolgozott egy standard eljárást evipan Na-al: Bőven 3 ujjnyi méhszáj esetében papaverin belladonna kúpokat, utána 15 perccel 0.02—0.5 ccm. thymophysint adagol s. c. Ha a fájások már szabályosan jelentkeznek, akkor 10%-os evipan Na. oldatból 2 ccm.-t i. v. 8 ccm-t ad i. m.-an. Ezután tört adag fájáskeltőt alkalmaz. Az evipan Na adagolása a bódulat csökkenése esetén megismételhető, 1 ccm. i. v. vagy több ccm. i. m. alakjában.

200 eset kapcsán nyert tapasztalatai alapján azt állítja, hogy a fenti módszer a szülés elhúzódását nem okozza és a magzatra nincs semminemű kellemetlen hatással.

Orbán György dr.

Az első havivérzés ideje és a szülés lefolyása. *Scheibner H.* (Ztsch. f. Geb. u. Gyn. 116. 1.)

A szerző közel 200 szülés adatait felhasználva arra az eredményre jut, hogy a többször szülők szüléseinek megfigyeléséből — miként az előre várható is volt — semmi összefüggés nem állapítható meg az első vérzés beállta és a szülés lefolyása közt. Törvényszerűség csak az egyszer szülő nők szülésstörténetéből volt levonható. Magától értetődik, hogy a szülésre, illetve annak lefolyására elsősorban és legnagyobb mértékben a szülőnő kora volt hatással. Az igen fiatal, a rendes és megszokott korú, illetve az idős először szülők szülései közti sajátságok a jólismert vonásokban nyilvánultak. Ha azonban 30 évnél fiatalabb először szülők szüléseit vizsgálta, feltünt, hogy a menarche beállta messzemenő és jellegzetes módon befolyásolta a szülés lezajlását. Legtöbb szülészeti szövődményt a tulkorán, illetve túlkésön jelentkező menarchés szülönökön tapasztalta. Kitünt, hogy a korai beköszöntéssel (10—13 év) még aránylag kevés szövődmény társult: inkább a szülés alatti és utáni elsöleges és másodlagos fájásgyengeség okoz zavart. A túlkésön jelentkező első vérzés azonban feltünően sok szövődménnyel párhuzamos. Minél később jelentkezik az első vérzés, annál több és súlyosabb a lágyrészsérülés, annál gyakoribb a csontmedencei szövődmény, a szük medence s emiatti császármetszés és végül annál gyakoribb a vetélés.

Margitay-Becht Dénes dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat

A mandulák rosszindulatú daganatainak osztályozása és kezelésük. *Levie.* (Acta Oto-Laryng. 1937. 5.)

A rosszindulatú manduladaganatok szövettanilag 4 csoportba sorolhatók: 1. elszarusodó laphámrákok; 2. el nem szarusodó laphámrákok; 3. lymphoepithelialis daganatok és 4. sarkomák. Fiatalon inkább a lymphoepithelialis daganatok és sarkomák, öregkorban rákok fordulnak elő. Az anamnestikus adatok arra utalnak, hogy a mandularákok keletkezésében exogen factorok (alkohol, nikotin, lues) játszanak fontos szerepet. Erre mutat az is, hogy e daganatféleségek inkább férfiakon észlelhetők. A lymphoepitheliális daganatok és sarkomák előidézésében a külső ártalmak kevésbbé játszanak szerepet. A legtöbb beteg rendszerint olyan állapotban kerül kezelésre, amikor már áttételek is vannak. Szerző 70%-ban észlelt metastasisokat. Az eredmény a daganatfejlödés stadiumain kívül a daganat minőségétől függ. A sugárérzékeny daganatok (lymphoepithelioma, sarkoma) a legjobb eredményt nyújtják. A rákok kezelésére azt jánlja, hogy az elsöleges gócokat rádiummal, vagy röntgennel sugározzuk be, a metastasisokat pedig irtsuk ki. A sarkomák és lymphoepitheliomák kezelésében kizárólag a röntgenbesugárzás alkalmazandó. A gyógyulás fontos követelménye, hogy a beteg idejekorán kerüljön kezelésre és a gyógymód helyesen választassék meg; ez utóbbit a szövettani és klinikai kép és a daganat kiterjedése szabja meg.

Ajkay Zoltán dr.

Gyermekgyógyászat.

A Feer-féle betegség lényegéről és kezeléséről. *Lorenz.* (Arch. f. Khk. 111. 2.)

A Feer-féle betegség, továbbá az enkephalitis epidemica és a polyomyelitis ant. ac. közt epidemiológiailag összefüggés nincs. A poliomyelitis-megbetegedés gyakoriságának idején a gyermekkori akrodynia-esetek száma emelkedett.

Szerzőnek sikerült a vérkeringésre ható „Padutin"-(Bayer)-nel az akrodynia tüneteinek egész sorát (kedvetlenség, adynamia, vérnyomásemelkedés, izzadás, akrocyanosis, hyper- és paraesthesiák, trophiás zavarok) kedvezően befolyásolni. Legerősebben hatott a padutin a vérnyomásemelkedésre, az akrocyanosisra, a trophiás zavarokra és az izzadásra.

A padutin ezen hatását érszükítő és vérnyomáscsökkentő tulajdonságánál fogva fejti ki. Az erös anhydrotikus hatás azzal magyarázható, hogy gátolja a megfelelő börterületeket ellátó secretorikus idegek müködését.

Wollek Béla dr.

A scarlatinás eredetű járomcsontgenyedésekről. *Schmidt.* (Arch. f. Khk. 111. 4.)

A scarlatinás eredetü zygomaticitisek kórismézése typikus esetekben nem nehéz. A járomcsont feletti tájék duzzadt, fájdalmas, nyomásra érzékeny. Ehhez társul az állizület fájdalma, szájzár és a szemhéj oedemája. Fontos támpontot adhat a röntgenfelvétel.

A szerző mind a négy esetében a skarlát második periodusában fejlödött ki a zygomaticitis anginás tünetek mellett, másodlagos fülpanaszokkal, de sohasem metastatikusan, avagy elszigetelten. Lefolyása korai és kiadós operativ beavatkozás mellett jóindulatú. Kialakulása nagyban függ a skarlátos áthangoltság mellett a beteg általános állapotától is.

Bakteriológiailag mind a négy esetben streptococcus haemolyticust lehetett kimutatni, emellett egy esetben még streptococcus aureust és táptalajt zöldre festő streptococcusokat.

A szerző szerint a zygomaticitist gyakrabban lehetne látni, ha a skarlátos eredetü késői tüneteknek általában több figyelmet szentelünk.

Wolf Margit dr.

Adatok a malignus diphtheria pancortex-therapiájához. *Steinherdt* és *Türk.* (Arch. f. Khk. 111. 4.)

Szerzők malignus diphtheria 7 esetében a szokásos kezelési módon kívül pancortex- és cebion-kezelést is alkalmaztak és eredményeiket hasonló malignus diphtheria esetek kórlefolyásához hasonlitották, akik azonban pancortex és cebion-kezelésben nem részesültek.

A különböző szerzők eddigi jó eredményeit nem tudták megerősiteni. A lepedék leválását a combinált kezelés nem

gyorsította meg, a vérnyomásra gyakorolt hatás nem volt meggyőző, az étvágy és általános közérzet javulása nem volt megállapítható, a halálesetek száma a nem kezelt esetekben is ugyanakkora volt. Mivel az észlelt esetek száma csekély, további vizsgálatokat és megfigyeléseket tartanak szükségesnek.

Sonnauer Péter dr.

Szemészet.

Látóideggyulladás. *Leslie Paton*, Glasgow (Med Jl. 1937. december.).

Mult év októberében tartott *Mackenzie* emlékelőadás. Szerző, aki 35 évig volt a híres londoni idegkórház (Queen's Square) szemésze, úgy véli, hogy mellüreggyulladás ritkán okoz retrobulbaris vagy intraocularis neuritist. Az esetek túlnyomó részében az ok a központi idegrendszer demyelinizáló virus-betegségeiben keresendő. Ezek élén a sklerosis multiplex áll, melyet filtrálható virus okoz. Az élesszélü, diszkrét gócoknak az érhálózattal összefüggése olykor kimutatható. E gócok bárhol előfordulhatnak, ahol velőshüvely van. Ezzel szemben a neuromyelitis opticában (Devic-féle betegség) a gócok diffusak és főleg a gerincvelőben találhatók; heveny felszálló myelitis kíséretében vakság keletkezik (gócok a látóidegben és a chiasmában). A 3. kórkép a Schilder-féle enkephalitis periaxialis diffusa, ugyancsak diffus gócokkal a centrum ovaleban, leggyakrabban az occipitalis lebenyben kezdődvén. A látópályák itt inkább centralisan bántalmazottak. Utalás történik a herpes fertőzésre is.

(A 4. demyelinizáló betegség, mely szintén korán támadja meg a látópályákat, a bárányhimlőt követő heveny disseminált enkephalomyelitis, kétoldali neuritis-szel, vagy tractus hemianopsiával; l.: O. H. 1935. 26. sz.. Ref.)

Grósz István dr.

Rövidhullámú kezelés a bécsi I. szemklinikán. *Hausmann.* (Ztschr. f. Aug. 1937. nov.)

A bécsi nemzetközi rövidhullám congressuson tartott beszámoló. Az irodalmi áttekintés után ismerteti a *Meller*-klinika anyagán (31 eset) *Liebesny* által végzett athermikus besugárzások eredményeit. A Marhold-cég csöves készülékét használták (Elektrodyn, 40—50Watt); hullámhossz 3 méter. Az elektród távolsága a szemtől 3—4 cm. Időtartam 10—15 perc. A kezelés naponta, vagy másodnaponként történt, minden hőérzés nélkül. A bőrhőmérséklet thermoelemmel mérve nem mutatott emelkedést. A hatás megítélését megnehezítette az a tény, hogy a betegek a szokásos helyi és általános kezelésben a besugárzások közt is részesültek. Ártalmat, valamint szemfenéki változásokat (értágulás, vérzés, arterialis pulsatio) nem láttak. 5 postoperativ fertőzés közül 3 jól reagált, 2 nem. 9 áthatoló sérüléshez csatlakozó fertőzésben 7 izben eredménytelen maradt a besugárzás, míg kettő gyógyult. Az uvea és a szaru idült gyulladásaiban (7) csupán egyszer láttak javulást. 6 kuszófekély közül 3 gyógyult, 3 nem. Két dentritica és két heveny könnytömlőgyulladás hamar gyógyult. Az eljárás főleg az acut gyulladásokban javallt, különösen mütéti és sérülések okozta fertőzésekben. Jól reagál az érhártya izzadmány is.

Grósz István dr.

Bőrgyógyászat.

Az angioneurotikus, vagy Quincke-féle oedema aetiologiájáról. (Münch. Med. Wschr. 1937. 46.)

A 70 éves betegen először két év előtt angioneurotikus arc-oedema jelentkezett, mely 2—4 hetenkét megismétlődött, 3—6 napig tartott, 6 hónapon keresztül. — Therapia: mész, diaeta, később ephetonin. Újabban igen súlyos roham jelentkezett az egész arc duzzadásával, mely az előbb leírt kezelésre csak lassan fejlődött vissza. Tápszerekkel, vagy gyógyszerekkel szembeni túlérzékenység kizárható, előzőleg soha allergiás, vagy trophicus tünetei nem voltak, évtizedek óta ugyanazon helyen és körülmények között él. Mi jöhet aetiologiai szempontból szóba és mi volna a prophylaxis?

Az angioneurotikus, vagy Quincke-féle oedema aetiologiája nem egységes; nem biztos, hogy minden esetben egységes allergiás folyamatról van-e szó. Hereditaer terheltség, családi hajlam gyakran beigazolható. — Ha táplálkozási allergia nem is jöhet szóba jelen esetben, nincs kizárva, hogy esetleg obstipatio, vagy gyomor-bélzavar idézi elő. *Barber* szerint az öregkorban ilyen angioneurotikus oedemáknak inkább bakteriumanyagok, mint táplálkozási proteinek lehetnek az okai. Idősebb egyéneken a tonsillákon s fogakon kívül a hugyutak s epehólyag gyulladásos folyamataira is kell gondolnunk. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk a májfunctiót sem, melynek méregtelenítő hatása itt is nagy szerepet játszhat. Ha táplálkozási allergiáról van szó, úgy a negativ bőrpróbák nem sokat jelentenek, sokkal inkább válik be a kizárásos diaeta. Ha ilymódon sem találunk aetiologiai factorokat, úgy therapia, illetőleg prophylaxis szempontjából a következők jönnek szóba: székletrendezés, az erősebb erjedési és rothadási folyamatok eliminálása adsorgannal és intestinollal, máj kímélő, hússzegény és sószegény diaeta, dextropur, insulin-injectiók, campolon és calcium. Ha lehetséges, meg kell kísérelnünk a Funk-féle allergen szegény kosztot, vagy a Birscher—Benner-féle diaetát. Megkísérelhető a nem fajlagos desensibilizálás peptonnal, vagy allergosannal.

Fülöp Gyula dr.

A sérült férfi húgycsőnyálkahártya érzéstelenítésének veszélye. *R. Knepper.* (Münch. Med. Wschr. 1937. 40.)

Szokás a férfi húgycsövet cystoskop, vagy más műszer bevezetése előtt a fájdalom elkerülése végett érzéstelenítení, rendszerint alypin-, vagy pantocain oldattal. Ez az eljárás ép, nem sérült nyálkahártya mellett általában veszélytelen, a méreg nem szívódik fel. Ezzel szemben súlyos, olykor halálos mérgezésekről számoltak be, ha az érzéstelenítés alkalmazásakor a húgycső sérült volt, vagy a fecskendő nyomása által sérült meg, amint arra az obductio és a következményes vérzés alapján következtethettek. A halál ezekben az esetekben a méregnek közvetlenül a vérpályába jutása, tehát mintegy intravenás injectio útján keletkezett. Szerzőnek is volt hasonló észlelete: 57 éves férfi, akit acut vizelet-retentio miatt szállítottak kórházukba, s akin egy vérző álút is volt, ezenkívül post gonorrhoeás strictura a pars cavernosában. A bougie bevezetése előtt 2%-os pantocain-oldatot fecskendezett enyhe nyomással a húgycsőbe, a beteg 1—2 perc mulva nyugtalan lett, tonikus-clonikus görcs jelentkezett, amely a legkülönbözőbb szívszerek alkalmazásának ellenére halálhoz vezetett. A boncolás megállapította, hogy a pantocain közvetlenül jutott be a venosus rendszerbe és így vezetett halálos kimenetelhez. Tekintettel a folyékony oldatokkal történő húgycsőérzéstelenítés veszélyére, szerző az alábbi, sürün folyó érzéstelenítő alkalmazását ajánlja: Rp.: tragakanth. 0.75—0.7, glycerin 10.00, pantocain 0.5—1.0. Aqua dest. ad 50.0 E sürü folyadékkal az érzéstelenítést a cystoskop bevezetése előtt végzi.

Nyáry Lenke dr.

A keloidok sugárkezeléséről. *W. Baensch.* (Strahlentherapie. 1937. 60. 2).

Szerző a keloidok aetiologiáját röviden tárgyalja. Kétségtelenül megállapítható a dispositio, családi örökölhetőség és valószínünek látszik a faji adottság is. Nagy jelentőséget tulajdonít szerző a bőrben a legnagyobb feszítő és húzóerő irányának, mely vonalnak megfelelően észlelhető a legkifejezettebb kelloid képződés. Az eredményes kezelés igen nagy nehézségekbe ütközik, a különféle gyógyszeres kezelések után 1898-ban használta *Freund* először a röntgenbesugárzást, mely a rádiumkezelés mellett ma is a leghatásosabb kezelési mód. Szerző a rádiumtüzdelést ajánlja, melynek módszerét ismerteti. A dosis nagysága 80—800 mg. óra Ra. között váltakozik a keloidok nagysága szerint. 36%-ban kosmetikai szempontból kifogástalan eredményt ért el, általában szép javulás mutatkozott az esetek 83%-ában. A Ra.-kezelés előnye a röntgenkezeléssel szemben, hogy míg Ra. kezelés esetén csak 17%-a a kezelésre egyáltalában nem reagáló eset, addig röntgenkezelés esetén a refractaer esetek 31.8%-ot tesznek ki.

Korompai Imre dr.

Elméleti tudományok.

A női sexualhormonok előfordulása iszapféleségekben. *Kilian.* (Klin Wschr. (1937. 38.)

Az iszapféleségek gyógyhatását mindezideig chemiai, de főleg physikochemiai alapon igyekeztek megmagyarázni. — *Aschheim* és *Hohlweg* különféle bitumenes anyagokban mutattak ki sexual-hormonokat s ezen kísérletek alapján *Kilián* négy csehországi iszapfürdőt vizsgált meg a folliculus-hormon tartalmukat illetőleg.

Methodicájában az *Allen—Doisy Test* előírását követte.

A vizsgált iszappróbákban átlagosan 550—600 M. E. folliculus-hormont talált.

Ismeretes, hogy az oestrogen hormon megtalálható a legkülönbözőbb növényi anyagokban, így a bakteriumokban is,

s tekintve, hogy az iszapféleségek nagy mennyiségben tartalmazák ezeket, megmagyarázható a sexualhormon eredete.

Voss szerint a follikulus-hormon a bőrön keresztül is felszívódhat, s így talán magyarázható — a meleghatáson kivül — az iszapfürdők jó hatása a gynaekologiai megbetegedéseket illetőleg.

Blaske Gábor dr.

Daganatok diagnostizálása punctatumokból és secretumokból. *F. Wuchrmon.* (Münch. Med. Wschr. 1937. 22.)

A punctatumok és secretumok beágyazásának methodusa szerző szerint már régóta módosításra szorul és ezért a *Zadek, Karb, Quensel* és *Bors* által leirt eljárás módosításául klinikájukon a következő eljárást használják: a frissen vett anyagot ¼ óráig rázzák és defibrinálják, azután centrifugálják és ugyanazon centrifuga csőben 40%-os formalin sublimat oldatba teszik. 6 órás fixálás után kimosás, majd chloroform és paraffinos beágyazás következik. A metszeteket haematoxylin-eosin és *Van Giesen* szerint festik meg. 36 esetet ismertet az utóbbi 3 év alatt, melyekben a diagnosist a későbbi sectio megerősítette. Az eljárás előnye az, hogy gyorsabban és gyakrabban lehet rosszindulatú daganatok és secretumok szövettani vizsgálatát elvégezni és ennek főleg a sugaras kezelésben van nagy jelentősége.

Pallos Károly dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die ambulante Behandlung der Knochenbrüche in der Allgemeinpraxis. *C. Fervers.* (120 ábrával. Lehmann kiadás, Berlin, 1937. Ára füzve: 3.80 RM.)

A 84 oldalra terjedő, diszes kiállitású, röntgenfényképekkel és ábrákkal dusan illustrált könyvecske nagyobb első felét az ambulans törésekezelés általános irányelveinek, a röntgenvizsgálatnak és érzéstelenitésnek szentelt érdekes, de kissé terjengős elmefuttatások foglalják el. A második rész lakonikus rövidséggel tárgyalja a gyakoribb törésformák kórismeját és az ambulans praxisban végezhető kezelési módszereket. Bármennyire kivánatos volna is, hogy — amint ezt a szerző kívánja — még supracondylaer felkar- és bokafeletti törések is a gyakorló orvos által személyesen készitett röntgenfelvételek alapján ambulanter kezeltessenek, a jelenlegi helyzetben ezt nem tarthatjuk sem cél- sem időszerünek. Ma, amikor mindennapos dolog, hogy a betegek röntgenképpel kezükben ellenőrzik a kezelés helyes, vagy helytelen voltát és egyre-másra indítják a kártérítési pereket, a törésekezelés kényes feladat, ami az esetek túlnyomó többségében legalábbis az első időben lehetőleg intézetben végzendő. A gyakorló orvos tehát saját érdekében cselekszik, ha betegét az első segélynyujtás után szakorvosi, vagy intézeti kezelésre utasítja. Ez annyival is indokoltabb, mert hiszen mindinkább szaporodnak a törésekezelés legmodernebb eszközeivel felszerelt, nagy segédszemélyzettel bíró speciális balesetei kórházak, amivel azonban a törések ambulans kezelése az általános gyakorlatban körülményes, fáradságos, költséges berendezéseket igényel s így sem anyagi, sem erkölcsi eredményük nem áll arányban azzal a kockázattal, amit a gyakorló orvos magára vállal. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy az egészen egyszerü, eltolódás nélküli, vagy beékelt töréseket (pl. szárkapocs-, ujjperec-, orsócsontörések, stb.) ne lehetne ambulanter is kifogástalanul elvégezni; ezekre nézve tehát elfogadhatjuk a szerző ajánlatát és az általa gyakorolt, egyébként általánosan ismert kezelési módszereket. Könyve ilyen értelemben jó vezérfonal lehet olyan vidéki gyakorló orvosok számára, akik nagyobb centrumoktól távol, kénytelenek általános praxist folytatni és a törésekezelésben megfelelő gyakorlattal még nem rendelkeznek.

Milkó prof.

Die Vitamine in der Chirurgie. (Vorträge aus dem praktischen Chirurgie). *Erich Schneider* prof. (17. füzet, 1937. F. Enke kiadása Stuttgart. 60. oldal. Ára: 3.50 RM.)

A szerző a vitaminok sebészi jelentőségét foglalja össze klinikai előadás keretében. A vitaminok felfedezésének rövid történeti áttekintése után sorra ismerteti az eddig ismert vitaminok chemiai alkatát és biologiai jelentőségét. Az élet folyamán beálló változások közben keletkező fokozott vitaminszükségiet következménye az, hogy a normalis vitamintartalmú táplálkozás mellett is relativ hypo-, illetve avitaminosis fejlődhet ki. Ezeknek az állapotoknak ismerete sebészi szempontból fontos, mert a sebgyógyulás alapfeltétele, a szöveteknek gyógyulóképessége a vitaminforgalóm függvényei. Különös jelentőségü a sebészet szempontjából a vitaminforgalom labilis volta a serdülő korban, gyulladások alkalmával, nagyobb sebészi beavatkozások után és rákos betegekben. Ezekben az esetekben a szerző saját kisérleteinek felsorolásával bizonyitja, hogy a szervezet vitaminszükségiete a normalisnak sokszorosára emelkedhetik és ezzel a vitamindús táplálkozás mellett a vitaminoknak gyógyszer formájában adagolását is szükségessé teszi. Különösen áll ez az *A* vitaminra renyhén gyógyuló sebek esetében, a *C* vitaminra a gyulladások és a rák esetében, valamint a *D* vitaminra a csontelvá'tozások esetében. A sebkezelésben az általános vitaminkezelésnek is nagy jelentősége van. Belső elválasztásos betegségek, mint a Basedow is előnyösen befolyásolhatók megfelelő vitaminkezeléssel. A szerző szerint a kőbetegségek és a vitaminforgalom között ezidőszerint összefüggés nem mutatható ki.

ifj. Verebély Tibor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 4-i ülése.

Bemutatás:

Bilkei Pap L.: *Praesenilis osteoporosis.* (Kézirat nem érkezett.)

Verebély T. elnök a vendégelőadó *H. Vogt* boroszlói tanárt a következő szavakkal üdvözölte: Engedje meg tisztelt Kartárs úr, hogy a Budapesti Kir. Orvosegyesület nevében kartársi nagyrabecsüléssel üdvözöljem és megköszönjem, hogy Egyesületünk és a Bp. Gyógyhelyi Bizottság felkérésére hozzánk elfáradni szives volt. Azonfelül, hogy vállalkozása megint csak elmélyiti azt a baráti viszonyt, amely az Ön nagy nemzete és a mi kicsiny hazánk között az utóbbi években egyre szorosabbra füződik, szakmájának és előadása tárgyának reánk nézve különös értéke van. Hiszen Ön kétségtelenül tudja, hogy azokból a természeti kincsekből, amelyekkel hazánkat oly bőségesen áldotta meg a sors, alig hagyott meg valamint a békeszerződés. — Erősebb túlzás nélkül azt mondhatjuk, hogy csak a puszta földünk maradt meg, amely azonban gazdag termőképességével és a belőle fakadó vizek varázslatos erejével fizeti vissza azt a szeretetet, amellyel minden magyar e röghöz ragaszkodik. Nem hiába áztatta egy évezreden keresztül annyi magyar vér és könny, nem hiába vált porává annyi magyar szív, ez a föld megbecsüli és ellátja a rajta élő népet.

S minthogy ebből a népből emberi erőszak sohasem fogja kiirthatni az élni-akarást, az életenergiát és a hálát, mi magyarok is megfogadtuk egymásnak, hogy minden erőnket ennek a földnek és vizeinek kulturájára fordítjuk.

Ebben a munkában remélünk az Ön mai előadásából tanulságot, irányitást meríthetni, s ezért kérem fel nagy érdeklődéssel előadása megtartására.

Előadás:

H. Vogt boroszlói tanár (m. v.): *Aufbau und Fragestellungen einer wissenschaftlichen Bäderforschung.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Verebély T.: Köszönöm igen tanulságos előadását. Meggyőződésem, hogy az Ön kitünő észlelései új ösztönzést nyujtanak munkánk továbbfejlesztésére úgy a hazai, mint az általános fürdőkultura érdekében.

A Közkórházi Orvostársulat január 18 i ülése.

Előadások:

Telegdi I.: *Kanyaró és rózsahimlő elkülönítéséről.* Az elmult két évtizedben a kanyaró jellege enyhülni látszik, ezt több szerző le is irja. Az enyhe kanyaró eseteknek a rózsahimlőtől (rubeola) elkülönítése gyakran igen nehéz. Az elmult évi rózsahimlős és kanyarós betegeken két diagnostikus jelet: a tarkótáji mirigyet és a vizelet diazopróbát tette sorozatos vizsgálat tárgyává.

A tapintható tarkótáji mirigyeket (*Theodor, Klaatsch, Feer*, stb.) a rózsahimlő legfontosabb jelének tartják, amely azt a többi fertőző betegségtől megkülönbözteti. Megvizsgált 280 kanyarós beteget, ebből 237-en (84.6%) megtalálta a typusos helyen a rózsahimlőre jellemzőnek tartott tarkómirigyet. Tehát ezt nem tartja alkalmasnak a két betegség elkülönítésére.

A vizelet diazopróbája rózsahimlőben mindig negativ volt (30 eset), kanyaróban 303 esetből 159-ben positiv (64.3%). A diazopróba tehát az elkülönítésre jól felhasználható, mindenesetre megbízhatóbbnak látszik, mint a tarkómirigy.

Kalocsay K.: A themát azért hozta a társulat elé, mert általános és elterjedt az a vélemény, hogy a tarkómirigyek megbízható jelei a rubeolának. A tarkómirigynek 3 localisatiója van: a mastoidalis mirigy, a sterno cleido-mastoideus hátsó szélén olvasó alakban elhelyezkedő mirigysor és az occipitalis. Mind a három előfordul kanyaróban is. A vérképsorozatokat nem említették, mert bár igen nagyszámú vizsgálatot végeztek kifejezett rendszerbe, a chaotikus eredményeket eddig nem sikerült összefoglalni.

Tardy S.: *Amerikai tanulmányutam tapasztalatai.* Tanulmányútján New-York, Philadelphia, Baltimore, Washington, Pittsburg, Detroit, Chikago, Salt Lake City, San Francisko, Denver, Omaha, Cleveland kórházait és egyetemeit tanulmányozta. Elragadtatással emlékezik meg a kórházak berendezéséről és az ott folyó tudományos munka és kutatásról. Rámutat arra a balhiedelemre, hogy mi európai orvosok magasabban állunk tudomány szempontjából, mint az amerikaiak, akiknek a kiképzése és tudása legalább olyan magas szinvonalú, mint a miénk. Rengeteg pénzt áldoznak a kutatásra és a socialis hygiénére. Orthopaediai szempontból kiemeli a *Heine—Medin* utáni uszodakezelést, amely specialitása az amerikaiaknak. Sehol Európában nem található fel a therapiás mód, amely csodálatos eredményeket mutat fel. Magának vindikálja a prioritást e kezelési mód bevezetésében Magyarországon. A „Corrective recreational pool" a javító, ujjáteremtő uszoda elnevezés jogos, mert egy nagy testfelületre kiterjedő bénulásos beteg ujjáteremtettnek látszik e kezelés után. Az amerikaiak vendégszeretete páratlanul szivélyes volt. (Az egészségügyi intézményekről és a social hygiénéről nem számolhatott be és a közel egy óráig tartó, általa felvett mozgóképfilmet sem tudta bemutatni az idő rövidsége miatt.)

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának december 1-i ülése.

Előadások:

Feuer S.: *Lövedék a Hyghmor-üregben.* Harctéri sérülésről számol be a jobb orrszárnyon orosz fegyvergolyó által, melyet csak négy év multán fedeztek fel a jobb Hyghmor-üregben, mikor is a jobb arcfélben — főleg az időváltozáskor — jelentkező tompa fájdalmak miatt röntgenvizsgálatot végeztek. Minthogy komolyabb panaszokat nem okozott, a golyót nem vétette ki. Ez év áprilisában erős fogfájdalmak és jobb arcfélduzzanat miatt jelentkezett a Poliklinika fogászati osztályán, ahonnan az orr-gégeosztályra utalták. Műtét: op. radic. s. Caldwell-Lac. Golyóeltávolítás. Gyógyulás.

Rejtő Gy.: *Orrmelléküreg megbetegedésének röntgenértékeléséről műtéti esetek kapcsán.* 120 orrmelléküreg-esetről számol be, melyekből idült gyulladás, illetve empyema — ideszámítva a dentalis eredetüeket is — 81 került radicalis műtétre. Endonasalisan csak a rostasejteket nyitottuk meg. 61 esetben valóságos empyema volt, 4 esetben idült nyálkahártyagyulladás, valóságos empyema nélkül; 8 esetben a röntgenkép kifejezett lágyrészárnyékot mutatott.

A radicularis cysták, ha az üregbe betörnek, az üregi empyema röntgenképét adják, a follicularis cysták többékevésbé élesen határolódnak el az üregtől.

A choanalis polypok röntgenképei csak részben mutatták a Hyghmor-üreg nyálkahártyájának megbetegedését. Daganatok közül az osteoma sürü, élesen határolt árnyékot ad, mely nem egyezik meg a melléküreg normalis határával. Malignus tumor, ha csak az üregben van, nem ad jellegzetes árnyékot. Mukokelék és pyokelék esetenkben positiv röntgenképet adtak. Neuritis retrobulbaris acut eseteinkben csekély elváltozást mutatott a röntgenkép.

Klopfer F.: *A felső légutakból eredő vérzésekről, a gümókór differentiáldiagnostikája szempontjából.* Felsorolása azoknak a felső légutakból eredő vérzéseknek, melyek adott körülmények között a tüdőből eredő gümókóros vérköpések gyanúját kelthetik fel. Előadó különösen kiemeli egy kóros eset kapcsán a trachea verixaiból eredő ú. n. habitualis tracheavérzéseket, amelyeknek részletes leírása és önálló klinikai kórképtani beállítása *Freystadtl*-tól ered. Másrészről az is előfordulhat, hogy egy ténylegesen tbc.-s haemoptoe úgy jelentkezik, mintha a vér a felső légutakból — a példaként ismertetett kóresetben az orrból — eredne. Hosszabb ideig tisztázatlan vérköpéskor — főleg negativ tüdőlelet esetén — a felső légutak alapos vizsgálata, szükség esetén bronchoskopia útján is, feltétlenül ajánlatos.

Pesti L.: *Kóroktani vonatkozású összehasonlító röntgenvizsgálatok ozaena esetén.* A praepubertásban fellépő specifikus vagy banalis fertőzések a melléküreg nyálkahártyájának pneumatisatiós gátlását idézi elő. Az orrüreg lépést tartva az arckoponya növekedésével, a hypoplasiás állcsontüregek rovására (passive) tágul ki. (Orvosi Nagyhét 1936.) Ennek bizonyítására eddig végzett röntgenvizsgálatairól számol be 17 ozaenás és 100 normál felvétel összehasonlító mérései alapján. Az állcsontüregek és az orrüregek átmérőinek hányadosa preciz, de nem kifejező mérték. Szemléltetőbb a kettő differentiája, amely normál esetben 28 mm. ozaena esetén csupán 13 mm. Az ezek között fennálló 15 mm. differentia megfelel az ozaena-mütétekben található eltolódásnak.

A Debreceni Orvosegyesület december 9-i ülése.

Bemutatás:

Puskás Gy.: *A vérszegénység érdekes esete.* Bemutat egy négy és féléves gyermeket, ki klinikára jövetele előtt 4—5 héttel betegszik meg. Az anamnesisből megelőző betegségre, vagy kórokra támaszpont nem található, igen súlyos anaemia fejlődik ki, mely a következőket mutatja. A physikalis lelet negativ, szervek részéről eltérés nem mutatható ki, máj, lép nem tapintható, mirigyek kórosan megduzzadva nincsenek, nyálkahártyavérzések nem észlelhetők. Vérkép: Vve. 1 millió 350.000. Fvs. 3500. Hb. 20%. Eo. 3%. Segm. 4%. Lymph. 93%. Thromb. 14.900. Vérzési és alvadási idő: normalis. Vérbilirubin érték 0.64 mgr%. Ötnapos bentléte után a vvs. szám 500.000-re esik. Csontvelőpunctiót végez, melyből készített kenet megaloblastos képet ad egy-két promyelocitával a granulált elemek teljes hiányával és alig egy-két normoblasttal. E lelet alapján megállapítja, hogy nemcsak a granulopoet kus, hanem az erythropoetikus rendszer súlyos zavara áll fenn, melyet mutat a peripheriás vérből a nagy anaemia dacára a magvas vörösvértestek hiánya. Miután differentiálja a haematopoetikus rendszer különböző megbetegedéseitől, egy kryptogen eredetű *aplasiás anaemia* kórképét gondolja kifejlődni. Therapiás próbálkozásai, máj-, vas-, réz adagolása és a vértátömlesztés eredménynélküliek.

Kulin L.: *Naegeli* csak zsírosan degenerált csontvelő esetében fogadja el az aplasiás anaemia megjelölést, *Stransky* és *Baar* és mások hívják fel a figyelmet arra, hogy a legsúlyosabb anaemiás esetekben a csontvelő extrem myeloblastosan elfajult képet mutat. Kétségtelen, hogy az ilyen esetekben a myeloblastosan elfajult csontvelő képtelen granulocytát termelni. A csontvelőrendszer betegségeinek isolált, classikus esetei, mint a kizárólagosan vörösvértest laesióra mutató Baar-féle erythrophtisis, a myelotikus rendszerre localisált aplasiás anaemia, illetőleg a Schultze-féle agranulocytosis, valamint a megakaryocita-rendszer sérülésére utaló ú. n. essentialis thrombopenia kórképei, klinikai megjelenésükben és haematológiai képükben a legkülönbözőbb combinatiót mutathatják.

Előadás:

Sarkady L. és Martin J.: *Összehasonlító májfunctiós vizsgálatok Eck-fistulás kutyákon.* A szerzők azt találták, hogy Eck-fistulás kutyák májának physiologiás működésében zavar van, amint azt a klinikai diagnostikában használatos májfunctiós próbák positiv volta bizonyította. Az operatio után 8 ill. 11 hónap múlva azonban a máj, lép, vese szövetében semmiféle olyan morphologiai elváltozás nem volt kimutatható, amely megmagyarázta volna a functiokiséseket. A laevulose, a bilirubin megterhelés, valamint a Takata-féle reactio bizonyult a legjobbnak, illetőleg a functiós vizsgálat szempontjából a legérzékenyebbnek. A Bauer-féle galactose és a combinált Althausen-Mancke megterhelési eljárás már kevésbé érzékeny. A máj kóros állapotáról biztos felvilágosítást adott még a savó alacsony complement-értéke, míg a vörösvérsejtsülyedés, a vér fibrinogen tartalma és a Widal-féle haemoklasiás próba a normál functiós állapotnak felelt meg.

Kulin L.: Májegészséges 7—10 éves gyermekeken végzett exogen regulatiós cukorterhelési vizsgálataiból a következő conclusióra jutott: 40 gr. peroralisan adagolt galactose után nyert glykaemiás reactio csúcsa biologiailag aequivalens 100 gr. hasonló módon nyujtott dextrosés görbe csúcsreactiójával. Galactose-ra physiológiás körülmények között is jellemző az alimentaris hyperglykaemia feltünően protrahált kifejlődése. Dextrose adagolásakor viszont gyors lefolyású görbét észlelünk. A lefolyás 60—90 perc. 100 gr-nyi per os adagolt galactose után jelentkező glykaemiás reactio abnormisa magas, a reactio növekedése még három órán túl is fokozódik. 50 gr. levoluse elenyésző csekély mértékben változtatja meg a physiologiás vércukor szintjét. A gyermekkori

functiós májdiagnostikában fontos ezen biologiai differentiákra gondolnunk.

Jeney E.: Feltűnőnek és érdekesnek tartja, hogy egy ilyen beavatkozás után hosszú idők múltán sem voltak a májban anatomiai változások találhatók és a vér fibrinogen mennyisége sem változott. A megterhelési próbák között a szénhydrátokkal történő megterhelés a májparenchyma, a bilirubin vérbevitele pedig a R. E. rendszer teljesítőképességét teszi vizsgálat tárgyává. Érdekes volna előzetes lépkiirtás után is megismételni a bilirubin-megterhelést.

Sarkady L.: A bilirubin-megterhelési próba valóban tulajdonképen a reticulo-endothelialis rendszer működési állapotára vonatkozik, amit bizonyit többek között előadónak *Ludánnyal* együtt tett megfigyelése, mely szerint a bilirubin kiválasztódása egyedül lépkiirtás után is elhúzódik.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Sebészeti Szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatások:

Sereghy E.: *Kirschner-f. dróthuzással kezelt csonttörések.* Több beteget mutat be, akiknek lábszár- és bokatörését zinkgelatinával alápárnázott körkörös járó gypskötéssel kezelte. Majd az alsóvégtag-törések helyretevésére és rögzitésére alkalmazható húzókészülékét (O. H. 1937. 41.) és végül több nagy eltolódású törés röntgenképét mutatja be, melyeket Kirschner-féle dróthúzással tett helyre és rörzített.

Matuschek B.: A III. sebészeti klinikán kezelt 1600 csonttörés közül 102 esetben használtak Kirschner-drótot az extensiós kezelés kapcsán. Főleg a combcsont diaphysis töréseiben használják a drót-extensiót, a femur condylusait fúrva át és a húzást 4—5 hétig alkalmazva. Lábszártörések esetében már ritkábban használják a dróthúzást. A bemutatott gépet praktikusnak találja, mert oldalirányú húzásra is alkalmas.

Pázsith P.: A Margit-kórház törési eseteiben a Kirschner-féle dróthúzást szövődött alsóvégtag-törések kezelésében alkalmazzák és a kihúzást, ill. összeillesztést a Pázsith-féle extensiós asztalon végzik. Felkarcsont-törésekben elegendőnek tartják a ragtapaszos nyújtást. Collum chirurgicum töréseket *Fáykiss* szerint a hónalj alápárnázásával abdukált, majd húzás után keményítő-pólyával, a mellkasfalhoz történő rögzítéssel látnak el.

Rácz B.: *Két érdekes sportsérülésről* számol be. Az egyiken kétoldali trochanter minor törés következett be; a másikban psoas-tályog fejlödött ki a sportsérülés után.

Lobmayer G.: Köszönettel emlékezik meg, hogy bemutató az osztályáról régebben közölt 4 sportsérüléses psoastályog esetről is megemlékezett. Ezek mind fiatalkorú egyének voltak és a nyári hónapokban testi megerőltetés (vizipóló, tennis, stb.) után keletkezett a tályog. Kettőnek egyidejüen genyes mandulagyulladása is volt. Egyik eset conservativ kezelésre gyógyult; hármon a tályogot mütéttel kellett feltárni.

Kisfaludy P.: *Az inoperabilis szájüregi rákok kezelésének eredményei.* A szájüreg rosszindulatú daganatai alkalmával legcélszerübb a sebészi eljárásoknak, a rádiumnak és röntgenbesugárzásoknak együttes alkalmazásával végzett combinált kezelés. Azon esetkben, hol a körülmények a kezelést nem akadályozták, 90%-ban localis tünetmentességet értek el. — Fontos azonban az esetleges mirigyáttételek megfelelő kezelése is. Az OTI rádiumosztályának 6 éves anyagából 14 szövettanilag is igazolt rosszindulatú daganatos beteget mutat be, kik 1—6 éve tünetmentesek.

Szenthe L.: Kiemeli a szájüregi rákos betegeken a nyirokcsomók mindkét oldalon végzendő sebészi eltávolításának jelentőségét. A sebészi és sugaras kezelés együttes sikeres alkalmazásának egy szép esetét mutatja be.

Kubányi E.: A Rádium- és Röntgen-Intézet anyagából 14 inoperabilis szájfenék- szájpadlás- és pofarák esetet mutat be, amelyeket sikerült tünetmentessé tenni. Ezen daganatok alkalmával az operativ kezelés háttérbe szorul a sugaras kezeléssel szemben. A bemutatott esetek nagyrésze moulage- és rádiumágyú kezelésben részesült.

Ródé I.: A szájüregi rákok sugárkezelésében leghatásosabb a telecurie-therapia. Ez a rák bizonyos formáiban jobb eredményt ad, mint a röntgenbesugárzás. Ennek oka a kis sugárintensitás, tehát az erösebb protrahált kezelés. Elektiv hatása nincs. Telecurie kezeléskor kisebb a mélyhatás, mint röntgenbesugárzás alkalmával. Különösen jó eredmények érhetök el telecurie therapiával a processus alveolarisra és mandibulára ráterjedő rosszindulatú daganatok esetében.

Láng A.: Recidivák esetén nem ajánlja az újabb rádiumalkalmazást s jobbnak tartja azokat elektromos késsel, vagy coagulatióval kiirtani. Elektromos mütétek után 5—6 nappal támadó vérzések megelözésére széj-garat daganatok alkalmával egyidejüleg a külső fejverőeret szokta lekötni. Ezt 48 esete közül 47 simán türte. Ismerteti az epipharynx daganatainak bevált rádiumkezelési módszerét és hivatkozik már régebben beszámolt, rádiummal gyógyitott 5 éves száj-garat-gége anyagának eredményeire.

Lippay: A modern tumor-kezelésben az indicatiók felállitása nagy szerénységet és önkritikát követel minden szakorvostól. Nehéz a különszakmák tervszerü együttmüködését elérni. Örömmel kell tehát méltatni a bemutató által ismertetett eredményes eseteket, mint a különböző szakmák korai összefogásának sikerét, illetőleg azon szerencsés találkozásnak, hogy bemutató egyszemélyben sebész, röntgenologus és radiologus.

Szepessy Z.: Az I. sebészeti klinikán és az OTI röntgentherapiás osztályán *Kisfaludyval* párhuzamban dolgozva, nagyobb szájüregi daganatok kezelésében a következő elvek szerint járnak el. Elöször általános röntgenbesugárzást adnak a beteg tájékra, azután a gócot rádiummal, esetleg *Chaoul* szerint kezelik, végül, ha szükséges elektrocoagulatiót végeznek. Az általános röntgenkezelés a bonctani viszonyok folytán igen elönyös a szájban. Mélyhatása kedkedvezőbb, mint a rádiumágyúé. Az általános elősugárzás előnyeit többek között svéd statistika is fényesen igazolta.

Manninger V.: A bemutató végső következtetéseit túl szerénynek tartja. Öt éve tünetmentes eseteket: gyógyultnak szoktak minősiteni. Ha vannak is későbbi kiujulások, azok száma nem haladja meg a 2—3 ezreléket. *Kisfaludy* által bemutatott több éve tünetmentes esetek jóformán kivétel nélkül, a szokásos mütéti eljárásokkal és az eddig szokásos sugaras kezeléssel gyógyithatók nem voltak. (L.: *Zuppinger* által a zürichi klinikáról közölt kimutatást.). Ez a tapasztalat az utolsó 10 év javult technikájának köszönhető. Nagyon örül annak, hogy ez a bemutatás a sebészi szakosztályban történt, mert csakis a sebész és sugárkezelő együttes, tervszerü munkájától várható a mütéttel már nem gyógyitható rákesetek statistikájának javulása.

Mutschenbacher T. hozzászólása után

Kisfaludy: zárószavában megköszöni a hozzászólásokat és megjegyzi, hogy a jó eredmények eléréséhen nem a rádium mennyisége a döntő. A párisi és stockholmi intézetekben a több mint 10 év előtti, kevés rádiummal elért kitünő eredmények semmit sem javultak azóta, hogy ezen intézetek 6—8 g-os telecurie-therapiás apparatusokkal is rendelkeznek.

Az orvosi továbbképzés nemzetközi akadémiájának budapesti alakuló ülése.

A budapesti XIII. nemzetközi orvosi congressus alkalmából 1909. szeptember havában megalakult az orvosi továbbképzés nemzetközi bizottsága, melynek elnökéül *Waldeyer* berlini professort választottuk meg. E bizottság első ülését Londonban a XIV. nemzetközi orvosi congressus alkalmával 1913-ban Sir *Donald MacAlister* elnöklésével tartotta. A háború e bizottság működését is megbénította. 1933-ban a magyar orvosi továbbképzés 50. évfordulója alkalmából a bizottság ujjáalakitását terveztük. Az 1933. júniusra tervezett ülést azonban a német bizottság kérésére elhalasztottuk, mert éppen akkor történt a német birodalom átalakulása. — Azóta újabb lépéseket nem tettünk. 1937 augusztus havában az orvosi továbbképzés német birodalmi bizottsága az orvosi továbbképzés nemzetközi congressusát hívta össze, melyen 46 nemzet volt képviselve. Magyarországról *Balogh Ernő Darányi Gyula, Orsós Ferenc, Neuber Ede, Hüttl Tivadar, Manninger Vilmos* egyetemi tanárok, *Csilléry András* volt népjóléti miniszter és *Barla-Szabó József* főorvos igazgató vettek részt. A nemzetek delegátusai 1937. augusztus 23-án tartott ülésén elhatározták, hogy az orvosi tovább-

képzés nemzetközi akadémiáját megalakítják s a statutum kidolgozására előkészítő bizottságot küldtek ki, melynek tagjai *Borst* (München), *Bastianelli* (Róma), egyetemi tanárok, *Proctor*, a londoni orvosi továbbképző iskola dékánja, *Roussy* akkor a párisi egyetem orvosi karának dékánja, most pedig az egyetem rectora, *Blome* a német orvosi továbbképzés vezetője, s *Adam* tanár, a berlini Kaiserin Friedrich Haus igazgatója. E bizottság 1937. december hóban Münchenben ülést tartott, amely ülésre *Manninger Vilmos* egyetemi tanárt is meghívták. Az újjászervezés indokolt, mert az 1909. évi bizottságból most már igen kevesen vannak életben (köztük b. *Eiselsberg Antal, Wenckebach, b. Korányi Sándor, Scholtz Kornél)*, a végrehajtóbizottságból pedig csak *Grósz Emil (Waldeyer, Kutner, Landouzy, Sir Donald MacAlister, v. Rein* már nincsenek az élők sorában).

A berlini congressus által kiküldött bizottság az orvosi továbbképzés magyar bizottságát értesítette, hogy a *nemzetközi akadémiát véglegesen 1938 április 24-én Budapesten alakítanák meg,* ha a magyar kormány és Budapest Székesfőváros szívesen látja. A minisztertanács és Budapest Székesfőváros polgármestere felhatalmazása alapján az előkészítő bizottság elnökével, *Borst* müncheni egyetemi tanárral és *Blome dr.*-ral, a berlini congressus elnökével tudattuk, hogy örömmel látjuk, ha a nemzetközi szervezet újjáalakítása három évtized után ugyancsak Budapesten történik, hol annak első alakulata létrejött.

Az előkészítő bizottságnak az a terve, hogy ez alkalomból 6—8 külföldi tudóst felkér, hogy kutatás és továbbképzés címmel általános érdekű előadást tartson s egyszersmind a részvételre felszólítják a berlini congressusra meghívottakat (800), kik közül 80—100 delegátus jelenlétére számítanak. A berlini congressuson államok, egyetemek, testületek, bizottságok képviselői vettek részt. Előreláthatóan a budapesti ülésen is így lesz, úgyhogy igen nagyjelentőségű nemzetközi tudományos összejövetelről van szó. Az 1909-ben tartott nagy nemzetközi congressus tulajdonképen kiindulópontja volt annak az intensiv nemzetközi érintkezésnek, amely a magyar és külföldi tudományos világ között kifejlődött, s melyet ugyan a háború megszakított, de mely lassankint újból megerősödött. Az ilyen összejöveteleknek kétségtelenül a tudomány előbbrevitelére jelentősége van, de még sokkal nagyobb jelentősége van a szellemi együttműködés elősegítésére, ami viszont a nemzetek között fennálló ellentéteket enyhíti, a választófalakat ledönti, vagy legalább is meggyengíti s a mostani gazdasági válságot is enyhíti.

Ismeretes, hogy *Helmholtz*nak, az 1870—71. francia—porosz háború után a Montpellier-i egyetem jubileumán megjelenésének, valamint *Pasteur* és *Virchow* találkozásának a kopenhágai nemzetközi orvosi congressuson milyen jótékony hatása volt.

Az orvosi továbbképzés nemzetközi akadémiájának budapesti ülése tehát az egész magyar társadalom érdeklődését érdemli meg. A kormány, Budapest Székesfőváros törvényhatósága, s az egyetemek közreműködésén kívül a társadalomra is szükség van. Éppen a társadalommal érintkezés ad alkalmat arra, hogy barátokat szerezzünk. Erre még a nagy nemzeteknek is szükségük van s ezt nem is mulasztják el; annál nagyobb szükségünk van nekünk, kiknek geographiai helyzetéről már *Werbőczi* megmondotta, hogy ellenségeink torkában van. A külfölddel sűrűbb érintkezést már a Bethlen-kormány megkezdte és azóta a kulturális megállapodások egész sorát kötöttük. Az államférfiak, sőt államfők látogatása egymást követi, ezekhez csatlakozik a tudományos világ érintkezése. Ezek sorába illik bele az orvosi továbbképzés nemzetközi akadémiájának megalakítása.

Grósz Emil dr. egyet. tanár.

Raimond Jaques Sabouraud.

1864—1938.

Nagy tudóst és Hazánk melegszívű barátját veszítettük el a napokban *Sabouraud* személyében.

A francia dermatologia folytonos, de hullámzó áramban halad előre. Fényes és csendesebb időszakok váltakoznak benne. Még él az emlékezetben a *Bazin—Rollet—Lailler,* majd a 90-es évekből a *Besnier—Fournier—Halloupeau* triásza, melyet egy emberöltővel később a *Brocq—Darier—Sabouraud*-féle váltott fel; ezután jött a *Ravaut—Dubreuilh—Nicolas* korszak, melynek a jelenleg működő újabb és legújabb erők léptek a nyomába.

E nagy névsornak egyik kitünő tagja volt *Sabouraud,* aki maradandó érdemeket szerzett az orvosi mycologia terén. Ő volt az, aki 50 év után kiásta a feledésből honfitársunknak, a kiskéri születésű *Gruby Dávid*nak a Trichophytonok két fajára, a Mikrosporonra, a Streptothrixekre és a Trypanosomákra vonatkozó felfedezéseit és aki praecis munkával, modern eszközökkel megdönthetetlenül kimutatta *Gruby* életművének, még a részleteiben is, exact voltát. *Gruby* felfedezései ugyanis közlésük után pár év múlva, még az ő életében kezdték elveszteni a hitelüket és *Gruby* nem bírta megvédeni a tanait; *Sabouraud* volt az, aki egymás után győzte le a kritikusokat, aki észrevette *Balmano Squire* angol tudósnak tévedését, hogy ez és utána a többiek az alopecia areatában keresték a mikrosporont és minthogy ott persze nem találták azt meg, általában tagadták ennek létezését. Az akkori németek nem találtak különbséget a nagy és a kis spórák között — *Sabouraud* kimutatta ennek okát; a gombák földrajzi elterjedése szeszélyes — ezek a Francia-, Angol-, Olaszországban közönséges parasiták a Rajnától keletre akkoriban még nem fordultak elő és csak a világháború hurcolta azokat Közép- és Kelet-Európába. Mások azonosoknak tartották a *Gruby* által megkülönböztetett fajokat, pleomorphismust láttak bennük; *Sabouraud* kimutatta, hogy a különbségek állandósulnak, ha mindig azonos táptalajon (milieu d'épreuve) és azonos viszonyok között tenyésztjük a kulturáinkat. Ő emelte ki a fructificatiós organumok döntő jelentőségét. Ez volt a mycologiában a nagy lépés. Ha a nemsokára megjelenő Corpus Iconum Morborum Cutaneorum című atlaszban három-

Hamamelon orig. Madaus
haemorrhoidalis bántalmaknál
(növényi sebhormonokat tartalmazó adstringens hatású készitmény)
kenőcs ára 1·80 pengő
kúp ára 2·50 pengő

száznál több determinált fajnak képét fogjuk közöltetni, ezt *Sabouraud* erőfeszítésének, tanításának és példájának köszönhetjük.

Sabouraud-t ez a munka két irányba is terelte. Az egyik az epiderma betegségeinek tüzetes tanulmányozása volt. Hosszú sorban jelentek meg az erre vonatkozó könyvei, a 6 kötetes Traité des maladies du cuir chevelu, Seborrohea, Pityriasis, Teignes, Pyodermie, Pelade Diagnostic et traitement (1900—1932) továbbá a 30 éven át tartott előadásainak 3 kötetes (Entretiens Dermatologiques), melyeket az általa világhírűvé tett Ecole Lailler-ben tartott. Utolsó munkája talán az a szép és tanulságos cikk volt, amelyet a budapesti congressus emlékkötetébe írt.

A *Gruby*-val való foglalkozás azonban még egy másik irányba is vonzotta: — érdeklődni kezdett a mi nemzetünk iránt. Kétszer is ellátogatott hozzánk, megszerette a népünket, szívesen fogadta a hozzá forduló magyar orvosokat és tanulókat. Ő volt az, aki mint a francia dermatologiai társulat elnöke visszavonta a boche-okat megbélyegző határozatokat.

Sabouraudot sok csapás érte — neje korán elhalt; egyik fia tragikusan végezte életét; ő maga utolsó éveit betegen töltötte, viszont vallásos megadással tűrte a bánatot, mély életfilozofiáról tanuskodó könyvet írt. Mint műkedvelő szobrász nagy figyelmet keltett munkáival; barátai fényesen illustrált díszművet adtak ki alkotásaiból. Emlékét azonban az fogja fenntartani, hogy nagy kutató, tudós lélek, kitünő orvos és hű barát volt.

Nékám Lajos dr. egyet. tanár.

VEGYES HIREK

Személyi hír. A Kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére *Bakay Lajos* egyetemi nyilvános rendes tanárnak a felső oktatás terén kifejtett kiváló munkásságával szerzett érdemei elismeréséül a magyar érdemrend középkeresztjét; a közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Schaffler József dr.* egyet. magántanár adjunctusnak a tudományos irodalom müvelése és az orvosképzés terén kifejtett működése elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete február hó 13-án, vasárnap délután ½6 órai kezdettel, a Zeneművészeti Főiskola Szinpadtermében, kamaraegyesületének és orvosművészeknek közreműködésével a keresetképtelen orvosok javára jótékonycélú előadást rendez. Szinrekerül (Budapesten először). A jóslat, Az új doktor, Egy régi dal című három egyfelvonásos vigopera *Gluck Schubert* és *Mozart* zenéjével. Jegyek 1, 2, 3 és 4 pengős árban Rózsavölgyinél kaphatók. Az egyesület tagjai 20%-os kedvezményt igényelhetnek.

Nemzetközi Rheuma-Congressus Londonban és Oxfordban. A Ligue Internatianale Contre le Rheumatisme tizéves fennállásának alkalmából Londonban és Oxfordban rendezi meg jubileumi congressusát március 25 és 31. között. Londonban a congressus résztvevői a rheumás betegségekkel kapcsolatos intézményeket tanulmányozzák. A kormány és a kir. orvosegyesület ad estélyt a résztvevők tiszteletére. Az Oxfordi Congressus főtárgya a gyermekkori rheumatismus, másik tárgya „Az időjárás befolyása a betegségek keletkezésére." Ezen a napon a rendező tulajdonképen az International Society of Medical Hydrology, amely együttes ülést tart, a Rheuma-Ligával. A congressuson magyar részről felkért előadó *Horváth Boldizsár dr.* egyet. magántanár, aki a gyermekkori rheumatikus megbetegedések gyógyászati részének egyik főreferense. Magyar részről számos résztvevőre van kilátás. A congressus londoni rendezésében résztvesz *bilkei Pap Lajos dr.* egyetemi magántanár, a Nemzetközi Rheumaellenes Liga elnöki tanácsának tagja, aki a congressusra vonatkozó minden kérdésben felvilágosítással szolgál. (Budapest, Szt. Gellért Gyógyfürdő. Telefon: 269—095.) A congressust az International Society of Medical Hydrology nagygyülésével egyidőben tartják, melynek részletes programmját 6. számunkban közöltük.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik 1938. február 1—7. között. Erős frontátvonulás egyáltalán nem történt, mérsékelt fejlettségü front is csak kettő érkezett. A frontátvonulás iránt érzékeny egyének számára ez a hét megkönnyebbülési időszak volt. Az igen nagyfokú frontopathiában szenvedők szempontjából szóbajövő fronthatások időpontjáról a következő táblázat ad felvilágosítást:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
február	2	23	felsiklási	mérsék.	Kevés praefront. havas eső 19 ó.-tól
	2	24	betörési	gyenge	Kis szellőkések: 6 m mp.
	3	12	betörési	mérsék.	Max. szellőkés! 13 m mp.
	4	1	betörési	gyenge	Szélbetörés felnő nélkül, max. seb. 14m/mp.
	4	13	betörési	gyenge	Nehány szellőkés, max. 10 m/mp.
	6	21	betörési	gyenge	Szélfordulás dny.-ról üny.-ra
	7	0	betörési	gyenge	Egy szellők. sebessége 10 m/mp.

*)A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 6. számban.

1975—1938. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A m. kir. belügyminiszter 103.436—1937.—IV. számú leiratával jóváhagyott 1631—1—1937. kig. 6. kgy. jkvi. számú közgyülési határozattal Baja thj. város törvényhatóságánál újonnan szervezett *városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A meghirdetett városi orvosi állást az 1936:IX. tc. 11. §-ának (1) bekezdése értelmében a m. kir. belügyminiszter kinevezés útján tölti be.

Az állás a II. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetmény és egyéb javadalmazással van egybekötve.

A szabályszerüen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket a m. kir. belügyminiszterhez címzetten, ennek a pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" c. hivatalos lapban történt közzétételtől *számitott 15 nap alatt,* — közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton — más pályázók közvetlenül Baja thj. város polgármesteréhez tartoznak benyujtani.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitványt; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt, mely lenet állampolgársági bizonyitvány, honosítási, visszahonosítási okirat, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését (opció) tanusító igazolvány, vagy olyan illetőségi bizonytivány, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26-án is fennállott; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet és szigorlati bizonyitványokat; *f)* a tiszti orvosi képesitést igazoló okmányt. Az 1936:IX. tc. 12. §-ának (1) bekezdése értelmében e most meghirdetett városi orvosi állásra oly orvost is ki lehet nevezni, aki tiszti orvosi vizsgát még nem tett. Az ilyen orvos azonban az emlitett képesitést, a hivatkozott törvényszakaszban előirt határidő és törvényes következmények terhe alatt, megszerezni köteles; *g)* polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyitványt; *i)* katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; *j)* esetleges szakképzettséget — iskolaorvosi képesitést — igazoló okmányokat; *k)* az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; *l)* rövid életleirást (curriculum vitae).

Közszolgálatban álló pályázók, a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázat), fel vannak tüntetve, az emlitett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

Baja, 1938. évi február hó 7-én.

Dr. Bernhardt Sándor s. k.
polgármester.

Emlékeztető!..

Felhívjuk az Orvosegyesületek és Szakosztályok titkárainak figyelmét, hogy az ülésjegyzőkönyvek kivonatát az ülést követő héten küldjék meg szerkesztőségünknek. A hónapok multával beküldött jegyzőkönyvek actualitásukat veszítették s így ezek közlésére nem vállalkozhatunk.

***Vámossy* prof.**

TONSILLITIS-esetén 2 db-ot tart. doboz P 1·40

Egyenként 0·045 g fémbismuth-tartalommal **MEDOBIS KUP-CHINOIN**

20—1938. ikt. szám. Margit kórház, Csorna.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A csornai Margit közkórház megüresedett *szülész-rendelőorvosi állására* ezennel pályázatot hirdetek.

1. A szülész-rendelőorvos megbizatása ideiglenes és illetménye jelegleg havi 95 P-ben megállapított tiszteletdij.

2. A pályázati kérvények Sopronvármegye Alispánjához címezve *1938. évi március hó 4-ig* hozzám nyujtandók be. Az elkésve érkező, vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek.

3. A pályázók a következő okmányokat csatolják: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány; 3. orvosi tudori oklevél; 4. szakképesítést igazoló bizonyítvány; 5. az eddigi szolgálatokat igazoló bizonyítványok; 6. erkölcsi bizonyítvány és forradalom alatti magatartást igazoló bizonyítvány; 8. curriculum vitae.

Csorna, 1938. évi január hó 21-én.

Dr. vitéz Nagy Károly, s. k.
kórházigazgató-főorvos.

2—1938. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A Hódmezővásárhelyi Szanatórium Egyesület által fenntartott kútvölgyi szanatoriumban, lemondás folytán, megüresedésbe jövő *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Pályázhatnak nőtlen orvotudorok. Azok a pályázók, akik tuberculosissal, vagy belgyógyászattal már foglalkoztak, előnyben részesülnek.

Az állás havi Egyszázhusz (120) pengő javadalmazással, természetbeni lakás és ellátással van egybekötve. Az alorvosi lakásul kijelölt szobát a megválasztandó alorvos és a szanatóriumban működő segédorvos közösen használják. Az állás folyó évi március hó 1-én elfoglalandó.

A pályázók közül az alorvost a választmány szótöbbséggel választja. A választás 2 évi időtartamra szól, amely egy évvel meghosszabbítható.

A pályázati kérelmeket kellően felszerelve a szanatórium egyesület elnökéhez (IV. ker. Oldalkosár u. 10—12 sz.) *1938. év február hó 22-ik napjának (kedd) déli 12 órájáig* kell beadni, vagy postán megküldeni.

Hódmezővásárhely, 1938. február hó 4.

Soós István dr. egyesületi elnök.

Az 1938. január 23-tól, 29-ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (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	93.667	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	1	1	—	—	7	—	10	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
4. Békés	336.592	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
5. Bihar	181.105	1	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	3	2	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	20	2	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	—	—	4	—	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—
9. Fejér	231.483	—	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	4	6	—	—	—
11. Hajdu	181.283	2	—	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
12. Heves	323.191	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	1	2	—	—	9	—	9	—	—	—	—	—	15	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	2	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	12	1	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	1	—	—	—	4	—	5	—	1	—	—	—	10	3	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	9	—	1	—	35	—	53	—	1	—	—	—	214	4	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	—	—	—	5	—	15	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	2	—	—	—	10	2	3	—	1	—	—	—	7	—	2	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	—	2	—	3	1	4	1	—	—	—	—	—	1	4	—	—
21. Tolna	266.405	6	1	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
22. Vas	273.097	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	3	1	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Zala	368.903	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—
II. Budapest	1,043.459	1	2	6	1	29	—	66	2	—	—	—	—	201	—	1	—	—
III. Debrecen	124.128	2	—	2	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV Győr	50.872	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	1	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	—	1	6	—	10	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	48	9	16	2	189	4	248	5	3	—	1	—	520	41	10	—	—
Medián 1931—37:		70	10	12	2	314	28	221	1	2	1	4	—	632	29	1	1	—

Coagucit Eri

Mindennemű **vérzésnél** úgy helyileg, mint távolható, gyors, biztos hatású.
Injectio, solutio, tabletta.
Rózsavölgyi Speciallaboratorium »ERI«
Budapest, VI., Aréna-út 124. szám

261—1938. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A nógrádvármegyei Mária Valéria közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 124.000—1926. 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, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1938 március hó 30-án déli 12 óráig* méltóságos Dr. Soldos Béla főispán úrhoz címezve a kórház igazgatóságához nyujtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. Születési anyakönyvi kivonat; 2. Erkölcsi bizonyítvány; 3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. Magyar orvosi diploma másolata; 5. Curriculum vitae; 6.Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítvány.

Balassagyarmat, 1938. február 5.

Kenessey Albert dr. s. k.
kórházigazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest X., *Ambesid*-ről szóló ismertetését csatoltuk.

HETIREND

Február 14-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Fuchs Dénes:* Bang-féle fertőzés.

Február 15-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Szemző György:* Ulcusgenesis-ulcustherapia.

Február 16-án: a Közkórházi Orvostársulat ülése. (Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében) Bemutatás: *Csiky-Strausz Árpád:* Schloffer-tumor okozta bélelzáródásnak bélanastomosissal gyógyult esete. Előadások: *Pázsith Pál Antal:* Beszámoló németországi tanulmányutamról; *Fáykiss Ferenc:* A végbélelőesés műtéti gyógyításáról.

Február 16-án este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság ülése. (Poliklinika üléstermében). Bemutatás: *Deutsch Imre:* Reflux útján feltelődött nagyfokú vesemedencetágulat, stb. — *Láng Géza* és *Révész Vidor:* Gyulladást utánzó rák esete vastag- és vékonybél sipollyal. — Előadás: *Polgár Ferenc:* Ileitis regionalis kórképe.

Február 18-án d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Előadás: *Niederecker Gáspár:* A ludtalp műtéti kezelése. — Ezen napirend változást szenvedhet.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CODERIT-CHINOIN

Köhögéscsillapító–köptető tabletta

(0·005 g ipecacuanha-összalkaloida + 0·02 codein + 0·02 g Epherit)

BRONCHITIS ACUTA, CHRONICA, BRONCHOPNEUMONIA, EMPHYSEMA, LARYNGITIS, TÜDŐTUBERCULOSIS, PERTUSSIS eseteiben

CSOMAGOLÁSOK:

10 tabl. phiola P 2·–
20 tabl. phiola P 3·40

ENGEDÉLYEZVE:

POSTA B. B. i.: szabadon
MÁV. B. B. I.: főorv. eng.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

82. évfolyam. 8. szám. Budapest, 1938 február 19.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Kenyeres Balázs: Ha a szakértők tévednek. (165—170. o.)
Egedy Elemér és Kelemen László: A tüdővérér kisérleti elzárásának hatása a coronaria-keringésre. (170. o.)
Egedy Elemér és Kelemen László: A chinidin hatása a kamralebegésre. (170—171. o.)
Egedy Elemér: A coronaria-keringés functionalis zavara. (171—172. o.)
Nemecskay Tivadar: A magas egyenes állásról. (172—174. o.)
Reitmann Ferenc: A β-penylisopropylamin therapiás alkalmazásáról. (174—175. o.)
Kup Gyula: Adatok a makroorchia és epiphysis hypoplasia összefüggéséhez. (175—176. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. o.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok. (177—180. o.)
Könyvismertetés: (180. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (180—184. oldal.)
Zemplényi Imre: A magyar falu megsegítése. (184—185. o.)
Vegyes hírek: (186. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Ha a szakértők tévednek . . .

Irta: *Kenyeres Balázs dr.* nyug. egyetemi ny. r. tanár.

Az újabb idők büntető perrendtartásának az a legfontosabb rendelkezése, amely nemcsak feljogosítja, de kötelezi a bírót, hogy a bizonyítékok értékét szabad mérlegeléssel, legjobb meggyőződése szerint maga határozza meg, többnyire kielégítő mértékben érvényesül a tanuvallomásokkal szemben, de szűk korlátok közé szorul vagy egyáltalán nem is érvényesül a szakértők bizonyításával szemben.

A legtöbb bíró gyakorlatában szerez magának annyi emberismeretet, hogy a tanuk szavahihetősége tekintetében kellőkép tájékozódjék és hogy még a tudatos hamis vallomásokkal szemben is megvédje az igazságot. Egy része a bíróknak az orvostermészettudományok terén is szert tesz olyfokú tájékozódásra, amellyel mindennapos esetekben a szakértők munkáját ellenőrizheti, arra azonban, hogy ezt bonyolultabb esetekben is megtegye, ezek az ismeretek nem elégségesek. Folyománya ennek az, hogy a bíró a szakértők véleményével szemben lemond a szabad mérlegelés jogáról, megnyugszik kijelentéseikben s azokat bizonyítékokként annyival is inkább hajlandó elfogadni, mert meg sincs járja eszét, hogy a tudomány embere, aki mint érdektelen, a teljes tárgyilagosság látszatával lép be a perbe: az igazsággal ellentétes megállapításhoz juthat. Ilyen módon nő ki — sajnos eléggé gyakran — a szakértő tévedéséből a bírónak végzetes következményekkel járó tévedése.

46 esztendőt meghaladó — bíróságok mellett töltött — szolgálatom ideje alatt szerzett megdöbbentő tapasztalatok alapján eljutottam annak felismeréséhez, hogy a szakértők hibáinak és tévedéseinek fejezete a legfontosabb fejezete a törvényszéki orvosi gyakorlatnak. Ez a felismerés tette kötelességemmé, hogy ezzel a fontos kérdéssel behatóbban foglalkozzam, keressem a hibák és tévedések okát, megelőzésük és következményeik elhárításának módját. Az utóbbi célt igyekeztek különböző államokban olyan testületek létesítésével elérni, amelyeknek feladatává tették a rosszul végzett szakértői munka helyrehozását. Ilyen utólagos helyrehozásra hivatott testület hazánkban az Igazságügyi Orvosi Tanács. Viszont a megelőzés céljából létesült a „törvényszéki orvosi képesítő vizsga", amelyet az igazságügyminiszter 1894-ben azért rendszeresített, mert az első fokon igénybevett orvosok, az orvosszakértői működéshez szükséges képességekkel sokszor nem rendelkeznek s amiatt az ügy elintézése késedelmet szenved, a feleknek legfontosabb érdekei pedig veszedelembe kerülnek.

A külön vizsga rendszeresítésében megnyilvánult az a felismerés, hogy azok az orvostermészettudományi ismeretek, amellyel az egyetem elbocsátja a gyógyító orvosokat, a törvényszéki orvosi teendők elvégzésére, tehát az igazságszolgáltatás igényeinek kielégítésére nem elégségesek. Ugyanez a felismerés különben megnyilvánult hazánkban már mintegy 150 esztendővel ezelőtt a Helytartó Tanácsnak 1793-ban kelt abbeli rendelkezésében is, amely meghagyta a pesti egyetemnek, hogy a törvényszéki orvostannak külön tanszéket állítson s hogy azontúl ez is tárgya legyen az orvosok vizsgájának.

Sajnos a gyakorlatban sem a szakértőket igénybevevő jogászok, sem a szakértőkként felkínálkozó orvosok a fentebbi felismerés jelentőségét tudomásul nem vették. A jogászokban kipusztíthatatlanul meggyökerezett az a tudat, hogy minden orvos egyúttal kész törvényszéki orvos, s hogy a különleges szakmákat művelő orvosok a saját szakmájuk terén elsőrangú szakértők; az orvosokban pedig meggyökerezett az az önámító tévhit, hogy általános orvosi ismereteikkel vagy valamely különleges orvosi szakma területén szerzett ismereteikkel a jogászok által keresett igazságot meg tudják találni.

Főleg ebből a két körülményből fakadtak azok a rosszul intézett ügyek, amelyeket bel- és külföldön tartott előadásaimban, tan- és kézikönyveimben, egy nagyobb monographiaszerű és több kisebb közleményben hosszúranyult életpályám alatt kötelességszerűen ismertettem. Az a tény, hogy az esetek nagyrészében — mielőtt nagyobb baj történt volna — az igazság kiderült —, nem eléggé megnyugató, mert a tisztázott esetekkel szemben aránylag sok olyan eset áll, amelyek utólagos tisztázását a megelőző szakértői munka hiányossága s a bizonyítékok-

nak időközben megsemmisülése lehetetlenné tette.

Ismételten rámutattam közleményeimben arra, hogy az igazságnak legfőbb veszedelmét jelenti bűnügyekben a vélt bizonyítékoknak egymáshoz simulása, egymásból fakadása. Többször találkoztam esetekkel, amelyekben az alap nélküli szakértői megállapítások mellé, a terhelő bizonyítékoknak olyan tömege alakult ki, amely a terhelt védekezését megbénította, sőt belőle még el nem követett büncselekmény beismerését is kikényszerítette. Esztendők hosszú sora óta jelentkezik sűrűn megismétlődő visszaemlékezéssel nyugtalankodó lelkemben egy esetnek emléke, amelyben helytelen szakértői vélemények összekapcsolódása, hozzájuk simuló terhelő tanuvallomások és együgyű vádlottak beismerése halálos ítéletet eredményezett, amelyet később csak nagyon nehezen lehetett elhárítani. — Ez az eset és a hozzá hasonló esetek indítanak arra, hogy pályámnak végén, mielőtt ajkaim örökre elnémulnak, az igazság érdekében mégegyszer hallassam szavamat olyan esetek ismertetésével, amelyeknek azóta jutottam birtokába, amióta a legfőbb felülvéleményező testületnek, az Igazságügyi Tanácsnak tagjává lettem.*) Kezdem ismertetésemet egy esettel, amelyben a legnagyobb hitelesség látszatával létrejött szakértői vélemény izgalmas regénybe illő lépésekkel fejlesztette egy meg nem történt bűtény alapjának látszó gyanúját, a legkomolyabban veszélyeztetve ártatlan emberek életét.

A. B. 42 éves, özvegy vasöntősegéd vidéki városban konyhából és 2 szobából álló első emeleten fekvő lakásban együtt lakott E. nevű 20 éves leányával, aki időnként jelentkező epilepsiás rohamokban (szívbajban) szenvedett. Az apa időről-időre egy-egy éjszakát szeretőjénél a 22 éves C.nél töltött. Ez történt az 19 . . január 26-áról 27-ére virradó éjszakán is. Reggel 6 óra körül az apa szeretőjétől távozva, előbb benézett lakására, ahol a konyhában öltözködve találta leánya barátnőjét, a 17 esztendős D.-t. Tőle értesült, hogy az egész éjszakát leányával egy ágyban töltötte. Pár percnyi otthon tartózkodás után A. B. magához véve a konyhaszekrényből ebédjét, távozott. D. ott maradt, folytatva öltözködését, miközben egyszerre a szomszéd szobából E. sikoltását hallotta, s látta, hogy az ágyában vergődik, arcra fordul, hörög, majd elcsendesedik. Tudva, hogy barátnője szívbajos, gondolta, hogy majd jobban lesz. — Hirtelen felöltözve, munkahelyére indult, de közben beszólt a házban lakó ismerőseihez. Tudatta, hogy E. rosszul van és kérte G.-nét, hogy nézzenek utána. G.-né, aki előbb egyéb dolgait végezte, csak déli 12 óra körül ment fel A.-ék lakásába, ahol a leányt arccal lefelé fordulva, ágyában mozdulatlanul fekve találta. Rosszat sejtve, elment a leány atyjához, tudatta vele leánya rosszullétét. Az apa azonnal hazaindult s megérkezve megállapította leánya halálát. Erre G-né elment a tisztiorvosért, aki 3 ó 45 perckor megérkezvén, miután értesült az elhalt epilepsiás betegségéről, a holttestet megvizsgálta és megállapította, hogy „a halál 5—6 órával előbb állott be, valószínűleg epilepsiás rohamban bekövetkezett fulladás miatt". Külsérelmi nyomokat nem talált, csupán a kiterjedt sötétvörös hullafoltok voltak feltűnőek. Bár valószínűnek tartotta, hogy az elhalt természetes halállal halt meg, a halálok biztos megállapítása céljából a rendőri boncolást szükségesnek vélte.

A tisztiorvos értesítésére a rendőrség 27-én megjelent a helyszinen, a nyomozást megindította és a fentebbiek megállapítása után a halottat az egyetem halottasházába szállította.

A rendőri boncolásnál, — miután a boncolást végző X orvostól értesült, hogy E. gyanus körülmények között halt el — a vizsgálóbíró is megjelent, s miután „saját észlelete és az orvosszakértő véleménye alapján meggyőződött, hogy elhalton fojtogatási jelek vannak", a kir. ügyészség indítványát kieszközölve, elrendelte a bírói boncolást s ahhoz szakértőül X. és Y. orvosokat rendelte, akik évek óta rendszeresen foglalkoztak halottvizsgálatokkal.

A mintegy három óra hosszat tartó boncolás megállapítása szerint: „a boncolási lelet adatai arra utalnak, hogy a nyakat tompa és puha tárggyal történt nyomás, vagy odanyomás érte, amely a külső légutak mechanikus elzárásával fulladásos halált idézett elő". „A légzőutak elzárása puha tárggyal, párnával, esetleg rongyba burkolt kézzel, sállal történhetett."

A szakértői véleménynek közvetlen következménye volt, hogy a vizsgálóbíró felszólítására a rendőrség újabb behatóbb nyomozást indított, úgy A. B.-t, mint C-t és D-t őrizetbe vette. A behatóbb nyomozás az első nyomozással ellentétben már szolgáltatott gyanus adatokat. Kiderült a tanuk vallomásából, hogy C. csak azzal a feltétellel volt hajlandó A. B.-hoz feleségül menni, ha ennek leánya férjhezmegy, vagy más módon a háztartásból távozik. — Gyanus volt az is, hogy C. saját anyjának vallomása szerint a jan. 26-áról 27-ére virradó éjszakán A. B.-vel egy ágyban fekve, vele egész éjjel halkan beszélgetett, hogy F. tanu, aki a rendőrség intézkedése folytán azért, hogy A. B. titkát kicsalja, vele egy zárkába került, 31-én éjjel a poloskák miatt nem aludva, hallotta, hogy A. B. álmában megszólalt: „C mit tettél velem; minden ki fog derülni". Gyanut szolgáltatott az is, hogy C. ellen egy időben magzatelhajtás miatt eljárás folyt, hogy A. B. nem említette, hogy az elhalt nem volt saját gyermeke, hanem feleségének törvénytelen gyermeke.

D. gyanussá lett egy tanuvallomás alapján, amely szerint az elhalt reá féltékenykedett. Továbbá azért, mert M. tanuvallomása szerint reggel 7 órakor futva ment le a lépcsőn, nemkülönben azért is, mert reggel olvasóját keresve az ágyban, az ágyneműn vallomása szerint vérnyomokat nem látott, pedig azokat látnia kellett. Gyanussá tette D-t az is, hogy amikor meghallotta, hogy barátnője meghalt, felsikoltott. Különösen gyanus volt, hogy két tanunak azt mondotta, hogy amikor reggel elment, E.-nek semmi baja nem volt, beszélt, s amikor S. tanu „sírva kérdezte tőle, hogy nem volt e rosszul E., amikor ott hagyta, nem panaszkodott-e rosszullétről, a leghatározottabban kijelentette, hogy semmi baja nem volt, rosszullétről nem panaszkodott. Azt is mondotta D., hogy még azt fogják mondani, hogy ő fojtotta meg. D. a tanuk szerint „ezt az előadását teljesen nyugodtan tette, egyáltalán nem látszott rajta, hogy az elhunyt iránt nagy részvéttel viseltetik. Cinikus volt". Bűncselekményre gyanut szolgáltatott a helyszini vizsgálat is, amely a halott elszállítása és a szoba rendbehozása után a lepedőn, dunyhán, padlón és az ajtón vérnyomokat talált.

Az ágyneműn talált vérnyomokat a boncolást végző szakértők meg is vizsgálták, de semmi adatot nem találtak, arra, hogy az „menstruatio következtében került volna oda". Megállapították hogy az ágyneműn lévő vérnyomok „legfeljebb 1—2 hetesek és hogy ugyanolyan idős az ajtón lévő vérnyom is."

Maga a rendőrség elismerést érdemlő tárgyilagossággal megjegyzi ezek után, hogy miután a gyilkosságra vonatkozólag positiv adatokat a nyomozásnak felderíteni nem sikerült, nyomozás tárgyává tette az epilepsiát s

*) Az első 20 esztendő anyagát az Igazságügyi Tanács jogászok és orvosok tanulságára 10 kötetből álló gyüjteményben kiadta. A későbbi esetek gyüjteményes kiadását a világháború következményei lehetetlenné tették, úgy hogy ezek tanulsága csak külön közlemények útján biztosítható.

ennek fennforgására több tanu vallomását szerezte meg. Különös érdeme a rendőrségnek, hogy a mentőkörülményekre is nagy súlyt helyezett. Egyebek között szószerinti rögzítést érdemelnek azok a sorok, amelyekkel a nyomozást lezárta, mondván:

„A. B. azon állítása, hogy leányára a rosszullét csak éjjelenként szokott rájönni, az ú. n. epilepsia nocturnára utal, amelynek lefolyása, hogy a beteg ilyen görcsök alkalmával maga alá szokott vizelni. Hogy jelen esetben is E. halála előtt ágyába vizelt, bizonyítja az a körülmény, hogy az alatta lévő lepedő és derékaljként használt dunyhát a halott elszállítása után, a szoba rendbehozását végző tanu nedvesnek találta. A nedves foltot vizsgálva, annak szélén sárgás foltot lehetett találni, ami kétséget kizáróan azt igazolja, hogy az vizelet következtében keletkezett."

„Ezeknek figyelembevételével — folytatja a rendőrség — feltehető az, hogy E., amikor az epilepsia rájött, fejét párnájába vájta s ennek következtében fulladt meg. Ezen feltevést igazolhatja, illetve támogathatja az a megállapított körülmény, hogy E-nél az úgynevezett csecsemőmirigyek visszafejlődve nem voltak, s úgyszintén az érrendszere is gyengén fejlett (hypoplasticus) volt s így könnyebben beállhatott a fulladásos halál."

„Az esetben, ha ez a feltevésünk helytáll, akkor rá kell mutatnunk arra a feltevésünkre, hogy a kérdéses párnahuzaton talált vérnyomok a nyomozott büncselekménnyel összefüggésben nincsenek, mert feltevésünk szerint ezek a vérnyomok menstruatiós eredetűek is lehettek, amit az adott orvosi vélemény sem tart kizártnak."

A boncoló orvosok által elindított lavina azonban tovább gördült. Nyomása ránehezedett a tanukra, akik részletesebben, határozottabban nyilatkoztak, de a terheltekre és a hatóság tagjaira is. D, az elhalt barátnője, aki az éjszakát vele töltötte, az orvosi vélemény által meggyőzetvén arról, hogy gyilkosság történt, ebbeli meggyőződésében maga is igyekezett a gyilkost keresni. Elmondta, hogy az A. B.-ék lakásához vezető folyosónak egy második bejárója is van, véleménye szerint A. B. bérence, vagy leányának elutasított szeretője belopózhatott a lakásba és az ágy alá bújva megvárta amíg ő távozik és azután követte el a gyilkosságot. C.-né, A. B. szeretőjének anyja a büntény iránti meggyőződésében — leányát menteni akarva — visszavonta abbeli állítását, hogy A. B. leányánál töltötte az éjszakát. Ezt leánya, a terhelt C. is elvállalta, de amikor a vizsgálóbíró A. B.-vel és D-vel szembesítette, újból határozottan állította, hogy előbbi vallomása felel meg a valóságnak s abbeli vallomása mellett azontúl végig megmaradt, azzal, hogy „bármi történik vele, az igazságot megmondja".

Elfogadta teljes jóhiszeműséggel a gyilkosság megállapítását az ügyész és a vizsgálóbíró is. Ezen a réven mindhárom gyanusított vizsgálati fogságba került. A vizsgálóbíró, aki elismerést érdemlő buzgósággal végig figyelemmel kísérte a boncolást, sajnos hosszabb gyakorlat folytán sem szerzett olyan ismereteket, amelyek elégségesek lettek volna ahhoz, hogy a tudománynak látszólag legmagasabb szinvonalán álló szakértők következtetésének alaptalanságát felismerje és sugallásuknak ellentálljon. Kötelességszerűen, követve meggyőződését, igyekezett minden törvényes eszköz felhasználásával a nézete szerint fennforgó büncselekmény bizonyítékait megszerezni. Élénk világot vet meggyőződésének erősségére a D. kihallgatása alkalmával felvett jegyzőkönyv, amely szerint: „Eljáró bíró a gyanusítottnak elébe tartotta fiatal korát és azt, hogy csakis azon esetben számíthat az emberek könyörületére, ha töredelmes, beismerő vallomás által lelkiismeretén könnyít és az igazságszolgáltatás menetét tagadásával meg nem akasztja. Mire azután a gyanusított, akin kétséget kizárólag megállapítható volt az önmagával való tépelődés, több ízben szigoruan összeharapta szájaszélét, arca konok kifejezést öltött s egész könnyedén kijelentette, hogy ő nem bűnös. Amit tudott ebben a dologban, már a rendőrségen elmondotta."

Fáradságot nem ismerő buzgalmában a vizsgálóbíró D-nek abbeli vallomása alapján, hogy ez A-ék lakásához vezető folyósónak van egy másik bejárata is, helyszini szemlét tartott, megállapítva, hogy ott tényleg van egy ajtó, amelyet az alája épített pajta fedelén átmászva el lehet érni.

Lelkiismeretes gondosságára utal az is, hogy a nyomozás és a vizsgálat adatainak közlésével pótvéleményt kért a boncoló orvosoktól. Pótvéleményükben azok nemcsak megismételték helytelen vényeményüket, de igyekeztek azt még erősebben indokolni és új adatokkal megerősíteni. Megengedik, hogy az elhalt szenvedhetett valamely epilepsiaszerű betegségben, de kizárják, hogy ennek a halál bekövetkezésében szerepe lett volna. Határozottan fenntartják, hogy a boncolás adatai arra utalnak, hogy a légzőutak elzárása valószínüleg nem puszta kézzel, hanem rongyokba burkolt kézzel esetleg rongyoknak az arc és nyakra szorítása útján történt.

A pótvélemény beadását újabb tanukihallgatások követték. C. szomszédai közül többen vallották, hogy C. soha sem mondotta nekik, hogy A. B.-vel viszonya volna. Azt, hgy A. B. járt volna hozzá éjjelenként, soha sem látták, pedig azt látniok kellett volna. Egyik legnevezetesebb tanuvallomás volt C. anyjának fentebb már ismertetett vallomása, amely egybevetve a szembesítés eredményével, azt a gyanut keltette, hogy C. A. B.-nek „akaratát lenyügöző hatása alatt áll".

Maguk a terheltek úgy kihallgatásaik, mint a vádtanácshoz és a kir. ítélőtáblához intézett sűrűn megismételt felfolyamodásaikban, nemkülönben az elmebeli állapotukat megfigyelő orvosok előtt ártatlanságukat hangoztatták. Ugyanezt hangoztatták állandóan védőik is. Mindezekért a vizsgálóbíró szükségesnek tartotta az Igazságügyi Orvosi Tanács meghallgatását és erre nézve előterjesztést tett a vádtanácsnak. A vádtanács szintén kívánatosnak tartotta a felülvélemény beszerzését, tekintettel azonban arra, hogy a boncoláskor közreműködő orvosok csak alkalmi szakértők voltak s a törvényszéki orvos még nem nyilatkozott, ennek megkérdezését rendelte el. Indokolásában megemlíti, hogy terhelteknek E. halála körülményeire vonatkozó állításai megbízhatatlanok, megemlíti továbbá, hogy nyomatékos gyanut szolgáltatnak az orvosi szakértőknek egybehangzó véleménye és pótvéleménye arra, hogy E. halálát erőszakos úton fulladás okozta.

A vádtanácsnak a törvényszéki orvos meghallgatását elrendelő intézkedése nyitotta meg az igazság érvényesülésének útját, alkalmat adva *J. dr.* törvényszéki orvosnak, hogy szaktudását megszólaltassa. Az illető törvényszéki orvos május 28-án beadott véleményében a következőket terjeszti elő: „A hullaboncolás adataiból megállapítható, hogy E. halála fulladás folytán következett be, a fulladás pedig epilepsiás roham alatt a külső légutak lágy tárgyhoz történő odaszorítása által állott elő."

„Azok a külső- és belső elváltozások és vérbeszürődések könnyen magyarázhatók az epilepsiás roham által, nem pedig valamely más külerőszaki behatással".

„Ilyen körülmények között valószínűnek tartom, hogy E. halála epileptikus roham folytán következett be."

Hogy a törvényszéki orvosnak aránylag rövidre fogott véleménye —, amely szembehelyezkedett azoknak a szakértőknek a véleményével, akik évek óta rendszeresen

foglalkoztak halottvizsgálatokkal, a vizsgálóbíró lelkiismeretéből súlyos kritikát váltott ki azzal a kijelentéssel, hogy most már feltétlenül szükséges az Igazságügyi Orvosi Tanács megkérdezése, — érthető.

A törvényszék megkeresésére az Igazságügyi Orvosi Tanács alábbi egyhangú határozatával a boncoló orvosok véleményét alaptalannak és a boncolási lelet alapján indokolatlannak nyilvánította.

A boncolási jegyzőkönyv lelete és a vélemény egymással ellentétesek, amennyiben előbbiből azt a következtetést levonni, amelyet a boncolást végző orvosok levontak, hogy E. halálát a légzési nyilásoknak lágy tárgyakkal való szándékos betakarása, vagy rongyokba burkolt kézzel való megfojtás idézte elő, egyáltalán nem jogosult. A boncolási jegyzőkönyv adatai, nevezetesen a folyékony vér, a savóshártyákon mutatkozó petecsek, a tüdők tágultsága és a hullafoltok kiterjedt volta kizárólag csak annyit bizonyítanak, hogy a halál rövid ideig tartó halálküzdelem mellett állott be és hogy bekövetkezése alatt a légzést bénító, tehát fulladásszerű jelenségek is mutatkoztak. Hasonló lelet, mint amilyent a boncoló orvosok megállapítottak, a törvényszéki orvosi tapasztalatok szerint sokszor előfordul természetes okokból bekövetkező hirtelen halál eseteiben, s mutatkozik olyankor, amikor a halál epilepsia folytán áll be éspedig egyformán úgy, akkor, amikor a halált maga a betegség az általa kiváltott roham súlyossága miatt idézi elő, mint akkor, hogyha az epilepsiás görcs által létesített légzési bénulásnak fokozásához külső körülmények járulnak hozzá, pl. az, hogy az öntudatlan állapotban lévő egyén fekhelyén arcra fordul és az ágynemű orrát-száját eltakarja.

A fentebbiekért elemi szabálya a törvényszéki orvostannak, hogy szándékosan előidézett fulladást mindaddig megállapítani nem szabad, amíg a fulladást előidéző külső behatás szerepe tárgyi bizonyítékokkal be nem igazoltatik s a szándékosan előidézett fulladás gyanuját is csak akkor lehet és szabad nyilvánítani, hogyha a holttesten idegen támadást, ellenállást, küzdelmet bizonyító jelek találtatnak fel.

A jelen esetben sérülési nyomok, amelyek idegen támadást, küzdelmet bizonyítanának, a boncoló orvosok által erőteljesnek, izmosnak mondott nőnek a holttestén egyáltalában nem mutatkoztak, s így az idegen támadás szerepének még a gyanuja sem indokolt, de nem indokolt a fulladás szándékos előidézésének bizonyítása sem, azért, mert sem lágy tárggyal megfullasztásnak sem kézzel történő megfojtásnak egyetlen jele sem volt megállapítható.

Azok a sötétvörös, vagy szederjes foltok, amelyeket az arcon és nyakon feltaláltak, csak hullafoltok voltak, amelyek a vér süllyedése folytán mindazokon a helyeken mutatkoztak, amelyek a halott hasonfekvő helyzete mellett legmélyebb helyre kerültek. Ugyanennek az oknak, tehát a vér süllyedésének, tudható be az is, hogy a halott bal szeme erősebben ki volt dülledve, mint a jobb szeme, hogy előbbinek kötőhártyája belövelt, azon kicsiny erek is jól látszottak azért, mert a bal szeme a hason fekvő helyzet mellett mélyebbre került, mint a jobb.

Ugyancsak süllyedés folytán keletkeztek, tehát hullafoltoknál nem voltak egyebek azok a csíkok, amelyek a testnek különböző helyein mutatkoztak, amelyek közül az arcon és nyakon lévőket a boncoló orvosok mint a megfojtás bizonyítóit szerepeltették, de a mellen, az emlőkön lévőket egyszerűen elhallgatással mellőzték. Ezeknek a csíkoknak jelentkezését magyarázza az a körülmény, hogy az elhalt ráncokat vető ágyneműen feküdt, amelynek kiemelkedő redői a bőrt a hullafoltos területeken helyenként némileg nyomták, helyenként azonban nyomástól mentesen hagyták, úgy hogy az utóbbi, tehát nyomásnak ki nem tett helyekre a vér fokozottabb mértékben süllyedhetett, sötétebb csíkokat hagyva.

Hogy a jelzett csíkok tényleg csakis a fentebbi módon keletkezett hullafoltok voltak, bizonyítja a halottvizsgálatot végző orvosok által megállapított, de általuk helyesen nem értelmezett az a tény is, hogy azok helyenként egy-egy részükön ujjnyomásra eltüntek, de egyebütt ujjal történő nyomás után is fennmaradtak. Az, ami ujjnyomásra akár egészben, akár csak egyrészében is eltünik, semmi egyéb, mint hullafolt nem lehetett, mert olyan sérülés, amely, hacsak részben is, ujjnyomásra eltünne, nincs! Hogy a csíkok egyes helyeken részben ujjnyomás után is megmaradtak, természetes magyarázatát találja abban, hogy a halott hosszabb ideig, több órán keresztül feküdt hason és így a vér az ereknek falán kisziárogva, az erek környezetét színezte, ami annál könnyebben megtörténhetett, mert maguk a boncoló orvosok hangsúlyozzák, hogy az elhalt vérrendszere fejletlen volt és vérereinek fala a vért könnyebben átbocsátotta. A boncoló orvosoknak az az érvelése, hogy a feltalált foltok és csíkok azért nem voltak hullafoltok, mert a hullafoltok a halott helyzetének változtatásával helyüket változtatják, tehát tekintettel arra hogy a halottat a halottas házban hanyatt fektették, a nyakáról el kellett volna, hogy tünjenek, nem helytálló azért, mert tapasztalás szerint a hullafoltok vándorlását számos, sokszor meg sem határozható ok befolyásolja, egyebek között késlelteti, sőt teljesen meg is szüntetheti a halottnak alacsony hőmérsékleten tartása.

Minthogy tehát a holttesten sérülések egyáltalán nem voltak, egészen érthetetlen, hogy a boncolást végző orvosok véleményükben és póvéleményükben saját leletükkel ellenkezésbe jutva, a nyakon lévő *„horzsolásokról"* beszélnek akkor, amikor a törvényszéki orvosi de általában az orvosi nyelv is horzsolásokról csak akkor szól, ha dörzsölés folytán a bőrnek valamelyik, akár csak a legfelületesebb hámrétege is lesuroltatott, amit a boncolási jegyzőkönyv sehol sem állapít meg.

Teljesen érthetetlen, hogy az orvosi vélemény a gyilkosság bizonyítékaként azt hozza fel, hogy az arcon számos horzsolás van, amikor azon csak egy mákszem és egy kölesnyi, biznytalan eredetű foltocska, esetleg hámhiány volt ,továbbá, hogy a nyakon is, véleményükben hosszirányú horzsolásokat állapítanak meg, amelyek pedig a leletben szintén nincsenek megállapítva.

Sajnos a véleményben indokolatlanul szereplő fentebbi kifejezések azokat, akik orvosi dolgokkal behatóan nem foglalkoznak s a véleményt a lelettel összevetni nem tudják, megtéveszthetik, bennük súlyos sérülések tudatát keltve. Még fokozottabb mértékben áll ez a vélemény abbeli kijelentésére, hogy a nyakon „ujjlenyomatokhoz némileg hasonló" foltok vannak, amiből mindenki önkéntelenül is kézfogásra kell, hogy következtessen, aki észre nem veszi, hogy az állítólagos ujjlenyomatok a leletben, mint mákszemnyi, kölesnyi, kendermagnyi vérzések szerepelnek.

Mákszem-, köles-, kendermagnyi, hasonló foltok sem szabad kéz, sem rongyokba burkolt kéz szorítása folytán nem keletkezhetnek, s hogy nem így keletkeztek bizonyítja az a tény, hogy ugyanolyan vérzések voltak a hasnak és a test más részének bőrén is, amelyeket époly joggal lehetett volna magyarázni az említett részek rongyba burkolt kézzel történő megszorításából, mint ahogy ebből magyarázták a boncoló orvosok a nyakon lévőket.

Az elmondottakból következik, hogy a boncoló orvosok által felvett lelet alapján a halál természetes okból bekövetkezését még akkor sem lett volna szabad kizárni, ha az eset körülményei betegség fennforgására adatokat nem szolgáltattak, annál kevésbbé lehetett azt kizárni a

jelen esetben, amikor nemcsak tanuvallomások, de még orvosi adatok is az epilepsia fennforgását valószínűsítik. Ha a tanuvallomások kifejezett epilepsiát nem bizonyítanak, arra a figyelmet még is eléggé alaposan felhívják. Ugyanez áll a boncoló orvosok által megállapított adatot illetőleg. Az a tény, hogy az agyon, agyburkon epilepsiára utaló elváltozást a boncjegyzőkönyv nem említ, de viszont megállapítja, hogy az elhaltnak koponyája 8 mm. vastag, tehát kétszer olyan vastag volt, mint egy kifejlett, erőteljes férfi koponyája ezzel egy olyan rendellenességet állapít meg, mely a központi idegrendszer működését befolyásolva alkalmas arra, hogy akár epilepsiás, akár más görcsös rohamokat váltson ki.

Az elhalt egyes tanuk vallomása szerint különös természetű, a boncjegyzőkönyv szerint tetves, piszkos, mindenesetre alsóbbrendű, feltehetőleg degenerált egyén volt. A boncoló orvosok megállapítása szerint érrendszere fejletlen, lépe a rendesnél jóval nagyobb, csecsemőmirigye 45 g. súlyú volt, koponyája a rendesnél vastagabbnak találtatott, ezenfelül pajzsmirigymegnagyobbodásban, tehát golyvában is szenvedett s mindezek révén alkalmas volt arra, hogy görcsös rohamai legyenek, valamint arra is, hogy ilyen görcsös roham közben hirtelen meghaljon.

Hogy halála tényleg görcsös roham követtésével állott be, arra támogató bizonyítékot szolgáltat a boncjegyzőkönyv azoknak a mákszem, kendermag, kölesnyi vérzéseknek megállapításával, amelyek a nyakon, mellen, hason és a belső részeken is mutatkoztak. Testszerte jelentkező hasonló vérzések erőszakos úton előidézett fulladásos halál eseteiben nem igen fordulnak elő, de viszont gyakran jelentkeznek olyan esetekben, mikor a halál görcsökkel kapcsolatban áll be, úgy hogy jelenlétük minden más adat hiányában is kötelezi a törvényszéki orvost, hogy ilyen görcsös roham fennforgására gondoljon. — Létrejönnek olyan módon, hogy a görcsös roham közben a testnek különböző helyein apró vérerek megrepednek, s ezeknek szakadásából szivárog a vér azokra a helyekre, amelyek mélyebben feküsznek, ott mákszem- kölesnyi vérzéses foltokat alkotva.

Valószínű, hogy ezek az apró vérzések is hozzájárultak ahhoz, hogy a halottszemlét végző „tisztiorvos, esetleg anélkül, hogy magának számot tudna adni indokairól, a „beteg külleme alapján" elfogadta az epilepsia fennforgását.

Összegezve az elmondottakat, az Igazságügyi Orvosi Tanács megállapítja, hogy mindazok a jelenségek, amelyeket a boncoló orvosok megállapíttottak, kivétel nélkül mind kellő magyarázatukat találják abban, hogy az elhaltat epilepsiás roham lepte meg és ez volt halálának előidézője. Halála vagy úgy következett be, hogy maga a roham súlyossága idézte elő a fulladást, vagy pedig oly módon, hogy az elhalt öntudatlan állapotban, véletlenül került arccal lefelé fordulva az ágyneműre és ezen a réven orrának és szájának eltakarása is hozzájárult a légzés korlátozásához. Az Igazságügyi Orvosi Tanács tehát hozzájárul *J. dr.* törvényszéki orvos megállapításához, aki a maga törvényszéki orvosi tudásával megtalálta az igazságot, anélkül, hogy a halottat látta volna, kizárólag a boncolási jegyzőkönyv leírása alapján.

A fentebbi értelemben válaszolta meg a Tanács a törvényszék 8 kérdését, azzal a hozzátoldással, hogy semmi támpont sincs annak feltevésére, hogy a halott helyzetét utólag megváltoztatták volna és válasz nélkül hagyva a 8. kérdést, amely azt tudakolta, hogy egy vagy két egyén végezte-e a megfojtást.

Az ismertetett eset — épúgy, mint sok más hasonló eset, amelyet hosszú gyakorlatom folyamán észleltem — élesen rávilágít arra a tényre, hogy sem az általános orvosi tudás, sem valamely különleges orvosi szakma beható ismeretei nem elégségesek az igazságszolgáltatás igényeinek kielégítésére. Be nem avatottak előtt mindenesetre megdöbbentő és megbotránkoztató, hogy olyan orvosok, akiknek élethivatása halottak vizsgálata, akik éveket töltöttek az egyetemeknek halottvizsgálatokkal foglalkozó intézetében, a halál okának megállapítására képtelenek. Beavatottak előtt azonban tévedésük érthető és ezzel menthető is. A gyógyító orvoslás szempontjait szolgáló halottvizsgálatokra a kórházakban, klinikákon elhaltak holttestei kerülnek. Sem természetes okokból, sem külső behatások folytán hirtelen elhalt egyének holtteste a kórbonctan tudományos anyagában nem fordul elő. Ennek a szakmának, — mint az orvostudomány alapvető, legfontosabb szakmájának — feladata az orvosi diagnosis ellenőrzése mellett a különböző betegségek felismerését továbbfejleszteni, elhárításuk és gyógyításuk eszközeit keresni. Nem érdeklik közelebbről a kórboncnokot a halál bekövetkezése után mutatkozó jelenségek. Nem érdeklik a halotton, vagy annak környezetében mutatkozó nyomoknak tömege sem, amelyek pedig sokszor beszédes bizonyítói lefolyt tényeknek. Az igazságszolgáltatás érdekében végzett halottvizsgálatoknak is csak a kórbonctani tudás adhat szilárd alapot. Halálesetek tisztázásában ez a tudományszakma az igazságszolgáltatás legfontosabb, nélkülözhetetlen segítőtársa. De azokat a fényes eredményeket, amelyek elérésére hivatott az igazságszolgáltatás mezején, csak megfelelő különleges törvényszéki orvostani-ismeretekkel kiegészítve érheti el. Hogy azok hiánya súlyos bajoknak lehet okozója, bizonyítja a közölt eset.

A törvényszéki orvostan szempontjából az eset egészen egyszerű és közönséges. Kellő törvényszéki orvosi tudással vértezett orvosnak meg kellett találnia az igazságot úgy, amint azt mindjárt kezdettől fogva helyesen látta a tisztiorvos a halottkémlés körüli ismereteivel és amint azt megtalálta *J. dr.* törvényszéki orvosi ismereteivel. Egészen bizonyos, hogy ha a boncolást ők, vagy hasonló tudással rendelkező orvosok végzik, nem állott volna elő az a nagy veszedelem, amely 3 ártatlan embert fenyegetett.

A veszedelem nagy volt. Ha a bírói lelkiismeret nem szólaltatja meg a törvényszéki orvostant, ha a dolgok a megszokott úton haladnak tovább, nevezetesen, ha a törvényszéki orvos az adatok alapos tanulmányozása nélkül csak a főtárgyaláson nyilvánította volna a hirtelen elébetárt adatok alapján véleményét, az egyik terheltet, mint tettest, a másikat mint felbujtót utolérhette volna a legsúlyosabb, soha többé jóvá nem tehető, büntetés.

A tévedés jóhiszeműsége kétségtelen. A boncoló orvosok a legkomolyabb igyekezettel keresték az igazságot. Leletük mintaképe az alapos, mindenre kiterjedő megfigyelésnek. Boncoló eljárásuk és leírásuk nagy gyakorlatról és alapos tudásról tanuskodik. Éppen leírásuk részletessége adott módot arra, hogy a felülvéleményezés az igazságot megállapíthassa. Arról persze, hogy a helyesen felvett leletből a következtetéseket törvényszéki orvosi ismereteik és tapasztalataik fogyatékossága miatt helyesen levonni nem tudták, nem tehetnek. Hibájuk tulajdonképen abból állott, hogy saját tudásuk határait nem ismerve, olyan feladatra vállalkoztak, amely tehetségüket meghaladta.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács véleményét nyomon követte a szabadlábra helyezés, majd a vádelejtés. Ezután következett az ártatlanul elszenvedett 139, illetve 136 napig tartó vizsgálati fogságért megindított kártalanító eljárás. A. B. a keresetében bekövetkezett veszteség, valamint az elszenvedett károsodás és ügyvédi honorárium címén (az akkor uralkodó infláció idején) 19 millió és 750

ezer koronát, C. és D. ugyanezeken a címeken 6 millió 836.460, illetve 7 milló 440.000 koronát követeltek s a Kúria a kártalanítás jogosságát elvben elismerte. Ha a felszámított összegekhez hozzávesszük a hosszúra nyult hivatalos eljárás költségeit is, olyan összeg áll elő, amely igazolja azt az ismételten hangoztatott kijelentésemet, hogy az igazságszolgáltatás a köteles takarékosság elvét akkor valósítja meg, ha gondoskodik arról, hogy a bünügyek megindításakor megfelelő különleges orvosszakértői segítség álljon rendelkezésére.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A tüdőverőér kisérleti elzárásának hatása a coronaria-keringésre.

(Adat a tüdőembolia okozta hirtelen halál pathomechanismusának magyarázatához.)

Irták: *Egedy Elemér dr. és Kelemen László dr.*

Az aorta kezdeti szakaszának leszorítására előállott ST szakasz depressio, majd a perikardium ürének kitöltésére előállott intraperikardialis nyomás fokozás okozta ST szakasz elevatio, amikről előző közleményeinkben már beszámoltunk, érdeklődésünket a coronaria keringés további kisérleti befolyásolhatóságára irányította. Eddigi kísérleteinkben a kamrafalra gyakorolt nyomást fokoztuk előbb belülről, a bal kamrában uralkodó nyomás fokozásával, majd kívülről, a perikardialis ürben uralkodó nyomás fokozásával. Az aorta leszorítása az intraventricularis nyomás fokozódása következtében csak a bal kamrában fokozta a nyomást, míg a kívülről ható intraperikardialis nyomás fokozódás, jóllehet mindkét kamrafalra gyakoroltatott, csak a jobb kamrafalra érvényesült.

Jelen kísérletsorozatunkban az arteria pulmonalis törzse leszorításának hatását vizsgáltuk a coronaria keringésre, illetve a pulmonalis embolia okozta hirtelen halál pathomechanismusát óhajtottuk in situ tanulmányozni. Feltevésünk szerint az arteria pulmonalis leszorítására a jobb kamrában uralkodó nyomás hirtelen fokozódásának kell bekövetkeznie s ennek következtében a kamrafalban futó arteriáknak szűkülniök kell s az elektrokardiogrammon az aorta leszorításával kiváltható ST szakasz depressióval ellentétes ST szakasz elevationak kell kifejlődnie, mint ahogyan várakozásunkon felül létrejött az az intraperikardiális nyomásfokozódás következtében, amit a jobb kamrafalra gyakorolt nyomásfokozódással magyaráztunk. Kisérleteinkben az előző kisérleteinkhez teljesen hasonlóan jártunk el. 15—20 kg-os egészséges kutyák mellkasát aethéres altatásban túlnyomás mellett megnyitottuk, szivüket szabaddá tettük, a szivet ellátó idegeket épségben hagyva. A szívműködést a kisérlet előtt és a kisérlet alatt állandóan elektrokardiographikusan registráltuk. Az arteria pulmonalis leszorítását erős sebészi érszorítóval végeztük.

A kísérlet újabb meglepetéssel járt. A leszorítás után a jobb kamrában uralkodó nyomás gyorsan növekedett ugyan, aminek következtében a jobb kamra golyószerűen szemlátomást gyorsan kitágult, majd minden esetben 1 percen belül a tüdők sápadtak, 2 percen belül krétafehérek lettek, a 3. percben a bal kamra üressé, petyhüdtté vált és ennek következtében az aortabeli nyomás rohamosan süllyedt, ellentétben az aorta leszorításakor észlelt nyomás emelkedésével. Természetesen a bal szívfél üressé válása, az aortában uralkodó nyomás hirtelen megszűnése, az arteria coronariák telődésének megszűnését eredményezte. A kísérlet 3. percében előttünk állott tehát a golyószerűen kitágult, szederjesen áttünő jobb kamra, a krétafehéren tündöklő tüdők, a petyhüdtté vált, üres, összeesett bal kamra és a teljesen üres arteria coronariák. — *Az elektrokardiogrammon a kisérlet ezen 3 perce alatt egy nem várt és eddig még nem is észlelt elváltozás fejlődött ki. Az ST szakaszok kissé süllyedtek ugyan s negativ, csúcsos T hullámban végződtek, ellenben az elektrokardiogramm γ szakasza magasra emelkedett, elevált lett.*

10 kísérletet végeztünk azonos feltételek mellett, azonos eredménnyel, ezért csupán egy kísérletnek lefolyását, illetve elektrokardiogrammjait ismertetjük részletesen.

A γ szakasz mozgását eddig még nem észleltek s nem is írtak le. Úgy tudtuk, hogy az elektrokardiogrammnak ez az egyetlen szakasza, ami állandónak és mindenkor isoelektrikusnak tartható, hiszen nyugalmi szakasz, csupán hossza (ideje) változhatik meg aszerint, hogy a szívműködés szapora, vagy lassú. Mi kisérletünkben *a γ szakasznak csupán elevatióját észleltük.* Az elevatio oka kisérleteink alapján a két arteria coronaria ág vérnélküliségével, illetve az általuk ellátott izomzatnak, tehát mindkét kamrafél izomzatának anoxaemiájával magyarázható, ellentétben a β (ST) szakasz eltérésével, *melynek depressiója és elevatiója ismeretes* s azok az egyik, vagy másik kamrafél izomzatának anoxaemiás állapotával függenek össze. Hogy a γ szakasz deviatiója tényleg ilymódon fejlődik ki, azt igazolja a kísérletünk befejezése, vagyis az arteria pulmonalis leszorításának hirtelen megszüntetése, amire az elváltozások a leszorításra előállott sorrendben fejlődnek vissza: 1. a jobb szívfél visszanyeri természetes alakját, nagyságát és színét, 2. a tüdők kipirulnak, 3. a bal kamra visszakapja tónusát és teltségét, 4. az aortában uralkodó nyomás emelkedik és az arteria coronariák is telődnek. Ezzel egyidejüleg gyorsan visszafejlődnek az elektrokardiogramm ST és γ szakaszán észlelt eltérések is.

Mint érdekességet említjük meg, hogy ha a két arteriát (aortát és arteria pulmonalist) egyszerre szorítjuk le, akkor az arteria pulmonalis leszorításához hasonló elektrokardigrammot kapunk; ennek magyarázata szintén a két coronaria ág vérkeringésének hiánya, illetve mindkét szívfél izomzatának anoxaemiája.

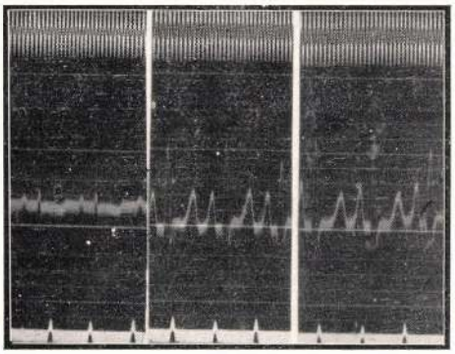
A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A chinidin hatása a kamralebegésre.

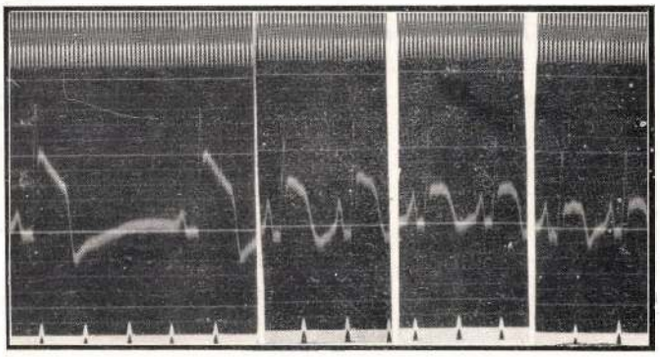
Irták: *Egedy Elemér dr. és Kelemen László dr.*

A szívpathologiában a pitvar igen szapora, szabálytalan összehuzódásainak megszüntetésére, a pitvari fibrillatio regularisálására, a chinidint már régen ajánlották és használják is jó eredménnyel. A kamralebegés megszüntetésére, illetve megelőzésére is történtek már próbálkozások, de eleddig eredmény nélkül. *Singer* coronaria thrombosisban mutatkozó kamra lebegés elhárítására ajánlotta a chinidint peroralisan mindaddig, mig a hőmérséklet rendessé nem válik. *Okamoto* állatkisérletben alkalmazta intravenásan a chinidint venticularis extrasystolek és pitvari fibrillatio megszüntetésére, amit ő béka szíven elektromos izgatással hozott létre. Ugyancsak eredményt tudott elérni tengeri malac szívén is, azonban kamralebe-

Műmelléklet Egedy Elemér dr. és Kelemen László dr.: „Az intraperikardialis nyomásfokozódás hatása a coronaria-keringésre" c. cikkéhez. (O. H. 1938. 5. sz.)



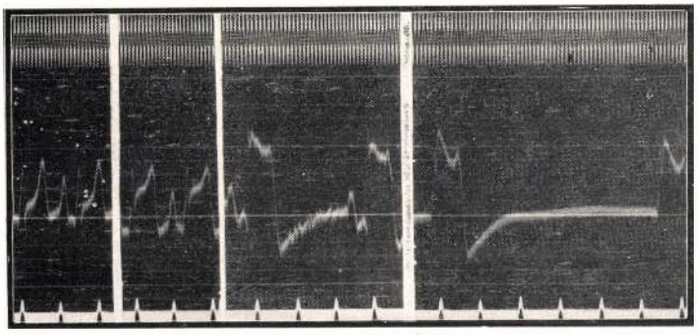
1. ábra. E. I. II. III. elvezetés. Felvétel a kisérlet előtt.



a *b* *c* *d*

3. ábra. E. II. elvezetés.

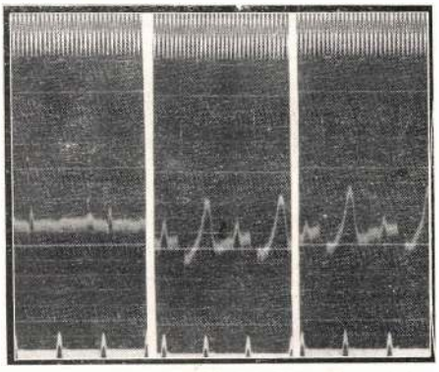
a) pericardium nyitás után 3 perc, *b)* 10 perc, *c)* 20 perc, *d)* 30 perc muva készült felvétel. A felvételeken az ST szakasz fokozatos visszatérése az isoelektromos vonalba, a frequentia növekedése, P hullám megjelenése tapaszta ható.



a *b* *c* *d*

2. ábra. E. II. elvezetés.

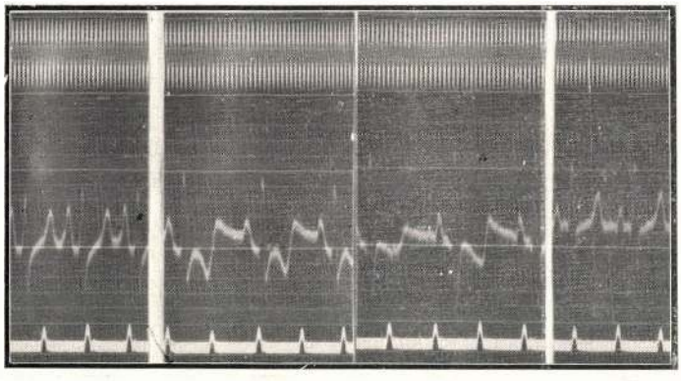
a) 100 ccm., *b)* 200 ccm., *c)* 300 ccm. folyadék befecskendése után, *d)* 300 ccm. folyadék befecskenlezése után 3 perc mulva készült felvétel. A felvételeken az ST szakasz fokozatos emelkedése, a frequentia csökkenése, majd a QRS csoport alapjának kiszélesedése és a P hullám eltünése figyelhető meg.



4. ábra. E. I. II. III. elvezetés.

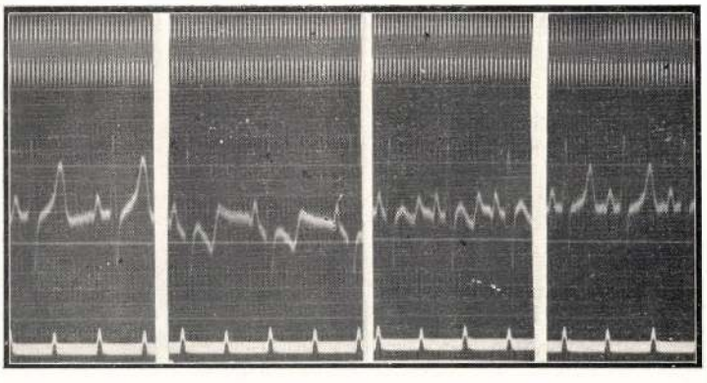
A pericardium megnyitása után egy óra mulva készült felvétel.

Műmelléklet Egedy Elemér dr. és Kelemen László dr.: „A tüdőverőér kisérleti elzárásának hatása a coronaria-keringésre" c. cikkéhez. (O. H. 1938. 8. szám.)



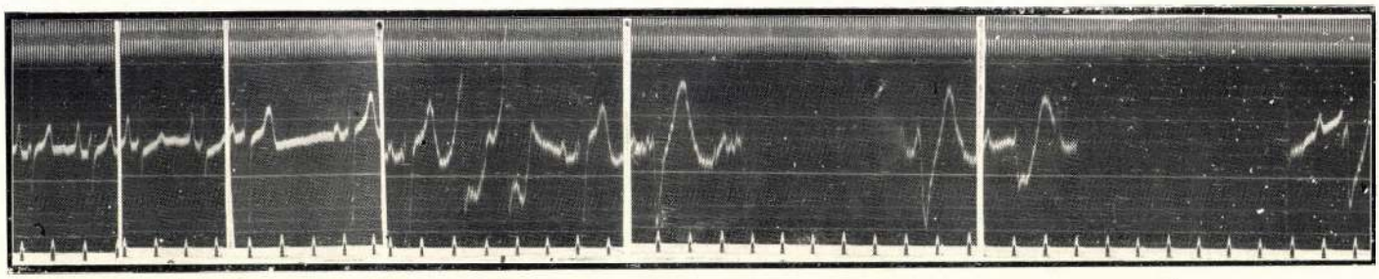
a *b* *c* *d*

1. ábra. E. II. elvezetés. *a)* Kisérlet előtt. ST szakasz és γ szakasz isoelektromos vonalban fut. *b)* Az art. pulm. leszorítása után 2 perc múlva, ST szakasz az isoelektromos vonalban fut, ferde lefutású, csúcsos, negativ T hullámban végződik. γ szakasz magasan az isoelektromos vonal fölé emelkedik, P hullám magasan kezdődik. α szakasz az isoelektromos vonalban fut. *c)* Leszorítás megszüntetése után 5 perc múlva. γ szakasz már csak kissé elvált. *d)* Leszorítás megszüntetése után 10 perc múlva. γ szakasz az isoelektromos vonalban fut, vízszintes.

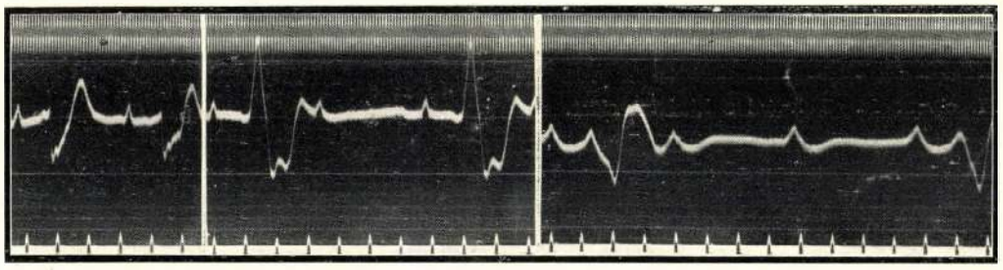


a *b* *c* *d*

2. ábra. E. II. elvezetés. Ugyanazon állaton 15 perc szünet után végzett újabb art. pulm. leszorítás fölvételei. *a)* Leszorítás előtt. *b)* Leszorítás után 2 perc múlva, jelentékeny γ szakasz elevatio. *c)* Leszorítás megszüntetése után 10 perc múlva, kisfokú γ szakasz elevatio. *d)* Leszorítás megszüntetése után 20 perc múlva, γ szakasz az isoelektromos vonalban fut.

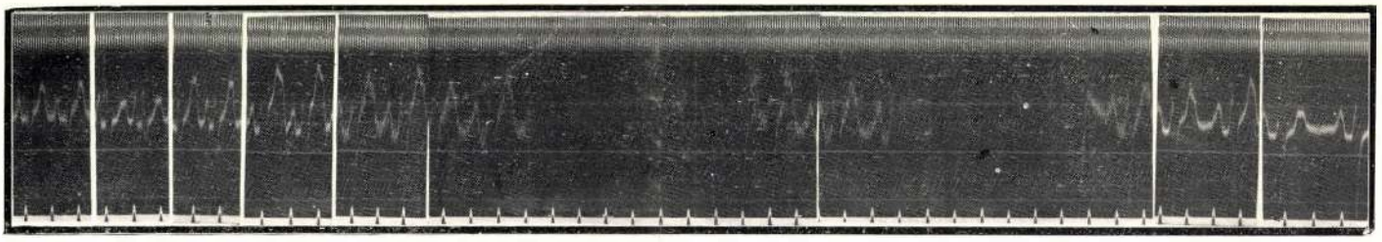


a b c d e f



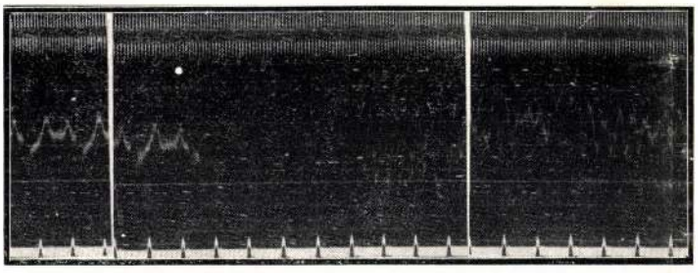
g h i

1. ábra. E. II. elvezetés.



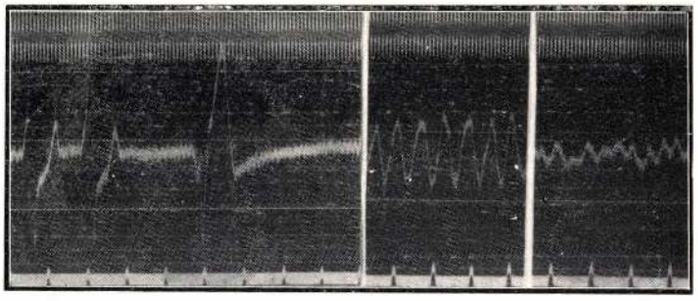
a b c d e f g h i

3. ábra. E. II. elvezetés.



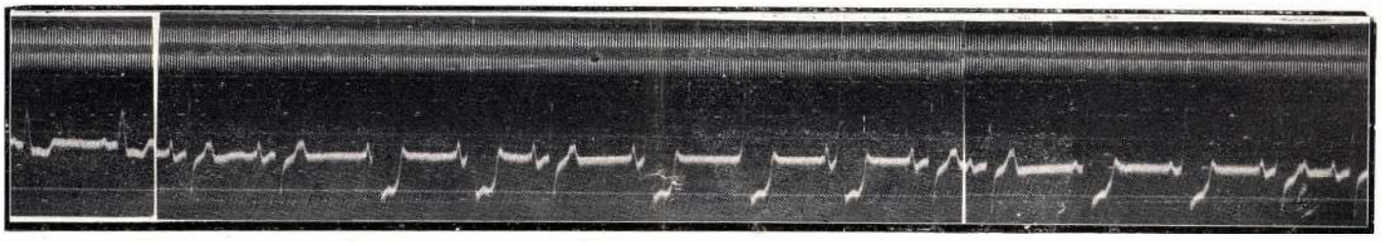
a b c

2. ábra. E. II. elvezétés.

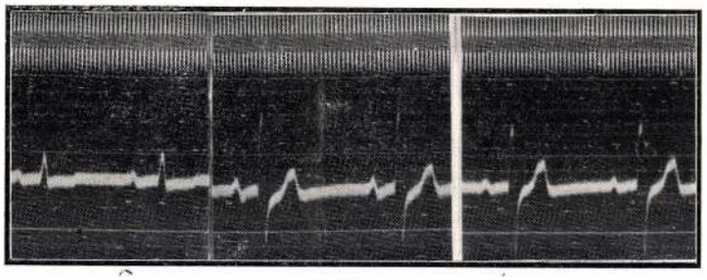


a b c

4. ábra. E. I. elvezetés.



1. ábra.



2. ábra.

gést nem tudott vele megszüntetni. *Okamoto* kisérleteiből még az derült ki, hogy az acetylált chinidin sokkalta erősebb hatású, mint a chinidinnek ismert sói. *Okamoto* kisérleteit *Meijboom* utánvizsgálta isolált béka szíveken és eredményeit megerősítette. *Lawrence, Friedländer* és *Jackson* mesterségesen (bariummal, digitoxinnal, veratrinnal, aconitinnel) arythmiássá tett szívműködést chinidinnel szabályossá tudott tenni, sőt a pitvarkamrai sövénybe fecskendezett chloroform-alkoholra előállott szívblokkot, vagy a fradisálással előidézett pitvari remegést és lebegést is szabályossá tudta tenni i. v. chinidinnel. A paroxysmalis tachykardia megszüntetésére *Scott, Moersch, Hochrein* peroralisan, *Drucker, Padilla* és *Cossio* pedig intravenásan ajánlják a chinidint. *Padilla* és *Cossio* 24 óra alatt 0.15 gr.-t adnak steril serumban oldva 10 kg. testsúlyra.

Mi kisérleteinkben mesterséges kamralebegést idéztünk elő s azt igyekeztünk chinidinnel megszüntetni. Kisérleteink menete a következő volt: 15—20 kg-os egészséges kutyákon morphin bódulatban tracheotomiát végeztünk. A tracheába a Mayer-pumpa canuljét kötöttük be, a Mayer pumpát pedig egyikünk (*Egedy*) által szerkesztett altató készülékkel kötöttük össze. A canul-ön keresztül levegő és aether keveréket juttatunk a tüdőbe és így aether narkosisban a mellkast megnyitottuk, majd a pericardium megnyitásával szabaddá tettük a szívet, ügyelve azonban a szívet ellátó idegek épségére azért, hogy kisérleteinket a lehetőség szerint physiologikus körülmények között végezhessük el. A szívet kisérlet közben testhőmérsékü Ringer oldatba mártott vattával óvtuk a kiszáradástól. Kisérlet előtt a szívműködést elektrokardiographikusan regisztráltuk. A kisérlet a szívnek faradikus árammal való izgatásából állott. Az elektromos tüvel egyszer a pitvarkamrai határt, máskor a jobb kamrát, majd a bal kamrát érintettük, erre kamralebegés jött létre, amit aztán elektrokardiographikusan állandóan regisztráltunk. A kamralebegés beálltakor azonnal beadtuk a nyaki venába kötött canulön keresztül a chinidint. Több kisérletünk eredménytelenül végződött. Az eredménytelenség oka a chinidin adagjának helytelen megválasztása volt. Az irodalomban ugyanis a chinidin intravenás adagját — nem tekintve *Padilla* és *Cossio* említett adatát — nem adják meg a szerzők. Kisérletre használható a chinidinum sulfuricum, a bisulfuricum, a hydrochloricum és az aetyl-chinidin, mely 10-szer erősebb, mint a többi. Mi kisérleteinkben azt tapasztaltuk, hogy a kisérleti állatoknak testsúly-kg-ként 0.005—0.01 g chinidinum bisulfuricum elegendő, illetve ennek az adagnak nincs a kisérletet zavaró toxikus hatása a szívre. A chinidin dosisának helyes megállapítása után foghattunk hozzá kisérleteinkhez, amelyek eredménynyel végződtek. Kisérleteinket így 3 csoportba oszthatjuk:

I. csoport. Ebbe a csoportba sorozzuk azokat a kisérleteket, melyet a chinidin túlnagy mérgező adagai miatt sikertelenül végződtek ugyan, de mégis tanulságosak. Kisérjünk végig egy ilyen esetet. (1. ábra. E. II. elvezetés). *a)* felvétel a kisérlet előtt, *b)* felvétel 0.40 g. chininum bisulf. i. v. után 1 perc mulva, *c)* 5 perc mulva, *d)* faradicus izgatás, amire 2 ES jelentkezik, *e)* újabb, erős faradicus izgatás, amire asystolia lép fel, *f)* újabb faradicus izgatás, amire ismét asystolia mutatkozik, *g)* a PQ távolság meghosszabbodik, a QRS csoport alapja kiszélesedik, *h)* jobb Tawara-szár laesio és 2:1 block jelentkezik, *i)* arborisatiós block mutatkozik, majd a chinin után 30 perc múlva szívbénulás.

A többszörös és erős faradicus izgatás ellenére kamaralebegés nem mutatkozott, ellenben a szív a chinidinártalom következtében ½ óra mulva megbénult.

II. csoport. Ebbe a csoportba már a kisérlet sikerét nem veszélyeztető, ú. n. optimalis adagot adtunk és úgy jártunk el, előbb létrehoztuk faradicus árammal a kamralebegést és csak akkor adtuk be a chinidint. E sorozatból csupán egy esetben sikerült a kamralebegést chinidinnel megszüntetnünk, míg 9 esetben a szív 1—3 percen belül megbénult a kamralebegés következtében. Kövessük egy ilyen kisérlet lefolyását. (2. ábra. E. II. elvezetés.) *a)* felvétel a kisérlet előtt, *b)* faradicus izgatásra 1 másodpercig tartó asystolia, utána kamralebegés, *c)* kamralebegés közben hirtelen 0.15 g chinidin i. v., mire a kamralebegés remegéssel váltakozik. Sinus rhythmus nem állott helyre, a szív megbénult.

III. csoport. Ebben a csoportban a II. csoport sikertelenségén okulva, már fordítva jártunk el. Előre praeventiv szándékkal beadtuk az optimalisnak bizonyult chinidin adagot és utána 2—5 perc mulva próbáltuk faradicus árammal a kamralebegést előidézni. Az egymás után többször, némelykor 5-ször is alkalmazott 2—3 másodpercig is tartó elektromos izgatás ellenére kamralebegés egyetlen egy esetben sem mutatkozott, csupán az izgatás idejéig tartó halmozottan jelentkező extrasystolékat, vagy pedig az izgatás idejéig tartó asystoliát észleltünk, mindezek az izgatás abbanhagyására azonnal meg is szüntek. A szívműködést az izgatás után még hosszabb ideig, ½—1 óráig, regisztráltuk szakaszosan és végig szabályosnak találtuk. Lássuk egy eredményes kisérlet lefolyását. (3. ábra. E. II. elvezetés). *a)* felvétel a kisérlet előtt, *b)* chinidin után 1 perc mulva, *c) 3* perc mulva, *d)* 4 perc mulva, *e)* 5 perc mulva, *f)* chinidin után 6 perc mulva faradicus izgatás, amire nagy kilengések jelennek meg, de az izgatás megszüntetése után a sinus rhythmus helyreáll, *g)* chinidin után 15 perc mulva újabb faradicus izgatás, erre ismételten nagy kilengések jelentkeznek, majd újra helyreáll a sinus rhythmus, *h)* chinidin után 30 perc mulva, *i)* chinidin után 60 perc mulva.

Összevetve ezen utóbbi két kisérletsorozat eredményeit, azt mondhatjuk, hogy a chinidin a kisérleti úton (faradicus izgatással) előidézett kamralebegést már nem tudja megszüntetni, ellenben azzal előre kezelve a szívet, meg tudja akadályozni a kamralebegés keletkezését. A chinidinnek hatásos adagja kisérleteink alapján testsúly kg-ként 0.005—0.01 g. intravenásan. *Igy tehát olyan esetekben, amikor a szivet a kamralebegés veszélye fenyegeti (coronaria thrombosis, coronaria sklerosis, szivtúlerőltetés, toxikus szivizom laesio, stb.) a megelőzésül adott chinidin meg tudná akadályozni a különben mindenkor életveszélyt jelentő kamralebegést.* Ezen kisérletekből, mint pathophysiologiai érdekesség még az is kiderül, hogy a kamralebegés lefolyása két typusú.

A kamralebegés 1—3 percen belül hirtelen asystoliaval (pitvar-kamra bénulás) végződik. (A typus, 4. ábra *a)*. Kamralebegés hamarosan pitvar-kamra remegéssé alakul át és ilyen formában órákig tart. (B typus, 4. ábra *b—c)*. Az A typus szerint tehát a kamralebegés ütemes, kb. 300-as frequentiájú, 1, legfeljebb 3 percig tart, hirtelen szívbénulással, teljes pitvar-kamrai asystolatióval végződik. A B typus szerint a kamralebegés, helyesebben: remegés, rhythmustalan, igen szapora, 300—600-as frequentiájú kamraösszehúzódással jár, percekig, esetleg remegés formájában órákig eltart, végül a kamramüködés megszünésével és még igen hosszú ideig tartó szabálytalan pitvarmüködéssel (ultimum moriens) jár.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A coronaria-keringés functionalis zavara.

Irta: *Egedy Elemér dr.*, egyetemi tanársegéd.

A coronaria keringés állandó zavara szervi elváltozáson alapul s a coronaria-thrombosis, vagy a coronaria-sklerosis képében folyik le. Elektrokardiogrammján az elváltozások könnyen felismerhetők és állandóak. Az angina pectorisos roham az organikus elváltozáson alapuló coronaria keringési zavar elektrokardiogrammját hozhatja létre, jóllehet, a folyamat functionalis elváltozáson (érgörcs) alapul. Ennélfogva jellemző is rá, hogy az ekg-i eltérés csak addig tart, ameddig a roham. A spasmus megszüntével megszűnik a coronaria keringés zavarára jellemző ekg-i eltérés is. Igazi functionalis coronaria keringési zavart igen ritkán észlelünk. Arra az jellemző, hogy

a coronariák állapota, lumenük nagysága, illetve az ezen ágak által ellátott szívizom részletek vérellátása pillanatról-pillanatra változó. Ugyanazon szívizomrészlet, vagy ingervezető pályaszakasz az egyik pillanatban rendes vérellátású, a másik pillanatban már hypo- vagy éppen anoxaemiás is. A functionalis coronaria keringési zavar előfordulhat coronaria thrombosissal kapcsolatosan is, a thrombotizált coronariaág által ellátott anoxaemiás szívizom terület közvetlen szomszédságában futó apróbb coronaria ágakban. Ennek kimutatása igen nehéz, mert ilyenkor az elektrokardiogrammon a friss coronariathrombosis képe uralkodik és a kiterjedt szervi elváltozás elfedi a jelentéktelenebb functionalis elváltozást. Egy észlelt esetemben a coronaria-rögösödés mellett időnként jelentkező pitvari fibrillatio, majd a kamrai complexum typusának időnkénti megváltozása mutatott a coronaria keringés működési zavarára. Gyakoribb okai a functionalis coronaria keringési zavarnak a fertőző betegségek (influenza, diphtheria, stb.), valamint exogen mérgezések, elsősorban a nikotinmérgezés. Amikor a fertőző betegség mérge, vagy az exogen méreg a szokottnál nagyobb töménységben jut be az arteria coronariákba, azokat izgatva pillanatnyi összehúzódásra birja, aminek következménye a coronaria keringés ugyancsak pillanatnyi zavara. Ennek ekg-i képe a functionalis coronaria keringés zavarát elárulo ekg.

Alábbiakban, mint ritkaságot, egy nikotinmérgezés kapcsán létrejött functionalis coronaria keringési zavarban szenvedő beteg elektrokardiogrammját ismertetem.

A 38 éves férfibetegen erős dohányzással kapcsolatosan mutatkoztak nehezen meghatározható szívtáji sensatiók és közérzetbeli kellemetlenségek. A beteg 20 éves kora óta dohányzik, fertőző betegsége, vérbaja nem volt. Physicalis vizsgálattal a rosszullét idején csupán mérsékelt tachykardia volt megállapítható, vérnyomása 135/87 Hg. mm. Vizelete: negativ. A szív röntgenátvilágítással is rendes alakúnak és nagyságúnak bizonyult. Csupán a közben felvett elektrokardiogrammból derült ki az említett panaszok oka.

Az ekg. (lásd 1. ábra) elemzése a következő:

Az I. elvezetésben a PQ: 0.12″, QRS: 0.05″, ST szakasz végig erősen deprimált, T lapos, R hullámok nagysága állandó.

A II. elvezetésben a kamrai complexumok kétféle typusúak: *a.* túpusúak PQ-ja 0.15″, QRS csoportja 0.05″, ST szakasza az isoelektromos vonalban fut, ferde lefutású, T hulláma positiv. *b.* typusúak PQ-ja változó, némely complexumban közvetlenül a QRS elé van ékelve, más complexumokban 0.08″—0.10″ között mozog; végül vannak complexumok, melyek előtt P hullám nem is látható. QRS csoport: 0.05″, ST szakasz mélyen az isoelektromos vonal alá deviál (deprimált), T nem látható. Az *a.* typus 1—2, a *b.* typus 2-3-4 complexumból álló csoportokban fordul elő. A két typus váltakozása a kamrarhythmust nem zavarja, az R—R távolság legfeljebb 0.76″—0.80″ között ingadozik, az R. hullámok az *a.* typus complexumaiban alacsonyak, a *b.* typusában pedig igen magasak.

A III. elvezetésben szintén a II. elvezetésben leírt kétféle complexum-typus ismerhető fel. Azonban a *b.* typus átalakulása *a.* typusba systoléról-systoléra (lépcsőzetesen) is megfigyelhető. Ez a döntő jelentőségű átalakulás a PQ távolság rendessé válásában, az R hullám megkisebbedésében és az ST szakasznak az isoelektromos vonalba történő visszatérésében áll.

Az elektrokardiogrammon látható ½″—1″, legfeljebb 2″-ig tartó coronaria keringési zavart, ami elektrokardiographiailag a heveny coronaria-thrombosis képének felel meg, szervi elváltozással magyarázni nem lehet. Az csupán a coronaria keringés functionalis zavarával magyarázható, ami a nikotinnak a coronaria arteriákra gyakorolt káros hatásának a következménye. A kép csupán a sorozatosan fellépő (kapcsolt) extrasystoléktól különítendő el, de ez igen könnyen eszközölhető a következő szempontok figyelembevételével: 1. a *b.* typusú complexumok a kamra szabályos ütemét nem zavarják korábban nem jelentkeznek, utánuk compensatiós szünet nem következik. 2. A QRS csoport alapja 0.05″, az *a.* typusú complexumokéval egyező. 3. Az I. elvezetésben csupán *b.* typusú complexumok fordulnak elő. 4. A III. elvezetésben a két typus egymásba való átalakulása is megfigyelhető.

A beteg további észlelése azt mutatta, hogy a dohányzás mellőzése után néhány nap múlva készült felvétel (lásd 2. ábra) mindhárom elvezetésében csupán az *a.* typusú complexumok láthatók, ami a szabályos elektrokardiogrammnak felel meg és ezen időben szívtáji sensatiók és közérzetbeli kellemetlenségek sem jelentkeztek.

A Ferenc József Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Berecz János ny. r. tanár.)

A magas egyenes állásról.*

Irta: *Nemecskay Tivadar dr.* tanársegéd.

Magas egyenes állásról beszélünk abban az esetben, ha a medence bemenetében a fej nyilvarratával nem a haránt, hanem az egyenes átmérőben, illetőleg közel az egyeneshez foglal helyet, s ha a fej ezen helyzetét a medencén való áthaladás közben végig megtartja, a fej rotatiója elmarad. Az esetek túlnyomó többségében ez a rendellenesség koponyatartásban fordul elő és csak néhány eset van az irodalomban ismertetve, amikor fejtető-, homlok-, arc-, illetve fartartás esetében észlelték. Koponyatartásban a magas egyenes állásnak két alakját különböztetjük meg: egyik a positio occipitalis anterior seu pubica, amikor a kiskutacs elől, a symphysis mögött van, a másik a positio occipitalis posterior vagy sacralis, amikor a kiskutacs hátul a keresztcsontnál tapintható. Positio occipitalis anteriorban a hát előre, positio occipitalis sacralisban pedig hátrafelé tekint. A magas egyenes állást még 6—8 évvel ezelőtt is rendkívül ritkának tartották s a szerzők alig 1—2 esetről számoltak be.

Azóta e kérdéssel mind gyakrabban foglalkoznak és *Pankow* volt az első, aki 10 esetről számolt be, majd *Weinzierl* 20, a magyar szerzők közül *Burger* a budapesti I. sz. női klinikáról 25, *Balassa* a budapesti II. sz. női klinikáról 9 esetről számol be. Hogy a szerzők az utóbbi esztendőkben mind nagyobb számú esetet ismertetnek, annak oka az, hogy újabban gyakrabban kerül észlelésre, mivel pontosabban és rendszeresebben történnek a belső vizsgálatok. Erre igen jó bizonyíték klinikánk anyaga is. Ugyanis a későbbi ismertetendő 9 esetünket mind 1928 óta észleltük, mióta minden vajudót rendszeresen belsőleg is megvizsgálunk, míg 1928 előtt, amikor belső vizsgálatot csak szükség esetén végeztek, egyetlen egy esetről sincs feljegyzésünk. De az is kétségtelen, hogy ezt a rendellenességet gyakran nem ismerik fel, mégpedig azért, mert a fejnek ezen beilleszkedése sokszor csak átmeneti jellegű. A magas egyenes állás jelentősége abban van, hogy a kedvezőtlen beilleszkedés következtében a fej áthaladása meg van nehezítve, a szülés legtöbbször nagyon elhúzódik, gyakran műtéti beavatkozásra van szükség és így sokkal nagyobb a magzati halálozás is.

---

*) Előadta a Ferencz József Tudományegyetem Barátai Egyesületének 1937 április 28-i orvosi-szakosztályi ülésén.

A szerzők adatai a magas egyenes állás kérdésében eléggé eltérőek, teljesen tisztázatlan létrejöttének oka és ugyancsak különbözők azok a kezelési módok is, melyeket a szerzők e rendellenesség esetében ajánlanak. A legkülönbözőbb medenceformák esetén találtak magas egyenes állást. Így: *Neumann* normalis, *Burger* tág, valamint egyaránt szűk, *Martius* lapos, rachitikus, harántul szűk medence esetén. *Kehrer* 1 esetében az erősen túltengett psoas izomzattal magyarázta a magas egyenes állás létrejöttét, ami a medencét harántirányban szűkítette. *Balassa* előesett kar mellett észlelte. Hogy nem egyedül a medence alakja e rendellenesség oka, azt megerősíti *Scheyer* véleménye, aki szerint az egyenes átmérő irányában hosszabb medencét nem lehet egyedül okolni a magas egyenes állás létrejöttében, mert a kinai nőknél, kiknek medencéje szintén az egyenes átmérő irányában tágabb, a fej a bemenetben mégis a kisebb harántátmérő irányában illeszkedik be. *Weinzierl* sem tulajdonít szerepet a medence alakjának, tehát valószínű, hogy az előbb említett medenceformákat sem lehet egyetlen okként tekinteni, hanem emellett még más tényezőnek is kell lenni, ami vagy a medence alakjával együtt, vagy attól függetlenül is létrehozza ezt a rendellenes beilleszkedési módot. Ez a másik tényező lehet a magzat testének helyzete és a magzati koponya alakja. Ha a burokrepedés pillanatában a magzat háta előre vagy hátra tekint, akkor a fej is a nyilvarrattal az egyenes átmérőben foglal helyet. Ez a helyzet szerencsés esetekben lehet átmeneti is, de ha az erős fájások hatására a méh izomzata annyira körülfogja a magzatot, hogy ezt a helyzetét megváltoztatni nem tudja, akkor *Henckel* és *Wenzierl* megfigyelései szerint a magas egyenes állás továbbra is megmarad. Létrejöttének oka lehet a koponya sajátságos alakja is. *Lork* megfigyelései szerint az északi népek közt elég gyakori a magas egyenes állás, ennek okát abban találja, hogy náluk az újszülöttek koponyája harántirányban szélesebb. Ezzel szemben *Neumann* azt állítja, hogy bár igaz, hogy északon az újszülöttek koponyája az esetek 7.1%-ában harántirányban szélesebb mégis magas egyenes állást csak az esetek 0.4%-ában talált. Megfigyelései szerint rendes alakú koponyák, sőt kerek koponyák esetében is talált magas egyenes állást. Véleménye szerint tehát csupán a koponya alakjával sem magyarázható a magas egyenes állás. *Burger* azt találta, hogy magas egyenes állásokor az újszülött koponya bitemporalis és biparietalis átmérője között a különbség nagyobb, mint 1 cm., s ezért a rendesnél szélesebb biperietalis átmérő nem a kisebb egyenes átmérőben, hanem a nagyobb harántátmérőben illeszkedik be. Végül *Waltz* kétszarvú méh, *Holski* pedig az uterus nagyfokú torsiója esetében írt le magas egyenes állást.

Tehát láthatjuk, hogy a szerzők nagy része eseteik magyarázatául más és más okot hozott fel, ami amellett szól, hogy a magas egyenes állás létrejöttének okait csak ritkán lehet közös nevezőre hozni. A legvalószínűbb az, hogy ebben több tényező játszik közre. Amint az előidéző okok nincsenek tisztázva, úgy a szülés vezetésére vonatkozó vélemények és eljárások sem teljesen egységesek. Így *Martius* jó eredményeket látott a Walcher-féle csüngő helyzettől, *Bauch* és *Fischel* symphyseotomiát ajánlanak, *Weinzierl, Koch* és *Luncz* a Kielland-fogót, végül *Pankow, Weinzierl* és *Burger* a kézi helyzetjavítást.

Különösen említésreméltók *Burger* megfigyelései, ő 25 esetről számol be, melyek közül 12 spontán folyt le. 5 esetben sectio caesareával, egyszer magasfogóval, 2 esetben pedig kimeneti fogóval fejezte be a szülést. Tizenkét spontán szülés közül nyolcszor a Liepmann-féle tekegolyó kézfogással javította meg a magas egyenes állást, vagyis az egyenesben lévő nyilvarratot harántban forgatta. A többi 4 esetben, ahol szintén kézi correctiót végzett, később rosszabbodó magzati szívhangok miatt kimeneti fogó útján fejezték be a szülést. Kiemeli egyik esetüket, amikor egy 42 éves 12-szer szülő nőn 44 órai vajudás után alkalmazott kézi helyzetjavításra ½ óra múlva önként bekövetkezett a szülés. — Jó eredményeire tekintettel ennek kiterjesztett alkalmazását ajánlja, mivel ez legtöbbször fölöslegessé teszi a lábrafordítást, melynek alkalmazása esetén a magzati halálozás különben is elég nagy. A magas fogó helyett inkább a császármetszést ajánlja s hivatkozik *Weinzierl* közleményére, aki 9 magasfogó közül egy anyát és három magzatot vesztett el.

A magas egyenes állás előfordulására vonatkozólag is elég ellentétes adatok vannak. *Stoeckel* tankönyve szerint kb. az esetek 0.4%-ában fordult elő. *Burger* 4843 szülés közül észlelt 25-öt (0.5%) magzati mortalitás nélkül. *Schneider* 22.000 szülés közül 8-at (0.04%), melyek közül csak kettő volt spontán szülés, három magzat szülés közben elhalt. *Balassa* 24.000 szülés közül 9-et (0.04%), ezek közül három halott magzat, csak három önként szülés.

Hogy a magas egyenes állás kérdésének tisztázásához a mi anyagunkkal is hozzájáruljunk, ezért ismertetjük röviden eseteinket. 1922-től a mai napig összesen 16.000 szülés közül 9 magas egyenes állást észleltünk (0.04%). E 9 eset közül 5 positio occipitalis pubica, 4 positio occipitalis sacralis volt. A 9 eset közül spontan szülés volt 5, négyszer pedig műtéttel fejeztük be a szülést. Az 5 positio occipitalis pubica közül 4 rendes medence mellett önként folyt le, 1 esetben másodfokú szűkület is volt, igy császármetszést végeztünk. A 4 positio occipitalis sacralis közül pedig normalis medence mellett is csak egy önként szülés volt, egy alkalommal ugyancsak rendes medence esetén 22 órai vajudás után rosszabbodó magzati szívhangok miatt, mivel a fej kézi helyzetváltoztatása nem sikerült, kimeneti Kielland-fogóval fejeztük be a szülést; egy idős először szülőnél szűkebb medence esetében az elhúzódó szülés alatt elhalt magzat perforatióját végeztük el, egy esetben pedig az elsőfokú szűkület alsó határán lévő szűkmedencénél összetett javallat alapján császármetszést kellett végezni. Tehát az 5 spontán szülés közül négy positio occipitalis pubica és csak egy positio occipitalis sacralis volt. A 9 eset közül tehát 8 magzat élve jött a világra és egészségesen vitték ki a klinikáról. Hat esetben rendes tágasságú medencéről, egy szűkebb medencéről, egy esetben az elsőfokú szűkület alsó határán lévő, egy esetben pedig másodfokú szűkületről volt szó. E két utóbbi esetben végeztünk császármetszést összetett javallat alapján. A hat rendes medence közül ötnél tehát önként folyt le a szülés, melyek közül két esetben 16 órán belül, többinél pedig 25, 27 és 38 óra alatt folyt le a szülés. Három esetben láttunk időlőtti burokrepedést, többieknél a magzat megszületése előtt csak 2—3 órával folyt el a magzatvíz. Ki kell emelnünk azt a körülményt, hogy a szabályos medence esetében létrejött öt spontán szüléssel mind nagy magzatok (3400 és 3950 gr. között) jöttek a világra, továbbá az anyák közül három idős (30, 32 és 39 éves) először szülő volt. A kilenc eset közül egy másodszor, egy ötödször és 7 először szült.

Azon körülményből, hogy eseteink közül elég nagy számban láttunk nagy magzatokat és idős először szülőket, a magas egyenes állás létrejöttét eseteinkben szabályos medence mellett a következőképen magyarázzuk: *Warnekros* röntgenfelvételei igazolták, hogy az anya helyzetváltozásával az első állásban elhelyezkedő magzat második állásba fordulhat át. Ha most a burok éppen akkor repedt meg, amikor a hát egészen előre vagy hátra tekint s a nyilvarrat az egyenes átmérőben van, az idős

először szülő feszesebb méhe jó fájások esetében erősebben fogja körül a nagy magzat testét s a méh a magzat nagyságánál fogva is nehezebben fogja tudni ezen rendellenes helyzetét javítani. Míg ha ugyanez a körülmény kisebb magzattal és többszörszülőkkel történik meg, a magzat ezen rendellenes beilleszkedése magától megjavulhat s így a magas egyenes állás a szülés elején csak átmeneti. Hogy magas egyenes állás esetében miért találunk oly gyakran nagy magzatot, ennek oka az is lehet, hogy olykor a nagy magzat a nagyobb biparietalis átmérőjével a nagyobb haránt átmérőbe illeszkedik bele. *Burger* szerint bitemporalis és biparietalis átmérők között nagyobb a különbség, mint 1 cm. Ezt mi csak egy esetben láttuk, amikor az 1½ cm. volt.

Az ismertetett irodalom és saját észleléseink alapján tehát a magas egyenes állás létrejöttének körülményeiről véleményünk az, hogy azt mindig ugyanazon okra viszavezetni nem lehet. Eseteink egy részében a normalis medence mellett az idős először szülők feszesebb méhe és a nagy magzat lehetett az ok. A szülés vezetésére vonatkozólag véleményünk az, hogy szabályos medence esetében, ha a méhszáj már kellő tágságú, ajánlatos a fej kézzel beigazítása, de ha ez nem is sikerül, positio occipitalis pubica esetén jó fájások mellett spontán szülésre számíthatunk.Ha a magas egyenes állás szűkmedencével szövődik s a kézi helyzetjavítás nem sikerül, akkor nagyon pontosan kell a helyzetet mérlegelni, vajjon egyáltalán lehetséges-e spontan szülés, vagy sem, mert utóbbi esetben már nem a magas egyenes állás, hanem a fej és a medence közt lévő térarányatlanság fogja eldönteni, hogy indokolt-e a császármetszés? Mert a magas egyenes állás különösen a positio occipitalis sacralis, még enyhébbfokú szűkületek mellett is oly térarányatlanságot okozhat, ami a szülésnek természetes úton történő lefolyását lehetetlenné teszi.

A Hárshegyi áll. Ideggyógyintézet (vezető főorvos: Stief Sándor egyet. rk. tanár) és az áll. Lipótmezei Elmegyógyintézet (igazgató főorvos: Zsakó István) közleménye.

A β-phenylisopropylamin therápiás alkalmazásáról.

Írta: *Reitmann Ferenc dr.*

A gyógyszertani és vegyi kutatás igen sok megnyugtató szert hozott a piacra, azonban csak igen kevés olyan szerünk van, amellyel a központi idegrendszer, különösen pedig a kéregállomány működését fokozni tudjuk (pl. koffein, stb.). Utóbbi időben az érdeklődés homlokterébe került a beta-phenylisopropylamin, mely kezdetben egészen más javallatok esetén nyert alkalmazást. 1910-ben *Barger* és *Dale* mutattak rá először ezen adrenalincsoportba tartozó vegyületek specialis hatására. Komolyabban azonban csak 1928-ban kezdtek ezen vegyülettel foglalkozni, különösen az orrnyákhártya hypersecretiós, illetve vérbőségének kezelésére. A szer Amerikában benzedrin néven került forgalomba. 1937-ben a benzedrin sulfátját alkalmazták peroralisan, amikor sikerült kimutatni ezen anyagnak a központi idegrendszerre gyakorolt hatásait. Kezdetben hypotoniák, bélspasmusok kezelésére használták, majd narkolepsia esetén a központi idegrendszer stimulálására. Ezen utóbbi hatás folytán, különösen a napi sajtóban megjelent hírek és az amerikai gyár helytelen propagandája következtében szélesebb körben nyert elterjedést, úgy hogy 1937-ben a British Medical Journal, a Pharmaceutical Journal és a Journal of Amer. Med. Assoc.-ban már felhívják a figyelmet az ezen szerrel történő visszaélésre. A benzedrin-sulfatot az amerikai orvosegyesület bizottsága felülvizsgálta és jelentése fenti egyesület hivatalos lapjának 1937. december 18-iki számában jelent meg, amely összefoglalja a benzedrinvizsgálatokat, rámutatva arra, hogy a szer csak narkolepsia, postenkephalitikus parkinsonizmus és depressiv psychés zavarok esetén ajánlatos, míg a keringési szervek megbetegedeése, továbbá arteriosklerosis és álmatlanság esetén ellenjavallt, és hogy a szer bevezetése óta eltelt rövid idő folytán még annak alkalmazási területét sem lehet teljesen körülírni.

A keringési zavarokban szenvedő betegeknek *Mahlo* nem ajánlja a készítményt, csakúgy, mint *Anderson* és *Myerson*, míg *Lehoczky* oly minimalis és múló elváltozásokat észlelt, hogy ezek — véleménye szerint — ellenjavallati alapot nem jelenthetnek. Ő maga is hangsúlyozza azonban dolgozatában, hogy a cardiovascularis hatást illetőleg „változó megszokás fejlődik ki", ami belgyógyászati szempontból legalább is *óvatosságra* int, mert így a helyes adagolás, egy elhúzódó kezelés esetén, a megszokás következtében, a mérgező adagokig fokozódhatik.

Nem érinthetem ezen összefoglaló áttekintés keretében azon nézeteket, melyek a beta-phenylisopropylamin orr-, fül-, gége-, továbbá a gyomor- és bélrendszerre gyakorolt hatására, illetőleg ezen területeken való javallatára vagy ellenjavallatára vontkoznk. Említésre méltó viszont az idegorvos szempontjából *Csinády* és *Dirner* beszámolója, kik a beta-phenylisopropylamin hatását normalis egyéneken tették kutatás tárgyává, azok magasabbrendű szellemi tevékenységét vizsgálva. Azt találták, hogy „az eredmény semmi esetre sem általános hatás, hanem a szer egyes működésekre serkentőleg (idegen szavak elsajátítása) és ezzel egyidejűleg más működésekre (számolás) kedvezőtlenül hat". Végül pedig azt észlelték, hogy a megtartó emlékezés inkább gyengébb volt a szer hatása alatt megtanult dolgokra vonatkozólag, mint a gyógyszerhatás nélkül elsajátítottakra. Ezek szerint tehát, bár egyéb önészleletekkel megegyezőleg, önészleletem is a munka csodálatos könnyű elvégzését igazolja, az egészségeseken alkalmazása nem ajánlatos. A másik, nem beteganyagon végzett észleletek közül érdekes *Maho* önészlelete, ki autóvezetéskor gátlás és kellő önbirálat hiányában a könnyelmű vezető minden hibáját egyesítette a beta-phenylisopropylamin-hatás alatt, s ebből a socialis szempontból is óvatosságra int a szer széleskörű alkalmazása tekintetében.

Utóbbi időben Európában, így nálunk is, a beta-phenylisopropylamin széleskörű alkalmazást nyert, s intézetünkben is vizsgálatok folynak részben az aktedronnal (sec. Chinoin) és a Richter-gyár által centedrin néven rendelkezésre bocsájtott kisérleti anyaggal. Az utóbbi az előállító gyár szerint a beta-phenylisopropylamin phosphatját, utóbbi pedig ennek sulfatját tartalmazza. Vizsgálataink részletezéséről később számolunk be, ehelyütt a szer alkalmazásának, illetőleg javallatának méltatását tűzzük ki célul.

Igen alkalmasnak tünt fel, valamennyi szerzővel megegyezőleg az agyvelőgyulladás utáni (postenkephalitises) állapotok kezelésére, javaltnak tartjuk különböző eredetű depressiók esetén, továbbá, bár mindössze csak 3 betegen volt alkalmunk vizsgálatot folytatni, mind a három *igazolta Lehoczky javallatát: „a schizophrenia könnyű gátoltsággal és concentrálóképesség hiányával járó eseteiben".*

Nem tekinthető ellenjavalltnak a szer álmatlanságot okozó volta, ha azt, mint *Lehoczky* és mások ajánlják,

Endocrin és exogén eredetű elhízás kezelésére

Lipolysin

„Henning"

femin. masc.

injectio és dragée

Pluriglandularis szervkészítmény

Adagolás: háromszor naponta 1–2 dragéet és hetenként 3–4 injectiót

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál a magyarországi vezérképviselet

Kemény Gyula „Zrinyi" gyógyszertár, Budapest, VIII., József-körút 10.

CIGELKA
jód-brómos
források gyógyvizei
1843
óta van forgalomban.

Gyomorégés, savtúltengés, gyomorfekély, étvágytalanság emésztési zavarok eseteiben
Cigelka — Stephanus
sóskarbonátos - jód - brómos - gyógyviz kiváló gyógyhatású.

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetű női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka — Ludovicus
jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

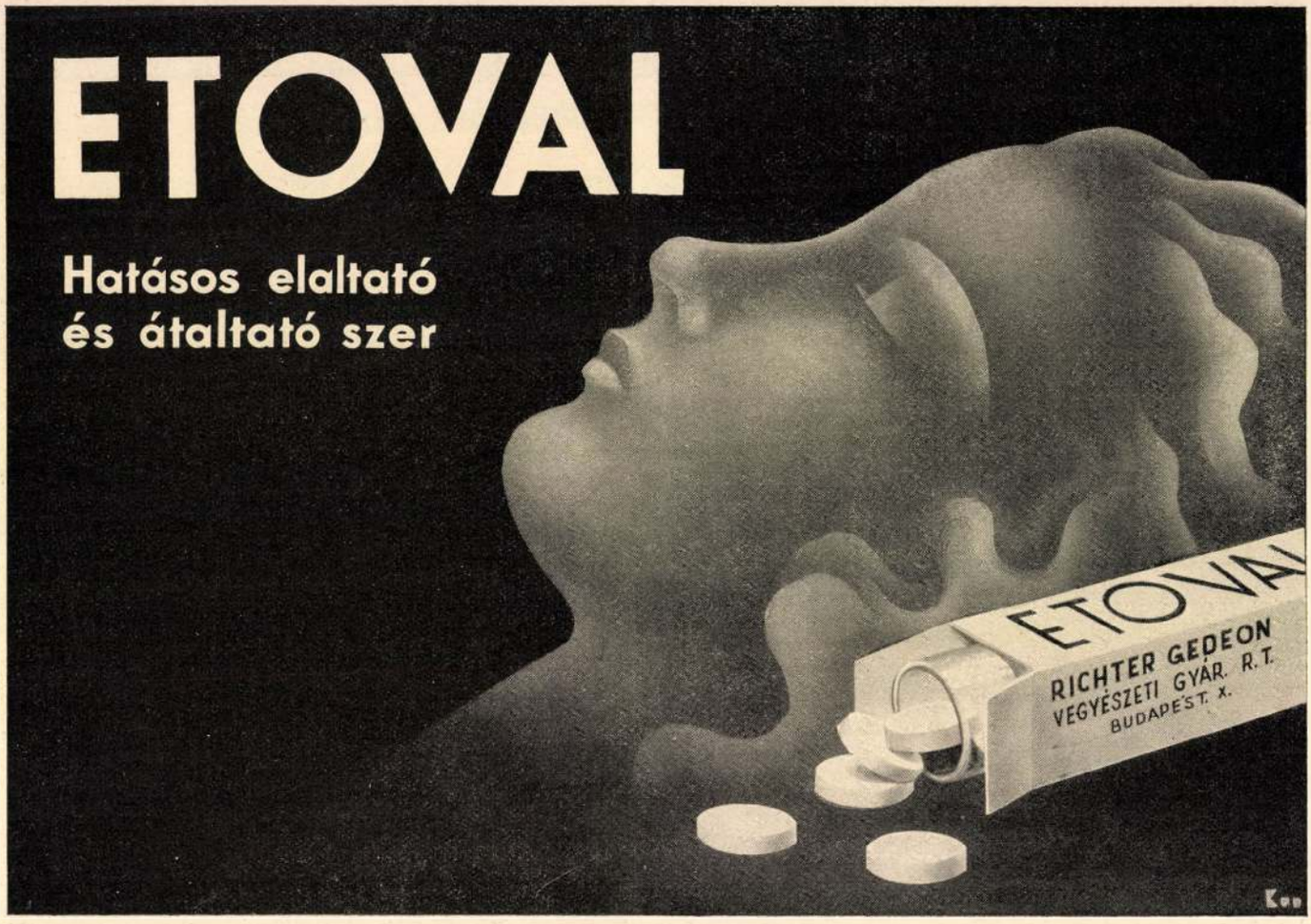
KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült
GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénynyvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2·20

Az ujjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt
Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)
Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.
Felvilágosítást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei-tér 9.

PIPERAZINE MIDY
a leghatékonyabb húgysavoldó - szer
Arthritismus, köszvény, vesehomok, rheumatismus, vesekő-, epekőmegbetegedések.



20—1938. ikt. szám. Margit kórház, Csorna.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A csornai Margit közkórház megüresedett *szülész-rendelőorvosi állására* ezennel pályázatot hirdetek.

1. A szülész-rendelőorvos megbizatása ideiglenes és illetménye jelenleg havi 95 P-ben megállapított tiszteletdij.

2. A pályázati kérvények Sopronvármegye Alispánjához címezve *1938 évi március hó 4-ig* hozzám nyujtandók be. Az elkésve érkező, vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek.

3. A pályázók a következő okmányokat csatolják: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány; 3. orvosi tudori oklevél; 4. szakképesítést igazoló bizonyítvány; 5. az eddigi szolgálatokat igazoló bizonyítványok; 6. erkölcsi bizonyítvány és forradalom alatti magatartást igazoló bizonyítvány; 8. curriculum vitae.

Csorna, 1938. évi január hó 21-én.

Dr. vitéz Nagy Károly, s. k.
kórházigazgató-főorvos.

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

Somogyvármegye Közkórháza, Kaposvárott.

Ált. 252—1938. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Somogyvármegye kaposvári közkórházában megüresedett *belgyógyász főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 300—1935. évi B. M. sz. rendelet szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel kezdődik.

A pályázati kérvényeket vitéz Igmándy-Hegyessy László főispánhoz címezve és megfelelően felülbélyegezve *1938 évi március hó 9-én déli 12 óráig* a kórház igazgatóságához kell benyujtani. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetem tekintetbe.

A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; 5. az egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. köszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítványt; 7. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. a különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. az 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesítés igazolását, (1300—1932. N. M. M. 10. §. 1. bek.); 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. kívánatos a szakdolgozatok, különlenyomatok csatolása, vagy az azokra utalás.

A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az emlitett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

A mellékleteket bélyeggel kell ellátni.

Kaposvár, 1938. évi február hó 9-én.

Erdős Ödön dr. s. k.
helyettes kórházigazgató.

reggel adagoljuk. Az egyes adagokkal szembeni tolerancia teljesen egyéni; egyes betegek 3 centigrammra nem, 3½-re már remegéssel, ingerlékenységgel, motoros nyugtalansággal és álmatlansággal reagáltak. Egyik neurotikus betegen 5 centigrammnak sem volt hatása, míg egy másik 2 centigrammtól sem tudott éjjel aludni. Ebből ismét csak az a tanulság vonható le, hogy óvatosságot kell alkalmazni az adagolás terén.

Ez az óvatosság és elővigyázat tökéletesen csak akkor van meg, ha a gyógyszer az orvos és nem a beteg kezében van, „az orvos esetről-esetre lopódzon be az adagolással" *(Mahlo)*; „legfontosabb a szer adagolásának gondos egyénítése" *(Lehoczky)*.

Nemcsak az egészségeseken észlelt nem minden vonatkozásban kielégítő eredmények és nemcsak az adagolás erősen egyéni volta miatt szükséges a szerrel a fokozott óvatosság, hanem egyéb okok miatt is, melyek közül az alábbit az intézetünk beteganyaga szolgáltatta vizsgálat erősített meg.

A psychopathák, neuropathák eseteiben csak szélsőséges eredmények mutatkoztak. Vagy hatástalanság, illetőleg már nem kívánt tünetek, vagy pedig olyan euphoria, melyet a beteg hőn áhít a jövőben is. Tekintettel arra, hogy a narkotikum változó, de a narkomán psychopatha egyéniség állandó, félő, hogy épp ezen egyéniségeken egy beta-phenylisopropylamin-visszaesés fog kifejlődni. Tudvalevő, hogy ezek a betegek azok, kik képtelenek a bajok, az élet árnyoldalai átélésére, azok elviselésére, s az „unalmas, lélekölő robotot" a beta-phenylisopropylamin segítségével fogják elviselhetőbbé tenni. Ennek következménye megszokás lesz, akár oly értelemben, mint a kokainismus, akár pedig — amit ma még nem tudhatunk előre — mint a morphinismus. Ezért psychopathánál, neurotikusoknál fokozottabb elővigyázat ajánlatos a kórházi kezelés kapcsán, de egyenesen az elővigyázat megsértése a szert az ilyen beteg kezébe adni.

Egyik typikusan neurotikus betegünk, Cs. J. 38 éves férfi, ki munkájában már nem talált örömet, otthonát nyűgnek érezte, „ideges szívpanaszai" voltak, három napi, 1, 2, 2 tabletta adagolás után kijelentése szerint közérzete kellemes, étvágya kitünő, szívpanaszai szűntek, éjjel jól alszik, stb., stb.

Betegünk ezen nyilatkozata nem más, mint a neurotikus psychopatha jellegzetes vágyódása az euphoriát nyujtó állapot után; ez a beteg egy életre kapott benyomást arról, hogy mit várhat e szertől, s kellemetlenségeit minőségileg mind szigorúbban fogja megitélni abból a szempontból, hogy vegyen-e a szerből, vagy sem. Intézetünkben az ilyen betegeknek azt a magyarázatot adjuk a szerrel kapcsolatban, hogy egy kezelés tartamára jó csak, különben kellemetlen utóhatások keletkeznének. — Ezzel azonban még nem lehet elejét venni egy megszokásnak, ha ugyan van ilyen, melyet ma még elbírálni nem tudunk.

Az eddigiekből kiviláglik, hogy ezen új és eredményes szer alkalmazási javallatait alapvetőleg csak az korlátozhatja, hogy az a nagyközönség kezébe ne kerülhessen. Ezzel önmagától megoldódik az a veszély is, hogy a neuropatha megszokja a szert, s hogy minden íróasztalon és minden női táskában ott legyen a beta-phenylisopropylamin-tabletta.

Összefoglalás: A beta-phenylisopropylamin új és sok lehetőséget kínáló szer az orvos kezében, mely úgy az ideg-, mint az elmegyógyászat számos eseteiben javallt. Ezen anyagot azonban *tisztán kórházi célokra kellene fenntartani* mindaddig, míg a klinikai megfigyelések néhány éven belül nem tisztázzák a szer későbbi utóhatásait, illetőleg mellékhatásait.

A soproni Erzsébet közkorház kórbonctani intézetének közleménye. (Igazgató főorvos: Király Jenő.)

Adatok a makroorchia és epiphysis hypoplasia összefüggéséhez.

Irta: *Kup Gyula dr.* főorvos.

A rendelkezésemre álló irodalmi adatok közül csupán Berblinger két daganatos esete alapján látszik valószinünek a csökkent epiphysis működés összefüggése a csiramirigyek valódi hypertrophiájával. Esetem az epiphysis és a csiramirigyek kapcsolatát teljes mértékben megerősiti.

R. L. 28 éves, erösizomzatú, egészséges szöllőmunkás. A korához képest túl gyorsan fejlődött. Ismerősei és szülei állitása szerint fokozott nemi életre volt hajlama és erről községükben hires is volt. A közeli faluból lányoktól való visszatértében kerékpárjával egy sebesen rohanó autónak hajtott és az összeütközés következtében néhány perc leforgása alatt meghalt.

Bőre testszerte halvány barnás. Haja sürü fekete. Erősen kifejlödött szakálla és bajusza van. A hónalj, főképen a szemérem domb sürü szőrzettel van borítva. A himvessző aránylag nagy, de a normálist nem lépi túl. *A herék feltünően nagyobbak a rendesnél, összsúlyuk 53 gr, a mellékherék nélkül.* A mellékherék épek.

Autóelütés következtében a homlokcsontja darabokra törött. A halál koponyaalapi törés, nagyfokú agyalapi vérzés és részben pedig agyroncsolás következtében néhány perc mulva következett be.

Belső szervek rendesek. A mellkasi és hasi aortán, valamint a kisebb ereken részben sárgás atheroscleroticus, másrészt sok hyalinos plaque található. Az agyi erekben érelmeszesedés nem található

Az *epiphysis* 0.05 gr. súlyú, feltünően kicsi (egyharmada a rendesnek. Szövetileg az összes jellemző sejtféleségek megtalálhatók. A kiterjedt kötőszövetes részletek az amugy is kicsi mirigyparenchyma jó részét elfoglalják. A *hypophysis* 0.52 gr. súlyú. Az adenohypophysisben borsnyi nagyságu eosinophilsejtekből álló adenoma van. Az adenoma könülirt és a környező ép adenohypophysis szövetét maga körül kisfokban összenyomja. Az adenohypophysis és a pars nervosa határán egy kislátótérnyi nagyságu colloiddal telt cysta található. Hátsó lebenye ép szövetü. A *pajzsmirigy* 23.5 gr. súlyú, ép. A hasnyálmirigy 60 gr. súlyú kóros eltérést nem mutat. A mellékvesék kéregállománya közepes lipoid tartalmu. Szövetileg épek.

A herék megnagyobbitásában a herecsatornák és közti szövet egyaránt részt vesznek. Gyulladás nyomai a metszetekben nem voltak. A here szöveti képe valódi herehypertophiának felel meg.

Valódi herehypertrophiát (vagyis olyant amelyben a herecsatornácskák és a közti szövet egyformán vesz részt) éretlen epiphysis glioma kapcsán *Berlinger* irta le. Ugyan ő említi, hogy számos agydaganat boncolásakor a fentiekhez hasonló herehypertrophiát nem talált. Egyik esetében 44 éves férfi két heréjének összessúlya a mellékherék nélkül 44 gr., volt. Ezen esetében a corpora quadrigeminát glioblasticus sarkoma pusztította el, amely a epiphysist is tönkretette. Egy másik esetében egy 9 éves gyermeknek ugyancsak corpora quadrigemina-táji daganata esetén; ez alkalommal az epiphysis ép maradt; semmiféle endokrin elváltozás nem volt kimutatható.

Az epiphysis hypoplasia *Askanázy* és *Brack* közléséből ismeretes. Itt a epiphysis 0.04 gr, valamennyi jellemző sejt alakeleme megvolt.

Figyelemreméltó, hogy ezen kivül mikrocephalia, partialis mikrogyria porencephalia (Askanázy) volt található.

Krabbe tuberosus agysclerosis koraérettséggel járó esetében (10 hónapos gyermek) nem észlelt elváltozást az epiphysisben. *Berblinger* 2 mikrogyriával társult agysclerosis esetben (gyermeken) nem észlelt az epiphysisen elváltozást és eseteiben korai nemi kifejlődés is hiányzott.

12 éves leány epiphysisében sclerosist észlelt amely kötőszövetszaporodásban nyilatkozott meg. Esetében korai nemi érettséget nem tapasztalt.

Ellentmondanak egymásnak az állat kisérletek eredményei is; igy a csiramirigyek kiirtását követő epiphysis elváltozásra vonatkozólag is. Igy kastrátió után *Aschner* az epiphysis parenchyma csökkenését, *Pellegrini* pedig a parenchyma hypertrophiáját irta le.

Biach és *Hulles* kastrált macskákon azt észlelte, hogy az epiphysis parenchyma sejtjei megfogyatkoznak. Ezt *Aschner* nyulakon, tengerimalacokon, kutyákon és szarvasmarhákon végzett vizsgálataival is megerősítette. Szerinte a parenchyma csökkenését az epiphysisen már puszta szemmel is észre lehet venni. (*Berblinger* ezt az álláspontot nem fogadta el.)

Pellegrini fiatal és nemileg érett macskákon a kastrátió utáni 5 hónapig hypertrophiát talált az epiphysisen, ezután nem voltak elváltozások kimutathatók. *Polvani* szerint a nemi érettség előtt végzett kastrátió semmi befolyással sincs az epiphysis szöveti képére. Magam 192 sertésen végeztem vizsgálatot, s ezek közül 120 volt kastrált, 72 pedig controll. Vizsgálataim alapján megállapitottam, hogy a még nem ivarérett sertéseken végzett kastrátió után az azt követő első hónapban kisfokú hypertrophia áll be. Ez a hypertrophia 3—4 hónapig tart. Utána ideiglenes súlybeli visszaesés következik, amely után azonban a nemi érettség idejének a beálltakor az epiphysis hypertrophia ujból ugrásszerüen jelentkezik. Vizsgálataimban az ivarérettség korának beálltakor (10. hó) a normalis átlag epiphysis súllyal szemben (ami 3.8 ctgr.) a kastrált állat epiphysise jelentősen hypertrophisált, 5.9 ctgr. Ugyancsak említésre méltó tény az is, hogy egyes sertésrült ki az az érdekes jelenség, hogy egyes sertés családok epiphysise a család minden tagjában, vagy legalább is több tagjában jóval kisebb súlyú volt a normalisnál. Ugyancsak említésre méltó tény az is, hogy egyes sertéscsaládokban ez az epiphysis hypoplasia (a normalisnál (egyharmadával is kisebb súlyú epiphysis) örökölhetősége kimutatható és ez az elváltozás sertések közt aránylag elég gyakran fordul elő.

Ember kastrátiójával kapcsolatos epiphysis elváltozásokról kevés adat van még. *Berlbinger* esetében 66 éves sok évvel ezelőtt kastrált nőn epiphysis hypertrophiát észlelt. Saját két előzőleg közölt esetemből biztos következtetés nem vonható le, mert a kastrátiót jóval az ivarérett kor beállta után végezték.

Állatokon végzett operativ epiphysis eltávolítások eredményei is ellentmondanak egymásnak.

Sarteschi epiphyseopriv him kutyákon és nyulakon a here rohamos növekedését észlelte. *Foá* és *Zoia* ugyancsak korai nemi kifejlődést és a herék nagyfokú megnagyobbodását észlelte az epiphysis eltávolítása után tengerimalacokon és patkányokon. Velük ellentétbe *Cristea* ugyanezen operatió után 30 állat közül 12-ben hypertrophia helyett atrophiát talált. *Foá* a megnagyobbodott herék szöveti vizsgálatakor nem talált kórosat. Szerinte a megnagyobbodásában a herecsatornácskák és a közti szövet is egyaránt részt vesznek. *Urechia* és *Grigoriu* vizsgálatai szerint kakasoknál a hypophysis elülső lebeny eosinophil sejtjei megszaporodtak. *Foának* vizsgálatait *Izawa* is megerősítette. Az ő esetében is az epiphysis operativ eltávolítására állatokon a herék nagyfokú növekedése volt észlelhető. Vizsgálatait állatokon még többen is megerősítették.

Berblinger szerint az eddigi irodalmi adatok alapján kétségtelen, hogy a csiramirigyek elváltozása a hypophysis — közti — agy systema zavarának a következménye. *Erdheim* szerint a genitalis atrophia hypophysises elhizáskor az elülső lebeny sérülésének, vagy zavarának a következménye. *Erdheim* nézetét megerősíti az a fiatal állatokon végzett kisérleteken alapuló tény, hogy állatokon az elülső lebeny eltávolítására nemi atrophia támad (*Aschner*).

Kolmer és *Löwy*, *Exner* és *Boese*, *Dandy*, *Bardetscher*, *Renton* és *Rusbridge*, *Anderson* és *Wolf* nőstényeken, sexualis elváltozást nem észleltek. *Del Castillo* az epiphysis eltávolítására sem.

Romeis, *Grobbels* és *Kuhn*, *Hölldobler* és *Addair* és *Chidester* s mások amphibiumokon végzett kisérletekben epiphysis adagolásra sem észleltek korai nemi kifejlődést. Epiphys kivonatok befecskendezésére is sokan negativ eredményt kaptak.

Engel P. fiatal patkányoknak 10 napos koruktól kezdve naponta adagolt emberi epiphysis extraktumokat injectióban. 14 nap mulva leölte az állatokat. Nagy adagra (fél emberi epiphysis kivonat befecskendezése) jelentős elváltozást, még pedig fejlődésbeli visszamaradást tapasztalt a heréken. A herék nagysága csak ⅓-át tette ki a kontrollénak. Nőstényeken ekkora adagra nem észlelt elváltozást.

Már a fenti kevés számu adatból is kitünik, hogy az epyphysis és a csiramirigyek összefüggése még tovább részben kisérleti-vizsgálati megerősítésre szorul.

Esetem tanusága szerint az epiphysis hypoplasia és a nagyheréjüség között kétségtelen a kapcsolat.

A herék tetemes megnagyobbadását ugyanis a belső secretios mirigyek közül csupán az epiphysis jelentékeny súlycsökkenése magyarázta meg. Említésre méltó jelenség az is, hogy mig *Urechia* és *Grigoriu* epiphysisüktől megfosztott kakasok hypophysisének elülső lebenyében az eosinpohil sejtek megszaporodását észlelték, addig esetemben egész borsnyi nagyságu eosinophil sejtekből álló adenoma volt kimutatható. Az epiphysis súlycsökkenése és az adenohypophysis eosinophil sejtjei közötti viszony további tisztázására vonatkozó vizsgálataim folyamatban vannak.

A fenti emberen észlelt esetem alapján ugylátszik, hogy a herék növekedésben és sorvadásban egyaránt nem csupán az adenohypophysis játszik szerepet, hanem szerep jut az epiphysisnek is. Az adenohypophysis bántalmai, vagy pusztulásakor ezeken az egyébként normális epiphysisműködés tulsúlya jelentkezik, ami a herék epiphysises eredetü atrophiájára vezet. Esetemben pedig jóllehet az adenohypophysisben egy nagy cysta és egy eosinophil sejtekből álló borsnyi adenoma volt, mégsem következett be hereatrophia, vagy súlycsökkenés. Ennek oka abban található, hogy az epiphysis nagyfokban hypoplasiás volt és az egyébként megtámadott adenohypophysis működési többlete jutott érvényre és hozta létre a makroorchiát.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* **Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P;** *Horváth Boldizsár:* **A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P;** *Kunszt 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.**

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Insulin hatásosságának megőrzése az emésztőnedvekkel szemben. *Lasch F.* és *Schönbrünner E.* (Klin. Wschr. 1938. 114.)

Az insulin peroralis hatásosságának feltétele, hogy bomlatlanul felszívódjon. Hogy az insulin felszívódik, állatkísérletekben ferment-mentessé mosott isolált bélkacsokon már régebben bebizonyították. Az insulin peroralis hatástalanságát tehát az okozza, hogy az emésztőnedvek elbontják. Előzetes kisérletek alapján a pepsin ill. trypsin emésztésének megakadályozására trypán-vöröset, ill. malachit-zöldet használtak. Ha 1—2 ccm. gyomor, ill. duodenum-nedvet + 20—40 E. insulint thermostatban állni hagytak 1 óráig, az insulin tönkrement, de ha még 1—2 ccm 0.5%-os trypánvörösst, ill. malachitzöldet adtak hozzá, az insulin hatásossága megmaradt; bőr alá adva 2 kg. körüli nyulban a vércukor szintet 1—1½ órán belül 60—70 mg%-al süllyesztette, több esetben hypoglykaemiát okozott. E két festék együttesen a pepsin-trypsin hatását gátolja. Az insulint ezen festékkel adva sikerült emberen is a vércukorszintet és cukorkiválasztást csökkenteni, e kisérletek azonban most vannak folyamatban.

Petrányi Gyula dr.

Sulfanilamid adagolás alatt kifejlődött heveny haemolytikus anaemia. *Harvey, Janeway.* (Johns Hopkins Hospital, Baltimore). (Amer. Journ. Med. Ass. 1937. 1. 109.)

A különböző bakteriumok, különösen a haemolytikus streptococcusok okozta fertőzések gyógyításában a sulfanilamid alkalmazása gyorsan elterjedt. A készítménynek ismeretesek a gyengébb toxikus hatásai, mint a májműködés csökkenése, láz, cyanosis és enyhe acidosis, de súlyosabb toxikus hatást még eddig nem közöltek. Klinikáikon öt hónapi intensiv alkalmazás folyamán soha bajt nem okozott ellenben az utolsó 3 hét leforgása alatt 3 súlyos haemolytikus anaemia esetet észleltek: 2 esetben streptococcus haemolytikus okozta tonsillitis, 1 esetben meningococcus okozta meningitis sulfanilamiddal kezelése kapcsán. Kétségtelenül eddig ugyan nem tudták bebizonyítani, hogy a gyors haemolysisnek a szer volt az oka, de minthogy a városban is észleltek egy 4. esetet, továbbá haemolytikus anaemiát kiváltó más okot ki lehetett zárni, valószínü, hogy a szernek köze van a haemolytikus krisis kiváltásához. Részletesen ismertetik 3 esetüket:

1. 36 éves néger férfit haemolytikus streptococcus okozta tonsillitissel vettek fel. A beteg per os 4.8 g. sulfanilamidot kapott, 4 óra mulva a szer concentratiója a vérben 10 mg% volt. A következő 2 napon 4 óránként 0.9 g., majd ugyancsak 4 óránként 0.6 g-t kapott. A torokfertőzés gyorsan feltisztult, a hőmérséklet, fehérvérsejtszám klinikai tartózkodása 3. napján normalisra esett. Ez idő alatt szédülésről, émelygésről panaszkodott, ajkai cyanotikussá váltak. A sulfanilamid adagolásának 5. napján, — 2 napi láztalanság után — ismét lázas lett, ezért a szert kihagyták. A következő napon a beteg erős főfájásról panaszkodott, szédült, igen gyenge volt, izzadt, nyálkahártyái halványak, kifejezetten ikterusosak voltak. Vérkép: vvs. 1.570.000, (felvételkor: 4.900.000), Hb.: 30% (101%), fvs. 87.000; számos magvas vvs., polycromatophilia és 20 reticulocyta. Vizeletben sok urobilin, de epefesteny és haemoglobin nincs. 3 ízben adott 500—500 ccm vértransfusióra az állapot gyorsan javult, haemoglobin, vvs. szám gyorsan emelkedett, regeneratiós jelek (magvas vvs., reticulocyta) eltüntek, a fehérvérsejtszám lassan a normalisra tért vissza, érett sejtek foglalták el a fiatal alakok helyét.

2. 26 éves néger nő, peritonsillaris abscessussal. A megnyitás előtt meg akarták kisérelni a sulfanilamid medicatiót. Mivel a beteg nyelni nem tudott 4.1 g. sulfanilamidot adtak 450 ccm physiologiás konyhasóoldatban subcutan. A következő nap reggel a szer concentratiója a vérben 9.8 mg% volt. Az állapot nem javult, ezért infusió. Ezután 0.6 g-t kapott per os 4 óránként. A subcutan adott sulfanilamid után 36 óra mulva a beteg beszámíthatatlan, erösen szédül, nyálkahártyái kifejezetten ikterusosak. A vérkép súlyos haemolytikus anaemiát mutat. A vizeletben böven volt epe és urobilin, de haemoglobin nincs. 2x500 ccm. vértransfusióra a beteg gyógyult.

3. 10 hónapos gyermek. Meningococcus meningitis. 1 napon 1.42 g. sulfanilamid, később 1.5 g. subcutan. A következő három napon át 1.8 g. s. c. és 0.2—0.3 intraspinalisan. Lumbal- és cisterna-punctio kétszer 24 óránként. A gyermek 48 óráig súlyos állapotban van, kifejezett cyanosissal, szapora pulsussal, felületes légzéssel, de a 3. napon állapota javulni kezd s az 5. napon már táplálkozik. Ettől kezdve napi 2.4 g. sulfonilamidot kap per os. A 7. napon a temperatura újra 40 C°-ra emelkedik. A Hgb. 65-ről 40%-ra, a vvs.-szám 4.120.000-ről 2.020.000-re esik, míg a fvs. 32.400-ra emelkedik. A kikent készítményben nagymennyiségü éretlen polynuclearis leucocyta, magvas vvs. és reticulocyta látható. 90, majd 50 ccm vértransfusióra a betegség 9. napján a hömérséklet normalisra szállt alá, a 10. napon: vvs.-szám 3.600.000, haemoglobin 70% fvs.-szám 11.200. Ettől kezdve az állapot állandóan javul.

2 beteggel felgyógyulásuk után kisérletet tettek kisebb mennyiségü sulfanilamiddal, de a vérképen elváltozást nem észleltek. Hasonló nagyságú adagokat, mint a 3. esetükben más betegnek is adtak igen sok esetben, anélkül, hogy a vérképben hasonló elváltozást észleltek volna. Úgy képzelik, hogy egyes betegek szervezete a sulfanilamidból kismennyiségü toxikus anyagot bont le, vagy ezt az anyagot sokkal gyorsabban állítja elö, mint a betegek átlaga. Gyakorlati szempontból az alábbi következtetéseket vonják le: 1. ha bármikor nagy adagban adunk sulfanilamidot, kisérjük mindig figyelemmel a vérképet s szenteljünk különös figyelmet a vvs.-ek pusztulásának és regenerálódásának (reticulocytosis, magvas vvs.) jeleire, epe festeny és urobilin megjelenésére a vizeletben, székletben vagy vérben. 2. Az anaemia azonnal javul s a tünetek megszünnek vértrasfusió adására.

Aranyi Sándor dr.

Szülészet.

Nagymennyiségü progynon antithyreoidealis hatása. *V. H. Zain.* (Klin. Wschr. 1137. 39. 1351.)

A patkányok etetése pajzsmiriggyel hyperthyreosist okoz. Azt tanulmányozta, hogy nagyobb progynon-mennyiség castralt him és nöstény patkányok hyperthyreosisára milyen hatással van. 2—3 hónapos him patkányokat castralt, 1 hónap mulva progynon-kezelést kezdett, 2x0.4 ccm progynon B-t adott egy héten. Ezalatt 10 g. kenyeret és 20 ccm tejet adott enni naponta. A következő héten 100 mg. thyreoideát adott naponta és az 1., 3., 5. napon 0.7 ccm progynont. 7 napos pajzsmirigytáplálás után 16 órát éheztette az állatokat és beadott 3 g. cukrot. 7 órával később megölte az állatot, lemérte a máját és a glykogentartalmát meghatározta. Lemérte a hypophysist is, 3 controllállatot hasonlóan etetett, de progynont nem adott. A controll patkányok májában glykogent nem talált. A máj súlya kb. 5.4 g. volt, a hypophysis súlya 6.5—7 mg. A progynonnal kezelt májában 2% glykogent talált, 6.3 g. volt a máj súlya, a hypophysis 9—9.5 mg. volt. Hasonlóan járt el nöstény patkányokkal és eredményei is kb. hasonlóak voltak, csak az egyik progynonnal kezelt nöstény patkány hypophysisének a súlya 19.5 mg. volt.

Az eddigi eredmények után a legvalószínübb, hogy a hyperthireosis által megzavart szénhydrat anyagcsereforgalomra a progynon-hatás a hypophysis által jön létre.

Balassa Kálmán dr.

Extraperitonealis (Latzko) császármetszés. *Albert H. Adridge.* New-York. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

27 esetben végezték nagyrészt fertözött esetekben. Áthatoló hólyagmetszés csak 1 esetben volt, 1 esetben csak a hólyag izomzata sérült. A peritoneum 1 esetben nyilt meg. 3 esetben szándékosan nyitották meg a hashártya áthajlási redöjét és azt kétoldalt úgy varrták össze, hogy nagyobb területen vált szabaddá a méh elülső felszine. A méhet csak azután metszették be, így elkerülhették a hashártya fertözödését. 1 anyai haláleset volt, 10 nappal a mütét után az arteria coronaria elzáródása következtében. A cavum Retziit lefelé drainezték a méh sebén keresztül a méhszájba vezetett kis csíkkal. Az eljárást alkalmasabbnak tartják fertözött esetek kezelésére.

Miklós László dr.

Az ember terhességtartama. *L. Speitkamp.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 116. 1.)

Kb. 15.000 szülésre terjed ki a szerző tanulmánya. Az anyag összeválogatásában a magzat érettsége volt irányadó. Érettnek 2800 g. súly- és 48 cm hossz felett vette az újszülötteket. Az esetekből összeállított görbe szabályos sinusvonal, melynek legmagasabb pontja, tehát a leggyakrabban edöforduló terhességtartama 283 (282.8) napon van. A csúcstól balra, illetve jobbra elhelyezkedö szülések, azaz a rövidebb, illetve hosszabb ideig tartó terhességek azonban nem azonos számmal fordulnak elö. Még pedig a 299. napnál hosszabb terhesség kb. 2-szer annyi, mint a 264 napnál rövidebb. A

közkeletü 280-tól eltérő 283 napos átlag óka részben az anyag megválogatásában, (48 cm. hossz a 45 helyett) részben a görbe széleit adó esetek egybe, illetve különszámításában rejlik. A népi felfogással szemben a fiu- és leánymagzat terhességek kihordási ideje közt különbség kimutatható nem volt. Az első terhesség valamivel hosszabbnak bizonyult, mint a többi.

Tekintve, hogy a terhességi számítás nem a peteérés, azaz a termékenyítés időpontjától, hanem a vérzési időtől számított (mégpedig a megtermékenyített petét megelőző petéhez tartozó vérzéstől), a peteérések pedig köztudomású, menynyire ingadozók: a számított s a valóságos terhességtartam igen gyakran eltér egymástól. E hibának a csökkentésére figyelembe kell venni, a terhességi számításnál a peteérés ütemét, (menses cyklus). Gyakorlatilag ez azt jelenti, hogy az utolsó menstruatio első napjától visszaszámítunk 3 hónapot és hozzá adunk 10 napot. Ekkor a 28 napos ütem terhességtartamát kapjuk meg. A más cyklusban peteérlelő asszonyok esetében annyi nap adandó hozzá, illetve veendő el a kapott eredményből, amennyivel hosszabb, illetve rövidebb 28 napnál a menstruatiós cyklusuk.

Margitay-Becht Dénes dr.

Szemészet.

Dinitrophenol hályog. *Borley* és *Tainter*. (Arch. of. Ophth. 1937. december.)

Szerzők in vitro vizsgálták a dinitrophenol hatását a lencsetok permeabilitására kolloidalis festék segítségével; az ultrafiltratiós kisérletsorozat negativ eredménnyel járt. — Ugyancsak negativ maradt az állatkisérlet is; patkányban a dinitrophenol etetése nem változtatta meg a tok áteresztőképességét intraperitonealisan befecskendett festékkel szemben. Ezek szerint nincs kisérleti alap arra nézve, hogy a méreg a lencsetok permeabilitásának megváltoztatása révén hozza létre a hálygot.

Grósz István dr.

Jódolaj szemészeti jelentősége. *Dimitry*. (Arch. of. Ophth. 1937. december.)

Szerző a lipcsei szemklinika anyagán szerzett tapasztalatokról számol be. Az *eunarkon (Riedl—Haën)* 10%-os, kész, *intravenásan* adagolandó oldat, mely — az evipan mintájára — rövid ideig tartó és fájdalmas, valamint gyermeken és labilis idegrendszerü betegen végzett mütétek alkalmával jön szóba. Elsősorban a szemüreg és szemgolyó evisceratiója szerepel, továbbá az enucleatio, iridektomia, incisiók, stb. A befecskendés tempója 1 ccm ½—1 perc alatt. Az összmennyiség 3—10 ccm közt ingadozott, szükség szerint. Hályogmütétre nem alkalmas az olykor jelentkező tüsszentések miatt. Az 55 esetben végzett narkosis folyamán észlelt szövődmények eloszlása: motoros izgalom 7 ízben, sirás 1, cyanosis 5 ízben; szerencsés kimenetetü légzési zavar egyszer. Fontos az állkapocs helyes luxálása. Ébresztés céljából cardiazolt adtak bőr alá. A narkosis előkészítése épen olyan gondosan történjék, mint az inhalatiós altatás előtt (előzetes belvizsgálat, megfelelő analeptikumok készentartása).

(Hasonlóképen elismerően nyilatkozott e szerről *Schley* a frankfurti klinikáról; l.: O. H. 1936. 16. sz. Ref.).

Grósz István dr.

Atropin irritatio. *Ridley* és *Maclean*, (Trans. Ophth. Soc. Un. Kingd. 75. I.)

55 atropin iránt túlérzékeny betegről számolnak be (follicularis hurut és ekzema); az intracutan módszerrel kitünt, hogy 0.05%-ig valamennyi betegen positiv volt a reactio, mig a 0.0005%-ossal negativ. E módszert elhagyták, s ma már a megbízhatóbb cutan próbát (patch-test) végzik. Valamennyi betegnek allergiás anamnesise volt. Az esetek ¾ részében a bőr a 4%-os atropin próbára már nem reagál (különböző higitásu oldatokba mártott itatóspapir, rajta olajozott selyem, ragtapasszal rögzitve), ilyenkor az 1:400 hyosciamin csepp felváltva használandó ¼ mg-os atropin lamellákkal, (lemezkék). A cutanpróbákkal kikeresett különböző túlérzékenységi állapotoknak megfelelő és ajánlatos töménységek táblázatból olvashatók ki, (atropin és hyosciamin, oldat, vagy lamella alakjában). Ha igy sem oldható meg a helyzet, vagy ha a beteg az 1%-os próbát sem türi, úgy desensibilizálnak: egy héten át naponta adnak ¼ ccm 1:2000 atropin oldatot emberi *serumban*. Ez a keverék 24 órát áll (*Waller* magas atropin adagot használ tizedére higított könnyfolyadékban). A keletkező védettség 1—2 hónapig tart. Ezen eljárással a betegek nagyrésze tovább használhatta a tágitókat. A könny a túlérzékenység létrejöttében nem játszhat szerepet, mivel az egész bőr részt vesz a folyamatban. Valószinüleg az atropin diffundál a kötőhártya nyák- és a bőrverejték-mirigyeibe s ott a fehérjével reagál: az akkor keletkező atropin-fehérje vegyülettel szemben válik a beteg érzékennyé. A duboisin is képes izgalmat előidézni. Az atropin kenőcs jobban izgat, mint a csepp; sem az alapanyagok, sem a fehérítésre szolgáló chlor nem tehetők felelőssé ezért; viszont kisebb a lehetőség a mérgezésre (gyermek!), mert nem kerül a torokba, mint az oldat. Szerzők intenek az 1%-os atropin túlságosan bőkezü alkalmazásától. (Feltünő, hogy a scopolaminról nem esik szó! Ref.)

Grósz István dr.

Eunarkon altatás a szemészetben. *Karsch*. (Klin. Mon. Aug. 1938. jan.)

Szerző a lipcsei szemklinika anyagán szerzett tapasztalatokról számol be. Az *eunarkon (Riedl—Haën)* 10%-os, kész, *intravenásan* adagolandó oldat, mely — az evipan mintájára — rövid ideig tartó és fájdalmas, valamint gyermeken és labilis idegrendszerü betegen végzett mütétek alkalmával jön szóba. Elsősorban a szemüreg és szemgolyó evisceratiója szerepel, továbbá az enucleatio, iridektomia, incisiók, stb. A befecskendés tempója 1 ccm ½—1 perc alatt. Az összmennyiség 3—10 ccm közt ingadozott, szükség szerint. Hályogmütétre nem alkalmas az olykor jelentkező tüsszentések miatt. Az 55 esetben végzett narkosis folyamán észlelt szövődmények eloszlása: motoros izgalom 7 ízben, sirás 1, cyanosis 5 ízben; szerencsés kimenetetü légzési zavar egyszer. Fontos az állkapocs helyes luxálása. Ébresztés céljából cardiazolt adtak bőr alá. A narkosis előkészítése épen olyan gondosan történjék, mint az inhalatiós altatás előtt (előzetes belvizsgálat, megfelelő analeptikumok készentartása).

(Hasonlóképen elismerően nyilatkozott e szerről *Schley* a frankfurti klinikáról; l.: O. H. 1936. 16. sz. Ref.).

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Veleszületett csípőizületi ficam korai diagnosisa. *Keyl*. (Arch. f. Khk. 111. 3.).

Több röntgenfelvételt közöl egy és kétoldali luxatióról és ugyanazokat bemutatja ½ és 2 év múlva gyógyultan. A korai diagnosis a röntgenfelvétellel történik, amelyen már 6 hónapos korban látható az elváltozás, melyből később luxatio lesz. Röntgenábráin látjuk, hogy a beteg oldalon az izvápa laposabb, emiatt a combfejecs rögzítése nem biztositott. Ez az elváltozás magában is elég ahhoz, hogy a növekedés folyamán — nemcsak a megterhelés, hanem az izomtonus miatt is — a fejecs luxatióba kerüljön. A röntgenképen azonban még a fejecsek, illetőleg a csontmagvak különböző nagyságát is észleljük: a beteg oldali kisebb, fejletlenebb. A figyelmet a luxatióra legtöbbször az anya hívja fel, aki csecsemőjén már korán észreveszi, hogy egyik lába rövidebb, vagy egyik csípője jobban kiáll.

A diagnosis felállítása után a csípőt és lábakat a Lorenz-féle állásban gipszbe kell tenni, havonta controllálni, hogy a fejecs helyén van-e. Minél fiatalabb korban történik a repositio, annál biztosabb a gyógyulás.

Vahl Vera dr.

Polyomyelitis és A-, B-, C-, D-vitaminbevitel. *Toomey*. (Amer. Journ. Dis. Childr.)

D-vitamin adagolása megvédi a macacus rhesus majmot a gyomorbélcsatornán át bevitt polyomyelitis virus ellen, viszont D-vitaminhiány ez állatokat rendkivül érzékennyé teszi a fertőzéssel szemben. Az A, B, C-vitamin bevitelének vagy hiányának nincsenek hasonló kapcsolatai a polyomyelitissel.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Kruppos pneumonia a gyermekkorban. *G. Joppich*. (Jahrb. f. Khk. 9. 1.)

A szerző reconvalescenssavó hatását vizsgálta a kruppos pneumonia lefolyásában. Vizsgálatait csak a pneumococcus I. által előidézett pneumoniákban végezte. 80—120 ccm. reconvalescenssavót (R. S.) alkalmazott intravenásan és az eredményt klinikai és physicalis vizsgálatokon kivül Rtg., vérkép és elsősorban kantharidinhólyag methodussal vizsgálta. A R. S. hatása az első 24 órában jelentkezett, kritikus lázeséssel, mely semmiben sem különbözik a spontan krisistől. Vizsgálat tárgyává tette továbbá a normálembersavó alkalmazását is kruppos pneumoniák esetén, ezen eljárás azonban nem járt meggyőző eredménnyel. 14 esetben alkalmazott specifikus lósavót intravenásan, mely szintén a krisis korábbi bekövetkezését idézte elő.

Összefoglalva, pneumoniás egyén vérében humoralis antitestek képződnek, melyek egy másik betegbe fecskendezve a pneumoniát megszakitani képesek, tehát valószinüleg legalább is részben antitoxinok.

A specifikus lósavó kellő időben és dosisban adva szintén a pneumonia gyorsabb oldódásához vezet, egyrészt a szervezet reactióját változtatja meg, másrészt a localis tüneteket gátolja.

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Néhány csecsemőkori meningococcus-meningitis eset. *Hambrusch.* (Arch. f. Kh. Bd. 1937. 110.)

Csecsemőkorban gyakran hiányzanak a meningealis tünetek, különösen gyakran a tarkómerevség. Ez a hiány, illetőleg a tüneteknek késői fellépése arra vezethető vissza, hogy a csecsemő koponyája még nem zárt s így a liquorszaporulat nem okoz azonnal agynyomást. Négy ilyen jellegü esetet közöl. Ezenfelül egy ötödik esetben a gyermeken két évvel előbb meningococcus-meningitis zajlott le, mely után nagy hydrokephalus fejlödött ki, anélkül, hogy a szellemi képességek zavart szenvedtek volna.

Romhányi József dr.

Bőrgyógyászat.

Gyomor-bélrendszer és a bőr. *E. Urbach,* Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1937. 40. sz.)

Valmely belső szerv és a bör között elvileg háromféle összefüggés állhat fenn. Ilyen értelemben lehetséges 1. dermatosis a gyomor megbetegedése alapján. Itt szerepelhetnek a legkülönbözőbb gyomorzavarok, 2. a gyomorzavarok kifejlödhetnek börmegbetegedés következményeképen. T. i. azok a dermatosisok, amelyek nagy hámdefectussal járnak együtt, a gyomor szabad sósavtartalmának feltünő megkevesbbedését eredményezik. Ez kimutatható állatkisérletekben is. Van ezenkívül ú. n. eliminatiós gastritis is, amely akkor jön létre, amikor ólom, sublimat, jód, stb. halmozódik fel nagy mennyiségben a börben, valamint börégésekkel kapcsolatban a szövetfehérje felszívódása következtében. 3. Bör- és gyomorzavarok lehetnek coordinált tünetei egy feléjük rendelt megbetegedésnek. Így mint fölérendelt noxa szerepel a vegetativ idegrendszer zavara, intoxicatiók, túlérzékenységek, amelyek úgy a börön, mint a gyomor nyálkahártyáján manifestálódhatnak. 4. Dermatosisok jelentkezhetnek bélmegbetegedés következtében. Itt csak megemlíti, hogy a vékonyból-katarrhusok, melyek nem okoznak colitises tüneteket sem, a börbetegségek létrejöttében fontos szerepet játszanak. Ezenkívül természetesen gondolnunk kell a legkülönbözőbb bélmegbetegedésekre. Csak gondolni kell itt még arra, hogy a végbél megbetegedéseit ekzema vagy pruritus kisérheti. 5. Kifejlödhetnek bélzavarok börmegbetegedés következményeképen. *Puntoni* kimutatta, hogy a firnissek állatkisérletben a bélnyálkahártya súlyos ártalmát eredményezték. 6. Bör- és bélzavarok coordinált tünetei lehetnek egy feléjük rendelt megbetegedésnek. Itt az általános intoxicatiókra és fertözésekre kell gondolnunk.

Nyáry Lenke dr.

Értékes-e a Chediak-féle szárazvérpróba, mint luesreactio? *H. Wedeborn,* Leipzig. (Derm. Wschr. 1937. 37. sz.)

Böhmével ellentétben és egybehangzóan a többi más utánvizsgálóval, meggyözödött arról, hogy a szárazvérpróbán, tekintettel a csekély hibaforrásra és a kielégítő fajlagosságra, értékes segédeszközt nyerünk a tájékoztató tömegvizsgálatok számára. Ennek a próbának csak az a szerepe, mint *Morschhäuser* is mondja, hogy a positiv eseteket kihalásszuk vele. A többi reactiót — serologiai vizsgálatok — nem pótolja, nem helyettesíti. Ez egy gyors reactio, melynek nagy előnye egyszerüsége és olcsósága. Értékes azért, mivel megadja a lehetőséget számunkra, hogy tömegvizsgálatokban olyan serologiai controllt alkalmazhassunk, amely nem vet fel gazdasági kérdést és nem szükségeltet venapunctiót.

Szép Jenő dr.

A hímvessző gangraenás fekélyeiről. *S. Tappeiner,* Wien. (Arch. f. Derm. u. Syph. 175. köt. 2. füz.)

A penis gangraenás fekélyeit jellegzi az akut fellépés, foudroyans, magas lázzal járó lefolyás, a fájdalom és a typusos szürkés-zöldes, majdnem fekete szétesés. A noma, a stomatitis ulcero-membranacea és a Plaut-Vincenti-féle angina, továbbá a nosocomialis gangraena és a külső nemiszervek akut gangraenájával együtt a fusospirillaris fertözés csoportját képezik. Szerző összefoglalja a bécsi Arzt-klinika utolsó 10 esztendejének idevonatkozó anyagát és eseteit (összesen 21-et) táblázatban ismerteti. Közleményéből kitünik, hogy a legtöbb beteg 20 és 30 év között szerzi ezt a betegséget, legidősebb betegük 52 esztendős volt. *Scherber* azonban egy 72 évest is megemlít. Az incubatiós idő többnyire 7—14 nap. Minthogy olyan esetek is vannak, melyekben a klinikai fellépés az utolsó nemi érintkezéstől számított 3 héten túl mutatkozik, ezért nem különálló fertözésre, hanem spontan keletkezésre gondol. A spirochaeta refringens és bacillus fusiformis más biológiai viszonyok közé kerül és ezért virulentiájuk emelkedik. Eseteinek 42.9%-ában syphilist sikerült kimutatnia. Feltételezi, hogy a syphilis, éppen úgy, mint más chronikus fertöző betegségek, a szervezet ellenálló képességét nagyon legyengíti, s a betegség keletkezésében elsősorban ez bir jelentőséggel. A betegség therapiájára vonatkozólag szerző újat nem mond. Megemlíti még, hogy ulcus gangraenosumot mesterséges módon inoculatio útján nem sikerült létrehoznia. Ez a körülmény továbbá az annyira különböző bakteriologiai leletek, valamint az incubatiós idő erősen változó tartama nem teszi valószínüvé, hogy itt egy egységes fertözéses megbetegedéssel állunk szemben.

Preininger Tamás dr.

Barna homlokgyürű és részarányos elhalás paralysis kapcsán. *Schönfeld,* Heidelberg. (Med. Klin. 1937. 45. sz.)

45 éves sötétszőke, helyenként őszbehajló hajszálakkal biró seborrhoeás asszonyt 1936 májusban paralysis miatt malariakezelés céljából klinikájukra utaltak. A kórelőzményi adatokat a betegtől nem sikerült megtudni. Az arc alsó részén, főleg a fül környékén erősen kifejezett, pigmentált csíkok láthatók. A homlok felé az elváltozás kettős csíkba megy át s ugyanitt kiterjedése másfél haránt ujjat tesz ki. Hasonlít a chloasma uterinumhoz. Az elváltozás megegyezik az 1930-ik évben *Anderson* és *Vernoe* által leírt, főleg enkephalitises betegeken észlelt homlok pigmentszaporulatokkal, melyeket szerzők „barna homlokgyürü" névvel jelöltek. A betegnek a malariaojtás következtében 7, egészen 41.1 C°-ig menő lázrohama volt. 1936 június 11-én minden különösebb előzmény nélkül kékes-vörös folt jelent meg az orrcsúcson, pillangószerü kiterjedésben. Hasonló elváltozás mindkét kézen és lábon, valamint a keresztcsájékon. Ezek a jelenségek valamennyire visszafejlödtek, de július 13-án újólag fellángoltak a bal lábon éles határú elváltozás alakjában, valamint a bal alszár hajlító oldalának felső harmadában, 6 cm. hosszú, egészséges börtől megszakított 1 cm. széles csík volt látható. A jobb lábon, egyes ujjakon, valamint a jobb alszár alsó harmadának hajlító oldalán szabálytalan, tenyérnyi nagyságú hasonló elváltozások éles határral az ép bör felé. Az elváltozásban helyenként apró, egészséges börrel fedett szigetecskék. A végtagokon a folyamat továbbfejlödése miatt száraz mumificatio fejlödött ki, mely miatt sebészeti klinikára kellett áttenniök. A környéki idegeken és ereken amputatio után szövettanilag semmi jelentős elváltozást nem találtak. Az elváltozások egész kifejlödése centralisan feltételezhető érmozgató ártalomra mutat, s az elváltozást kiválthatta a paralysis, a malária, vagy chininkezelés egyaránt.

Dóczy Gedeon dr.

Elméleti tudományok.

A természetes fényforrások és ezek hatása az organikus életre. *F. Linke.* (Strahlentherapie, 1937. 60. 2.)

A napfény mellett, mint természetes fényforrás, még említhető a holdfény és a szétszórt égi fény, mely utóbbiak azonban szintén, mint reflectált, illetőleg indirect napfény foghatók fel. A hormonkutatás óta ismeretes, hogy fény nélkül táplálék dacára sem képes élni az ember, mert a fény hatására a börben hormonok képződnek, melyek hiánya súlyos zavarokat okoz és a betegségek egész sorozatát idézheti elő. A fény intensitásának ingadozása és megváltozása is, mint inger szerepel a hormonkiválasztásban. Így a napfény gyengülése az est beálltakor egy ú. n. álom-hormont választ ki, illetőleg ingerli ilyen hormonkiválasztásra a hormontermelő központot, a hypophysist. Ilyen periodusos fényingadozásoknak nagy jelentősége van, mint pl. a 24 órás napéj váltakozás, a 27 napos napkörforgás, a 28—29 napos holdperiodus, a 11 éves napfolt periodus. Igen fontos tudni, hogy a naprhythmusok a testben hosszabb ideig megmaradnak és egy esetleges földrajzi helyzetváltozáskor komoly zavarokat okozhatnak a szervezet egyensúlyában. Így lett a napfény gyógyszerünk, melynek veszélyeire visszaélés esetén, tekintettel a ma oly túlhajtott napkultuszra, a közönség figyelmét felhívni az orvos kötelessége. A fény physiologiás hatása ma már jól ismert, de ami a psychikai hatást illeti, különösen a nem látható fényre vonatkozólag, még meglehetősen ismeretlen.

Aki napfénytherapiát használ, a klimatikus tényezőket sem hagyhatja figyelmen kívül, mert klima és napfény igen szorosan összefüggnek. Az orvos kötelessége, hogy amikor

a nagyvárosi embert a természethez visszavezetni akarja, ismerje azokat a physikai, pathologiai és psychikai folyamatokat, melyek az ember szervezetében előállnak a klima és különösen a napfény együttes hatására.

Korompai Imre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Grundzüge der Röntgenphysik. Eeine Einführung in die Gesetze der Röntgenstrahlen zu Verwendung in Physik, Medizin und Technik. *Von dr. phil. Fritz Regler.* (Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1937. Ára: 21 M.)

A 446 oldal terjedelmü igen kiváló munka behatóan tárgyalja a röntgensugarak fizikáját és alkalmazásukat a különböző tudományágakban. A bevezető és a röntgensugarak természetét tárgyaló fejezetek után sorban következnek a karakteristikus és folytonos röntgenspektrumokról szóló, majd a röntgensugarak absorptióját tárgyaló fejezetek. Külön fejezeteket szentelt a szerző a röntgensugarak ionizáló, photochemiai és biológiai hatásának. Sorban következnek a magasfeszültségmérés, a röntgenezésben használt magasfeszültségi források befolyása a fékezési spektrum intensitásának eloszlására, a felezőréteg, a percentualis mélydosis, valamint a röntgenátsugárzás és a szerkezeti analisis kristálytani alapjairól szóló fejezetek. A Laue, valamint a Debye-Scherrer és a forgókristály spektographiáról külön fejezetekben nyerünk tájékoztatást. Az elektronsugarak elhajlásáról kristályokon, a röntgen- és elektronsugarak szóródásáról gázokban és folyadékokban szintén külön fejezet szól. Behatóan ismerteti a különböző röntgenkészülékeket és lámpákat. Kiválóan hasznos táblázatokat ad az elemek periodikus rendszeréről, a K, L, M sugárzások hullámhosszúságáról, továbbá az elemek és egyes anorganikus vegyületek kristályrendszerek szerint elrendezett rácsmérési eredményeiről. A gazdagon illustrált és mindenütt könnyen érthető, világos stilusban megírt munka mind a kristallographusok és anyagvizsgálók, mind a biológusok és röntgenorvosok számára alig nélkülözhető útmutatóul szolgál. Orvosi szempontból előnye a könyvnek, hogy a röntgenphysika orvosokat érdeklő finomabb részletei is a matematikában kevésbé jártasok előtt is érthetők.

Lajkó dr.

A csecsemő, kisgyermek és iskolásgyermek gondozása. *Orosz Dezső dr.* (Szerző kiadása. Budapest, 1937—38. 196 oldal. Ára: 4 P.)

Minden munkát, minden törekvést, aminek célja a magyar csecsemők és gyermekek egészségi állapotának javítása, nagy örömmel fogadunk. A könyv komoly törekvések eredménye s annál inkább elismerést érdemel, mert a szerző nemcsak munkáját, tapasztalatainak eredményeit áldozza benne a magyar gyermekvédelem javítása érdekében, hanem saját erejéből vállalkozott a könyv kiadására, csak hogy elgondolásai eljuthassanak az általa kívánatosnak tartott réteghez.

A könyv anyagának megválasztásával nem mindenben tudunk csatlakozni a szerző véleményéhez. Szerző a könyvét „egészségügyi vezérfonal szülők és gyermekekkel hivatásszerüen foglalkozók részére" alcímmel látta el. Ebből arra következtethetünk, hogy a kérdést ápolónők, védőnők, gondozónők és szülők számára egyazon formában kívánja ismertetni. A gondolatot nem tartjuk szerencsésnek. Évről-évre mindinkább látjuk, hogy mennyire megneheziti az orvos, különösen a gyermekorvos munkáját s így végeredményben a gyermek érdeke ellen van az, hogy a szülőket szinte elárasztják orvosi előadásokkal, közleményekkel, könyvekkel. A csecsemők és gyermekek helyes *„gondozását"* nem szolgálja az, amit a szerző könyve előszavában ir: „a szülőket az eddiginél mélyebben vezessük be a korszerü csecsemőgyógyászatba". Igen nehéz megtalálni azt a *közös* könyvformát, ami kielégítené a gyermekekkel hivatásszerüen foglalkozók igényeit s aminek olvasása a szülők részére is kívánatos. Ezt a nehéz feladatot a szerzőnek sem sikerült megoldani. Ha a könyv szülők számára a csecsemő- és gyermek-*gondozásról* szól, nem tartoznak bele a terhességet ismertető jelek, a terhes asszony fogazata, hányása, a házasélet szabályozásának, a szülés lezajlásának, a lepény leválásának, a gyermekágyas nő hőmérsékletének ismertetése. Az újszülött köldökének ellátása, a szembecseppentés, az első fürösztés ugyancsak a szülész vagy a bába tudnivalói közé tartoznak. A szülő számára a tennivalók a szükebb értelemben vett újszülöttkor lezajlása után kezdődnek. Nem tartjuk szülők számára közlendőnek azt sem, hiszen ez is orvosi munkakörbe tartozik: „Hogyan számítsuk ki mesterséges táplálásnál a csecsemő táplálékszükségletét?" A szülők számára a könyv tulajdonképen az 55-ik oldalon kezdődik. Itt a szerző 25 oldalon át foglalkozik a csecsemőgondozással: a lakással, az ággyal, a szobabútorokkal, a mérleggel, a pelenkával, ágyneművel, járóiskolával, szoptatószékkel, fürdetéssel, a hintőporral, a csecsemő tisztogatásával, sétáltatással, mozgatással, csecsemőtornával. Vagyis ez a fejezet az, ami tényleg a szülőknek szól, amit minden szülőnek tudnia kell. A szülők és laikusok szempontjából nem tartjuk viszont kívánatosnak a könyv II. részét, ahol fenti 25 oldallal szemben közel 80 oldalon át a gyermekkori *betegségekről* van szó. Ha a könyv mostani formájában nem a szülők részére, hanem csakis a gyermekekkel hivatásszerüen foglalkozó védőnők, gondozónők részére készült volna, kifogás nélküli lenne a hivatása. A könyv kiállítása igen sikerült, ábrái jól illeszkednek a szövegbe.

Kiss Pál dr.

Gondolattól a kifejezésig. Tanulmányút a betűk mögött. Irta: *Jánky István.* (A szerző kiadása. Sümeg, 1937. — A Studium bizománya, Budapest, IV., Kecskeméti-utca 8. — Ára: 3.20 P.)

E 140 lapnyi tanulmány két arányos részre tagolódik: a kifejezés ideológiájára és a kifejezés mesterségére. Az első az eszme és az ember viszonyáról értekezik, a második az irásbeli közlés módjáról szól. A mü voltaképen magasabb értelmü stilistika s épen ezért terelem rá kiváló orvosíróink figyelmét, de minden esztétikai érdeklődésü kartársamét is, aki fáradt óráiban szivesen barátkozik a pihentető könyvvel. *Jánky István* müve révén még tudatosabban élvezi majd a betü örök szépségét. — A szerző fiatal francia-magyar szakos tanár. Könyve a magyarba ojtott francia szellem virága. Sajnos, nagyon ritka virág minálunk.

Tiszamarti Antal dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 11-i ülése.

Bemutatások:

Érczy M.: *A fülkagyló részleges hiányának pótlása szabad átültetéssel.* 25 éves férfibetegét mutatja be, kinek baleset következtében a jobb fülkagyló felső negyede hiányzott. Betegén szabad átültetést végzett, mert csak így biztosithatta az átültetett rész merevségét (porcos váz).

A jobb fülkagylón a heget kimetszette, majd a metszésvonalra merőlegesen egy éket metszett ki s a sebszéleket összevarrta, miáltal egy concav sebfelszint nyert. A másik oldali, ép kagylóból egy pontosan egyező alakú, convex felszínü transplantatumot metszett ki s finom öltésekkel a jobb fül hiányzó része helyére varrta. A bal fülkagylón keletkezett hiányt két, egymásra merőleges ék kimetszésével corrigálta.

Szabadátültetés alkalmával fontos, hogy a transplantatum pontosan illeszkedjen a kagylórészhez, s hogy a kötés ne érintkezzen a transplantatummal.

A szabad átültetést azért tartja a kagyló kisebb hiányainak pótlásában legcélravezetőbbnek, mert a kagyló apróbb részei *(helix, anthelix, fossa triangularis) megmaradnak eredeti alakjukban s a mütét egy szakaszban elvégezhető.*

Liebermann T.: *Imre József* orrszárny pótlására használta fel a fülkagylót s a másik fület hozzákisebbítette. E mütétet hozzászóló is sikerrel gyakorolta. A mütét lényegében az *Érczy* által bemutatott mütét módszerével egyező.

Érczy M.: *Imre* professornak a szemhéjplastikákban leírt fülcimpaképzési módszerét az Orvosképzés *Krepuska*-számában megjelent „Fülplastikák" cimü tanulmányában megemlítette. Arról nem volt tudomása, hogy *Imre* professor a fülkagyló felső része hiányának pótló mütétét valahol megjelentette.

Kubány E.: *a) 11 éves gyermekből eltávolított lépcysta.* Betegéből 6 hónap előtt 3 kg-os lépcystát távolított el. A szöveti vizsgálat alapján a tömlő egy a lép állományában fejlödött, azt összenyomó valódi cystának felel meg, mely valószinüleg nyirokérből képződött. *(Wolff).* A mütét előtti és utáni vérképvizsgálatok azt mutatták, hogy a mütét után a vvs. és fvs. szám kisebb kiugrás után esett, majd balratolódás volt megfigyelhető. A kilencedik napon a vérkép normalis. — A bemutatás napján végzett controllvizsgálat ugyancsak normalis.

b) Relaxatio diaphragmaticához társult rekeszizomsérv operált esete. 48 éves férfin már évekkel ezelőtt megállapitották, hogy a gyomorfundus az ötödik borda magasságában

ad árnyékot. Állandóan betegeskedett, de mióta kocsiról lezuhant, állapota türhetetlenné vált; émelygés, hányás és állandó mellkasi fájdalmakról panaszkodott. A mütét a 8. és 9. borda resectiójából és median-laparotomiából állott, a diaphragmát Überdruckban anterior-posterior irányban felezte s a meditalis részt a 8. borda magasságában a parietalis mellhártyához varrta, a lateralis lemezt pedig a diaphragma medialis részének izomzatához rögzitette. Ezáltal diaphragma kettőzetet létesitett. A seb per primam gyógyult, a beteg 6 kilót hizott.

c) Farkastorok-mütélet melyik életkorban végezzünk? A farkastorok-mütétek problemájában a korai mütét híve. Az *anatomiai fogyatékosság megszüntetése* szerinte másodlagos jellegü, sokkal fontosabb a *hibátlan* beszéd elérése. A mütét időpontjául azt kell választani, mielőtt a *gyerek hibás beszéd mechanismusához szokna* hozzá. 12 farkastorok-mütétet végzett. A legfiatalabb 13 hónapos volt. Mortalitása 0. A Veau-mütétet végzi, azzal a módositással, hogy mütét után celophanból felsőszájpadfedőt készittet, amit a harmadik naptól fogva 12—14 napig hagy a beteg szájában. Ezáltal eléri, hogy a gyerek a plastikai sebet nyelvével nem tudja szétturni.

vitéz Borsos L.: Feltétlen az 1. és 2. év között ajánlja a mütétet, mert legfontosabb a beszédhiba kiküszöbölése és másképen ez feltétlen megmarad. Ismerteti 29 esetét, melyből kiderül, hogy általában túl későn hozzák a betegeket mütétre.

Ertl N.: A keményszájpad hiányoknál már a háborus sérülteken is a szervezet regeneratiós tendenciájának megfelelően a réteges pótlásra törekedett. Célja, hogy a csonthiány csontosan pótoltassék. Ezen eljárásának mütéti semáit vetiti. Az eljárás úgy gyermekeken, mint felnötteken jól bevált, mit 20 éves esetek igazolnak.

Ehrenfeld H.: A nyulajak zárása minél előbb, esetleg már kéthetes korban történjék. A szájpadhasadék zárásának legalkalmasabb ideje a 18—24 hónapos kor. A methodikára vonatkozólag a fiatalabb korban a Langebeck-, vagy Veau-eljárás híve, későbbi korban azonban az Ernst-féle mütétet ajánlja.

Kubányi E.: Megköszöni a hozzászólásokat, a kephalon lemezek alkalmazását szintén kitünőnek tartja.

Pólya J.: *Tartós gyógyulás többszörös rákok mütéte után.* 1. 8 év előtt operált, akkor 43 éves nőt, akinek bal emlőjében nyirokcsomómetastasisokat képző carcinoma fibrosum, jobb emlőjében carcinoma gelatinosum volt. *(Zalka).* Mindkét emlőt a hónalji zsirszövettel, nyirokcsomókkal, pectoralis maiorral és minorral együtt amputálta. Baloldalt a bőrdefectus olyan nagy volt, hogy másfél tenyérnyi területen Thiersch-transplantatiót kellett végezni. A beteg simán gyógyult és jelenleg is jól van, recidivamentes.

2. 10 éve operált, akkor 59 éves férfit, akinek colon transversumán és a flexura hepatica táján egymástól 5 cm távolságra 1—1 ökölnyi rákja volt (cc. papillare muciparum. *Wolff*). A coecumot, colon ascendenst és a colon transversumot annak közepéig eltávolitja, az ileum végét a colon transversum csonkjába inplantálja. A beteg jelenleg is teljesen recidivamentes, gyomrára, belére semmi panasza nincs, meghizott.

3. 9 éve operált, akkor 52 éves férfit, akinek a colon transversumon közvetlen a flexura hepatica mellett férfiökölnyi, a környezettel erősen összekapaszkodott rákja volt, mely áttörve, a duodenum előtt fekvő tályogot képezett. A daganatot (cc. solidum, *Zalka)* a coecummal, colon ascendenssel és a fél transversummal együtt eltávolitva, ileocolostomiát készitett; 8 éve ugyanebből a betegből egy gyermekökölnyi, a lument erősen szükitő sigmarákot (adenocarcinoma. *Zalka*) távolitott el. A beteg jelenleg is teljesen recidiva- és panaszmentes, meghizott.

Előadás:

Czeyda-Pommersheim F.: *Az orbánc chemotherapiája.* Azo-festékkel (prontosil) streptococcusokkal fertőzött egereket meg lehet gyógyitani. Hogy a kórokozót pusztítja-e el, vagy a reticuloendothelialis rendszeren keresztül fejti ki hatását, az nincs bebizonyitva. Kiderült, hogy a szintelen egyszerü összetételü paraaminobenzol-sulfamidok is hatásosak. Ezen anyag *deseptyl, ambesid, sanamid* néven kerül forgalomba.

Az elmult 14 hónap alatt felvett 1076 orbáncos beteg deseptyl kezelésben részesült. A láz kritikusan esik, a közérzet megjavul, az orbánc terjedése megakad. Előfordul, hogy a szer hatására a beteg szederjes lesz, a vérből képződött sulf-haemoglobin miatt, mely a gyógyszer megvonására eltünik. Egy százaléka az eseteknek a deseptylnek ellenáll. Az orbánc esetek 96%-a szövődménymentes marad (a régi 75%-kal szemben.) A mult idők 8—12% halálozásával szemben az ma 4.7%. A kiujulásokat és visszaeséseket a chemiai szerek nem tudják megakadályozni, mert gyorsan kiürülnek. Ez csak serologiai vagy biologiai úton remélhető. Jó hatással alkalmazható vérmérgezés, genyedés esetén is, de csak ha a kórokozó streptococcus, és megfelelő sebészi feltárás után. A staphylococcus sepsis nehezebben küzdhető le, de erre hatásos az uliron, mellyel most folynak az első megfigyelések.

Mutschenbacher T.: Megerősítheti az előadó kedvező véleményét. Nem voltak eddig olyan megbizható szereink, mint az aminobenzolsulfamid készitmények. Nem szabad azonban elhanyagolnunk a percutan-kezelést, mert a helytelen bőrkezelés mellett lesz az orbáncból hólyagos orbánc kötőszövetgyulladással és nyirokérgyulladással, vagy elhalással társuló és igy végeredményben halálos fertőzéssé. A Chlumsky-féle alkoholos phenol camphorban (60 g. camphor, 30 g. ac. carb. liqu., 10 g. alkohol) rendelkezünk olyan fegyverrel, mely a súlyos orbánc legkellemetlenebb tüneteit a kinzó, fájdalmas viszketést és felhólyagozódást biztosan megakadályozza. Saját nagy anyagában 25 év alatt eddig egyetlen halálos esetet sem látott ezzel a kezeléssel.

Hainiss E.: Csecsemők orbáncára nem látott olyan gyakori prompt hatást, mint felnőtteknél. Lehet, hogy a csecsemő reactiós készsége más. A gyermekeken elért eredmények kétségtelenül jobbak.

Lobmayer G.: Kisérleteket folytat a paraaminobenzolsulfamid solubile oldatos borogatásokkal ulcus cruris, phlegmone, lepedékes panaritium, stb. kezelésében, s azok biztatók.

Érczi M.: Ha sürgösen kell gyógyszert intravenásan alkalmazni, azonban ez valamely oknál fogva nem lehetséges (erős zsirpárna, vékony venák), akkor cocainozás után az alsó kagyló duzzadó testébe fecskendezhetjük azt, honnan tovább sodorja a véráram.

Tüdős E.: Másfél év alatt sok csecsemőorbáncot kezelt deseptyllel. A hatás sok esetben frappáns, recidiva ritka. A csecsemők jól türték, adagja belsőleg 3×½ tabl., izomba fecskendezve 2—5 ccm. napjában.

Bosányi A.: Fertőző betegségekhez csatlakozó orbáncnak jobb és gyorsabban ható gyógyszere tényleg nincs, mint a deseptyl. De nem hiszi, hogy bármely streptococcus okozta fertőzés esetén is hasonló jó eredményeket fogunk látni. Vörheny 50 esetében végzett kisérleteket deseptyllel, de eredményt nem igen látott.

Kiss P.: Az orbáncban a gyógyszer hatásának megitélése nehéz, mert a gyógyulásban döntő szerepe van egy ismeretlen tényezőnek, ami szorosan összefügg a *Hainiss* által kiemelt constitutionalis különösséggel. Ezért találunk a régibb eljárásokkal is, s a mostani ambesid kezeléssel is azonnali kedvező eredményt, s ugyancsak constitutionalis okok miatt hagy cserben ma is a p-aminobenzolsulfamid. A döntő tényező nem a „chemotherapiás" hatásban van, hanem a szervezetben magában, annak reactiós készségében. Úgy gondolja, hogy az orbánc p-aminobenzolsulfamid-kezeléséről csak további adatgyüjtés után mondhatunk végleges véleményt.

Prontosil nem előzi meg az orbáncot, alkalmazása dacára recidiva is jöhet, tovább is terjedhet a testen a pir, láz 14 napig is megmaradhat. Egy streptococcus haemolyticus okozta meningitis esetben mintegy elárasztották a szervezetet intralumbalisan, intravenásan, intramuscularisan és per os p-aminobenzolsulfamiddal, eredményt mégsem tudtak elérni.

Boros J.: Emlékeztet a chemotherapia fogalmára. A chemotherapiás szer a szervezetben csak a szervezet támogatása mellett fejti ki hatását. Ha a szervezet védekezése kimerül, a chemotherapiás szerek hatására se számithatunk. Jó eredményeket látott a szertől, jobbakat, mint amilyen eredményekhez szokva volt.

Issekutz B.: Bizonyos az, hogy egéren a halálos streptococcus fertőzést a prontosil és deseptyl biztosan meg tudja gyógyitani, ehhez azonban egy 20 g-os egérre 0.5 mg-ot kell adni. Embernek ennél az adagnál jóval kevesebbet szoktak adni, ezért természetes, hogy ez egymagában nem gyógyit, hanem csak a szervezet védekező képességével együtt fejtheti ki a hatását.

Czeyda-Pommersheim F.: Válaszképen utal arra, hogy mai előadásában csak a chemotherapiával akart foglalkozni.

A börvédelem ma is fontos és az azonos a mult évi előadásában ismertetettekkel. A csecsemőorbánc halálozás négy év előtt még 60% volt. Ezt a prontosillal 14%-ra sikerült leszorítani. Most nem készült statistika, mert alig került csecsemőorbánc a kórházba. Skarlátnál a deseptyl nem lehet hatásos, mert azt más streptococcus okozza. A deseptyl-kezeléssel kapcsolatosan a genyes fertőzésekre utalt és nem a fertőző betegségekre. Elismeri, hogy a régebbi módszerekkel is voltak kifogástalan eredmények, de olyan következetesen jó és biztos hatások, mint a chemotherapiával, soha.

A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete és a Magyar Urologiai Társaság december 13-i és január 17-i együttes ülése:

Borza J. (elnöki megnyitó): Az orvostudományok nagyfokú fejlődése maga után vonta az egyes körülhatárolt területek szakmaszerű kialakulását. Az a széleskörű ismeretbővülés, melyet a diagnostika és therapia az utóbbi évek fejlődése folyamán elért, egy ember energiáját és munkaképességét jóval felülmulja. Hogy a szétvált szakmák a határterületek kutatásával egymásnak segítségére lehessenek, van szükség együttes ülések tartására. Ilyen együttes üléseken alkalom van az összefüggések megvilágítására, fontosabb kérdések tisztázására és új gondolatok felvetésére. Ez a céljai a mai együttes ülésnek is.

Noszkay A.: *Összefüggések a húgyivarszervi és ízületi megbetegedések között.* A férfi adnexái rheumás megbetegedésben fertőző gócnak tekinthetők, ha a függelékes szervek infectiója megállapítható. Az adnexák chronikus infectiója gyakori jelenség. Leggyakoribb fertőző csira a gonococcus, utána a strepto- és staphylococcus következik. A gonorrhoeás fertőzés általában 80—90%. A nem kankós fertőzések exogen és endogen úton keletkeznek, nagy szerep jut a szervezetben másutt fennálló fertőző gócnak. A kankós szövődmények között az ízületi megbetegedések 2—3%-al szerepelnek, az urogenitalis apparatus fertőzéseivel kapcsolatban az ízület megbetegedések 4—5%-ban. Ezen százalékok pontosabb megállapításához hosszabb ideig tartó, céltudatos adatgyüjtésre volna szükség. A gonorrhoeás complementkötési reactio mint teljesen fajlagos és rheumás complicatiók esetén 90—95%-ban positiv vizsgálati eljárás, minden kétes esetben elvégzendő. Az adnexitisek kezelésében a specialis urologiai kezelések mellett a fürdőknek, iszap, rövidhullám és diathermia alkalmazásának nagy szerep jut. A góckezelés elsősorban akkor eredményes, ha a helyi és távoli megbetegedés még reversibilis.

Dzsinich A.: *Az urogenitalis rendszer és az ízületi megbetegedések.* A focalis gócok jelentőségére főleg az amerikai iskola hívta fel a figyelmet. A gócok a szervet bármely pontján, így az urogenitalis apparatusban is előfordulhatnak. Az ízületi megbetegedésben a focalis gócnak igen nagy jelentősége van. 178 ízületi megbetegedés alkalmával 31 esetben tudta a primaer gócot az urogenitalis rendszerben kimutatni. A focalis gócon kívül az ízületi bántalmak kifejlődését megszabja még az alkat és a mesenchyma és a kettő közötti viszony: az öröklődés, szerzett dispositio és conditionalis tényezők. A focalis góc az ízületek kötőszövetében allergiás úton hyperergiás reactiót vált ki. Ez a szöveti kép a legjellemzőbb az ízületi megbetegedésekre. Az eosinophil sejtek megszaporodásában és a vér complement tartalmának csökkenésében az allergiás tényezők játszák a főszerepet. A kankós arthritiseket 2 csoportba osztja: 1. metastatikus, 2. allergiás. A kettőt legbiztosabban a röntgenkép különíti el. A kankós és egyéb eredetű ízületi bántalmak elkülönítésére a gonorrhoeás complementkötési reactiót tartja a legalkalmasabbnak. Felhívja a figyelmet a nem specifikus urogenitalis fertőzések szerepére a különböző, főleg alsóvégtagi fájdalmakban.

Puky P.: *A gócos eredetű gyulladások orthopaed kezelése.* A gócos eredetű ízületgyulladás typusa annak a bonyalult therapiás complexumnak, melyek gyógyításában a különböző szakmájú kartársak szoros együttműködése szükséges. Gyakran látjuk azt, hogy egy beteg húgycső- vagy hüvelykankóval majdnem teljesen panaszmentes és ugyanazon a betegen angina következtében polyarthritis jelentkezik, mely aránylag gyorsan gyógyul, egy ízületben azonban makacs gyulladás marad vissza. Ilyen eset jellemző focalis eredetű gonorrhoeás complicatióra. Az ízületi kankó legnagyobb veszélye a merevedés, vagy mozgáskorlátozás. A gyógyításban legfontosabb a prophylactikus orthopaedia. Az esetleges merevedésre számítva megfelelő helyzetben kell rögzíteni az ízületet. Makacs folyamatok esetében e legdrasztikusabb sebészi beavatkozásoktól sem szabad visszariadni. Ha a folyamat megnyugodott, szép eredmény érhető el a Bier-féle pangás, diathermia és sugárkezelésekkel. A korai mozgatás elengedhetetlen feltétele a jó gyógyulásnak. Különös figyelemmel kell lennünk az alapbajra, a betegség focusára, amellyel szemben az ízületi megbetegedés csak tünet lesz. Ha a gonarthritisek kezelését eredményesen akarjuk végezni, akkor elengedhetetlen az urologus, rheumatologus és orthopaed szakorvos legszorosabb együttműködése.

Picker R.: A korai evacuatiós adnextherapia híve. Az ízületek gyógyulása az adnexek ürülésével együtt szokott haladni. Acut esetben nyugalom és rögzítés, a javulás szakában óvatos mozgatás, fürdők, járási gyakorlatok ajánlatosak. Lehetséges 1. a primaer góc a húgyszervekben; 2. friss primaer húgyszervi góc mellett egy régebbi más (tonsillaris, dentalis) gócból keletkezik az arthritis; 3. a húgyszervi és ízületi folyamat egyaránt egy más primaer bakteriumos fertőzés következménye; 4. húgyszervi és nem húgyszervi gócok egyidejüleg külön-külön tartanak fenn ízületi megbetegedést. Ennek megfelelően a fertőzés focusának kezelése a legkülönbözőbb urologiai vagy más szakmához tartozó gyakran műtéti beavatkozás lesz (fogászati, orr- gége műtét). Az ízületi complicatiók gyakran gyógyulnak előbb, mint a primaer góc.

Horváth B.: A kankós ízületi gyulladás a fellobbanás szakában rendesen sokizületi jellegü és csak később válik monarthritissé. A heveny szakban a rögzítés, nyujtás, Bier-pangás és röntgen combinált therapiája ajánlatos. A kankós anyagot igyekeznek egyes szerzők eltávolítani steril kimosásokkal, ha ezen átöblítés teljesen sterilen történik, az eredmények nagyon jók. Újabban igen jó eredményt látott a therapiában a sulfamidkészitményektől.

Farkas I.: Fontosnak tartaná annak megállapitását, hogy a heveny kankó mely szakában jelentkeznek leggyakrabban az ízületi complicatiók és hogyan reagálnak a kezelésre, a nem kankós urologiai megbetegedésekkel combinált ízületi gyulladások hány százalékát teszik az összes ízületi megbetegedéseknek, honnan indul az ki és milyen bakteriumok okozzák. Milyen szerepet játszik a szervezeti dispositio, külső behatások. Fontos tudnunk azt is, hogy mikor kezdjük meg a primaer folyamat localis kezelését és erre hogyan reagál az ízületi megbetegedés. Az ondóhólyag genyedésekor szerinte legjobb kezelés a vasotomia, melyen keresztül az ondóhólyag jól drainezhető Fontosnak tartaná annak megállapitását, hogy az ízületi gyulladások kezelésében milyen szerep jut a vaccináknak, idegen anyagoknak, (tej, kén stb.), röntgen és rövidhullám kezelésnek.

Varsányi F.: Ha a rheumás betegségeket allergiás betegségeknek tekintjük, nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy az allergia tulajdonképen csak megváltozott érzékenységet jelent, helyesebben hyperergiás betegséggel állunk szemben. A hyperergia oka az immunitás hiányában keresendő, ezért célszerünek tartja már prophylactikusan is a gonococcus vaccina adagolását.

Charmant P.: A gonorrhoeás complementkötési reactiót nagyon szükséges és tájékoztatónak tartja ízületi complicatiók esetén az aetiologia tisztázására. A fractio fajlagos, de nem eléggé érzékeny. 1 milliárd elölt gonococcus injiciálásával végzett provocatio a reactio érzékenységét tapasztalata szerint növeli.

Blum S.: Felhívja a figyelmet a saját vizelet subcutan injectiójának hatásosságára kankós eredetü ízületi gyulladásokban. Ezen injectiók után rövid idő mulva a fájdalmasság, láz megszünnek és rövidesen megkezdhetővé válik az ízület activ és passiv mozgatása. Az injectió veszélytelen, csupán azt kell szemelőtt tartanunk, hogy a vizeletet a sterilitás szabályainak megtartásával vegyük és injectióra mindig az utolsó pár csepp vizeletet használjuk fel.

Minder Gy.: A gonorrhoeás aetiologia tisztázása végett a gonoreactio minden ízületi gyulladás alkalmával elvégzendő, ha kankós eredetre gyanunk van. Ha a retctio positiv, úgy klinikai tünetek hiánya esetén is kutatnunk kell egyéb provocatiós eljárásokkal gnorrhoeás góc után. Nézete szerint a vaccinatio zavarja a gonoreactio értékelését. Felhívja a figyelmet a gyulladás nélküli pangásokra a prostatában, az ú. n. prostata atoniára, hol a deréktájra kiusgárzó rheumatikus fájdalmak pár massage után hosszabb időre eltünnek.

Bilkei Papp L.: Acut folyamatokban a vaccinakezelést ajánlja. Heveny ízületi megbetegedésben a localis urologiai kezeléssel 3—4 hétig várni ajánlatos, ne hogy a folyamat fellobbanjon (éppúgy, mint tonsillektomiával is). Az ízületi

gyulladások kb. 40%-át látta prostata gócból kiindulni és ezért minden izületi gyulladásban feltétlenül urologiai szakvizsgálatot ajánl.

Dzsinich A.: A debreceni klinikán fiatalokban 30%-ban idős betegekben 65%-ban a prostata volt az izületi megbetegedések fokusa. *Szép*-pel együtt a vaccina kezelésnél célravezetőbbnek tartja a reconvalescens serummal történő kezelést.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatások:

L. Kratz, a jénai üveggyár főmérnöke m. v.: *Neue Laboratoriumsgeräte und Apparate aus Jenauer Glas.*

Jendrassik L.: *Uj adrenalin-reactio és meghatározás. Liposits Elemérrel* együtt folytatott kisérleteiben azt találja, hogy az adrenalin diazotált sulfanilsavval kellő katalizátor, a legcélszerűbb coffein-natriumbenzoát jelenlétében azofestéket ad, mely semleges kémhatás mellett halványsárga színü, erős lúgosításra intensiv piros. E reactiót mennyileges mérésre is kidolgozták, a Pulfrich-fénymérő 53-as színszürőjének használatával.

Mansfeld G. hozzászólása után:

Jendrassik L.: zárószavában megjegyzi, hogy az egyezés, az élettani hatás és a vegyi meghatározás eredménye közt várható, minthogy mindkettő a pyrocatechingyürü épségéhez van kötve. Összehasonlításokat ezután fognak végezni.

Előadások:

Ernst J.: *Osmosis a physikában és biológiában. Nollet, Dutrochet, Traube, Pfeffer* van't *Hoff* eredményeinek megbeszélése után, előadó rámutat arra, hogy az osmosisnak két magyarázata: a kinetikai és a thermodynamikai (göztensio) nem egyenrangu. Bizonyos kisérletekkel kimutatható, hogy a göztensioval való magyarázat a helyes. Ezen meggondolások alapján a következő kisérletet végzi: aetheres lecithin-cholesterin oldatot szi be agyaghenger porusaiba, az aether elpárologtatása után megmarad a lecithin-cholesterin fal a porusokban. Az agyaghengert megtölti pl. 1 molos cukoroldattal, ugyanilyen oldatba állitja; belül az oldattot melegiti, kivül hüti, eredmény: a melegített helyről kidiffundál a folyadék a hütöttbe, még 70 mm Hg nyomás ellenében is. Szerző rámutat arra, hogy ezzel talán magyarázni lehet az egész biologián átvonuló nagy problémát, hogy t. i. hogyan képes a sejt folyadékot mobilisálni nyomás ellenében. Továbbá, ha ezt elfogadjuk, akkor azt is látjuk, hogy a sejt képes hőt direkt energiaforrásként munkavégzésre felhasználni.

Jendrassik L.: Minthogy a hömérsék emelésével a tiszta viz göznyomása is változik, a hőokozta vizvándorlásnak — az előadó felfogása értelmében is, — minden anyag nélkül, tiszta vizben is ugyanugy létre kell jönnie. A tárgyalt hőeffektus jelenségére nem lehet tehát új osmosisnyomás-elméletet alapitani.

Jendrassik L.: *A szinmérés és fénymérés alaptörvényei.* Az orvosi és biochemiai elemzésre használt photometereken (Pulfrich f. szüröfotométer, Leitz f. poláros fényméró) bizonyos anyagok oldatai a fényelnyelés törvényeit pontosan követik, mások azonban nagy eltérést mutatnak a *Lambert f.*, valamint a *Lambert-Beer*-féle törvénytől. Ezen eltérések igen nagyok, *több száz százalékosak* is lehetnek, s igy nemismerésük igen nagy hibát okozhat. Ha azonban tekintetbe vesszük őket, ezen anyagokkal is pontosan dolgozhatunk. A legtöbb ilyen oldat a Lambert és a Lambert-Beer törvénytől mutatkozó eltérés dacára pontosan követi a tulajdonképeni Beer f. törvényt, tehát fordított arányosságot mutat higitásai, s az egyenlő absorbtiót adó rétegvastagságaik között. Az észlelt eltérések Duboscq-kolorimeterrel és homogén Na-fényben is kimutathatók, mig a König-Martens rendszerü spektrofotométerrel az eddig vizsgált anyagokon nem. Az irodalom szórványosan emlit egészen kis eltéréseket a Lambert-törvénytől, melyek utólag tévedésnek bizonyultak. Ő nagy eltéréseket talál, melyek a mérési hiba százszorosára rugnak. Eszközeiben nem lehet az ok, hanem valamely eddig kellően nem ismert jelenség.

December 20-i ülés és közgyűlés.

Bemutatás:

Pomóthy R.: *Bacillus suipestifer fertözés egy esete 8 hetes csecsemőn.* Teknövájó cigány egyetlen gyermekének, egy 8 hetes fiucsecsemőnek esetét ismerteti, akinél a bac. suipestifer fertözés nem arthritis, osteomyelitis alakjában, hanem minden szervi localisatio nélkül, toxikus idegrendszerü tünetek kiséretében, hosszantartó septicus állapot képében zajlott le és teljes gyógyulással végződött. Felvehetőnek tartja, hogy a localisatio hiánya a beteg korával (fiatal csecsemő) hozható összefüggésbe. Felhivja a figyelmet arra, hogy a csecsemőkori, főleg ujszülöttek és fiatal csecsemőknél előforduló colitises székekkel járó, gyakran paratyhus B. által okozott megbetegedéseknél, még ha arthritis, osteomylitis nem is található, mindig kell gondolni bac. suipestifer fertözésre is.

Előadás:

Nádrai A.: *A systole-tartam csecsemőkorban és ennek klinikai jelentősége.* 300 egészséges csecsemőn készitett 400 EKG. felvételen végzett mérésekkel határozta meg a csecsemőkor egyes csoportjain belül a QT-távolságot. Az empirikusan talált számokat teljesen megegyezőnek találta a Bazett-Ashman képlet ($QT = \frac{O,\ 375}{10\ g\ 10\ p\text{-}0.07}$) útján nyert értékekkel. Csecsemőkorban a QT-távolság megnyulása legkifejezettebb tetania eseteiben. 22 rachitises és 18 tetániás csecsemőről készült 180 EKG. felvétel áttanulmányozása után kitünt, hogy tetániánál a QT állandóan jelenlévő megnyulásán kivül még az átvezetési idő megrövidülése (33%), illetve a P alakváltozása és karakterisztikus magas, hegyes T-hullám is elég gyakran észlelhető. A QT-megnyulás a hypocalcaemia direkt következménye, mig a többi tünetek a vagus tulsúlyra vezethetők vissza.

Közgyülés:

Az elnöki megnyitó után a tisztviselők beszámolói következnek, majd a tiszteleti és levelező tagok választása. Eszerint tiszteleti tagok lettek: Prof. *Uhlenhuth Pál* (Freiburg), prof. *Hevesy György* (Kopenhága), prof. *Stieve H.* (Berlin) és prof. *Debré P.* (Páris). Levelező tagok lettek: Prof *Kollath W.* (Rostock), prof. *De Toni* (Modena) és *Rademaker dr.* (Batávia). Megválasztották végül az 1938. évi tisztikart, mely a következőképen alakult: elnök: vitéz *Duzár József,* üléselnökök: *Kenessey Aladár, Cholnaky Ferenc,* vitéz *Gallasy József, Róna Dezső* (Baja). I. titkár: *Nádrai Andor.* II. titkár: *Szüle Dénes* (Szekszárd). I. jegyző: *Svastits Pál.* II. jegyző: *Seregély Tivadar* (Kaposvár). Pénztáros: *Jobst Pál.* Ellenőr: *Krassóy Kálmán.* Számvizsgáló bizottság: *Reuter Camillo, Jüngling Kálmán,* vitéz *Csongor György.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr-, Torok- és Gégegyógyászati Szakosztályának december 14-i ülése.

Bemutatás:

v. Tátrallyay-Wein Z.: *Septikus tüneteket okozó orrkagylófekély.* 25 éves nőbeteg jobb arcfele és alsó szemhéja láz és fájdalom kiséretében hirtelen megdagadt. Az orrvizsgálat kimutatta, hogy jobb középső orrkagyló elülső vége duzzadt és odafekszik az elhajlott orrsövényhez, a kettő között lévő igen keskeny rést pedig rostonyás váladék tölti ki. A röntgen felvétel negativ volt, hasonlóan a mégis elvégzett arcüreg punctio. Di. és Wa. negativ. 10.000 I. E. Di.-serum befecskendezése és a localisan naponta alkalmazott cocainozás és 3%-os lapis ecsetelés dacára a beteg állapota nem javult. 3 nap mulva hidegrázás kiséretében 40 fokos láz következett be. Másnap submucosus septum-resectiót végzett az ép bal oldalról. Mütét után az orrüreget jodoform-gazeval mindkét oldalon a szokásos módon kitamponálta. Már a mütét napján a magas láz alább hagyott és a beteg közérzete lényegesen megjavult. Másnapra teljes leláztalanodás és a szemhéj, valamint arcduzzanat lelohadása következett be kitünő közérzet mellett, mely változás az eddigi septikus elesettség után szembeötlő volt. Mütét utáni harmadik napon az orrtamponokat eltávolítva a középső kagyló elülső végének medialis felszinén és a septumnak azzal szembenfekvő részén fillérnyi hámfosztott, könnyen vérző terület volt látható, amely lápisecsetelésre pár nap alatt teljesen begyógyult. A betegsége alatt erősen leromlott beteg rövidesen összeszedte magát. A betegnek kezdettől fogva deseptyl tablettákat adott. A bemutatott esetben szokatlannak tartja, hogy az orrsövényen és a középső orrkagylón végbement, septikus tüneteket okozó fekélyes folyamat befolyásolása céljából septum resectióra kellett magát határoznia, mely beavatkozásnak kitünő eredménye bizonyitja, hogy helyes volt gondolatmenetét a hozzáférés megkönnyitésére és különösen a pangás megszüntetésének elvére alapitani.

Pneumatikus orrkagyló nyomásából eredő fejfájás. A 45 éves nőbetegnek egy év óta vannak jobb arcfelébe sugárzó fájdalmai, amelyek miatt 14 kg.-ot fogyott és már fogat is hu-

zatott eredménytelenül. Állandóan fájdalomcsillapító porokkal él, rövidhullámu és galvankezelésben is részesült, az utóbbi azonban fokozta a fájdalmakat. Az orrvizsgálatnál feltünő volt, hogy a jobb oldalon a középső orrkagyló rendkivül voluminosus és annyira nekifekszik az orrsövénynek, hogy a kettő közé alig lehet a legvékonyabb cocainos vattaecsetet is bevezetni. Minthogy a belorvosi vizsgálat, a fog- és mellüreg röntgen, valamint az arcüreg-punctio negativnak bizonyult, feltételezte, hogy a duzzadt középső kagyló, mely a sövényhez szorul, éppugy okozhat állandó nyomásérzést vagy fájdalmat mint a középső kagylónak nekifekvő elülső-felső orrsövényelhajlás. A nagyterjedelmü középkagyló elülső végét resecalta: kiderült, hogy a kagylóban nagy pneumatikus üreg van. Ennek medialis falát eltávolította, oldalsó falát pedig megtartotta, mert ezzel már elegendő rést sikerült biztositani a középkagyló megmaradt oldalsó fala és az orrsövény között. A tampon eltávolitása után, amint haladt a sebgyógyu'ás, ugyanolyan mértékben csökkentek a fájdalmak. Jelenleg a beteg panaszmentes. A bemutatott eset kapcsán reámutat, hogy nemcsak a középső kagylóba furódó spina septi okozhat tartós és kimerítő fejfájást, hanem a középkagylónak az orrsövényhez nyomódása is, amit operative megszüntetni egyszerü és hálás feladat.

Campián A.: Milyen okozati összefüggés van a nem specifikus orrsövényfekély és a septikus láz között? Minek tulajdonitható a hirtelen gyógyulás a septum resectio elvégzése kapcsán?

V. Tátrallyay-Wein Z.: Nem tud választ adni arra a kérdésre, hogy milyen mikrobák okozták az elváltozást, de nézete szerint a bakteriologiai vizsgálat nem vezetett volna érdemleges eredményre, mert a felületes fekélyes folyamatot okozó baktériumok valószinüleg banalis genyesztők voltak, amelyek az orrüreg állandó flórájához tartoznak. Az elhajlott orrsövény resectiójával az elváltozott területhez való hozzáférést kivánta elősegiteni és a váladék-lefolyást biztosítva remélte a súlyos fertőzés tüneteit enyhiteni.

Zoltán I.: *Ritka orrgarat daganat.* 50 éves nőbeteg hét hónap óta orrán nem kap levegőt, hallása romlik. Az orrgarat göbös tumorral kitöltött, nyakon mindkét oldalt nagy kemény mirigyek. Próbaexcisio alkalmával minimális vérzés. Szövettanilag a daganat a nehezen osztályozható atypusos tumorokhoz tartozik: lymphoid alapszövetbe ágyazott nagy, vacuolás sejtekből álló sejthalmazok, melyek valószinüleg hámeredetüek, emellett szól az ezüst-impregnatióval nyert histologiai lelet is. Valószinüségi diagnosis: lymphoepithelioma *(Regaud-Schmincke)*. A tumort kanállal és concho tommal élesen távolította el, miközben a vérzés minimális volt. Utána protrahált-fractionált röntgen besugárzás, melynek hatására a mirigyek majdnem teljesen eltüntek, csak egy kis göb maradt a jobb oldalon a mélyben. Az esetet 3 okból demostrálta: 1. A daganat-fajta ritkasága miatt, 2. Prof. Lénárt álláspontja az ilyen tumorok kezelésében az, hogy az elsődleges daganatot élesen kell eltávolitani, hogy a röntgensugár feladatát megkönnyitsük. 3. A röntgen ilyen esetekben a kemény mirigymetastasisokat is feltünő gyorsan visszafejleszti.

Szende B.: Az I. sz. Sebészeti klinikán az utóbbi években két lymphoepithelioma esetet észleltek. A daganatok az orrgarat hátsó faláról indultak ki és kb. ökölnyi nagyságot értek el. Coutard-féle besugárzás után a daganatok teljesen eltüntek és 1 éve recidiva nem jelentkezett. Feltünő a doganatok nagy sugárérzékenysége, amely már az első besugárzások után jelentkezik.

Kalocsai G.: Felmerül a kérdés, hogy a próbaexcisio biztosította diagnosis után a torok sugárérzékeny rosszindulatu daganatait például a lymphosarcomát bizzuk-e teljesen a sugár-therapiára, vagy pedig ezt megelőzően mütéti uton igyekezzünk a lehetőségig csonkitani a daganat tömegét s ezzel mindegy megkönnyiteni a röntgensugár szerepét? Vannak vélemények, melyek egyenesen mühibának tekintik a mütétet, tartva attól, hogy a megnyitott vér és nyirokerek utján generalisalódásra van alkalom.

Angyal F.: A bemutatott szövettani készitmények alapján kétségtelen, hogy rosszindulatu daganatról van szó, azonban nem állapitható meg biztosan, hogy a tumorsejtek kötőszöveti, vagy hámeredetüek-e. A daganatot inkább sarkomának tartja. A röntgenkezelésnél figyelembe veendők a retropharyngealis nyirokcsomókban lévő, nehezen észlelhető metastasisok.

Zoltán I.: ad. *Szende:* Tapasztalataik fedik *Szende* tapasztalatait, hogy t. i. ezek a tumorok az eredeti leirókkal szemben tekintélyes nagyságot is elérhetnek. — ad *Kalocsai:* Hozzászóló esetében másfajta daganat szerepelt, ezért a hozzászólás félreértésen alapult. Szigorúan elkülönitendő a lymphosarkoma a lymphoepitheliomától. Előbbinél kizárólag sugárkezelés, utóbbinál a klinika tapasztalatai alapján combinált sebészi és sugaras kezelés végzendő. ad *Angyal:* Fenntartja eredeti diagnosisát hozzászólóval szemben.

Előadás:

Réthi A.: *A gégebeidegzés élettana és kórtana.* Az intracranialis „ösvagus" a koponyaürből való kilépése után az eccessoriussal, glossopharyngeussal és hypoglossussal lép összeköttetésbe. Idegdegeneratiós kisérletekkel kumutatta, hogy a recurrens legnagyobb részét, s a recurrens által ellátott izmokat majdnem teljesen az accessorius látja el motorikus rostokkal. A felső gégeideg külső ágát teljesen az ösvagus látja el mozgató rostokkal, valamint a felső gégeideg belső ágának kis kötegben futó motorikus részét. Az ösvagus adja a sensibilis rostokat a nagyrészt ebből álló belső ágnak, az ansa Galeninek, a recurrensnek, valamint a teljesen érző rostokból álló tracheális ágaknak. Megvilágitja előadó a gégeizmok szerepét, hatásfokát. Megvilágitja a kóros elváltozások lényegét. Bemutatja a gége többszörös beidegzésének rendszerét: A nyelést biztositja 1. a recurrens, 2. a felső gégeideg, 3. másik oldali recurrens, 4. a felső cervicalisok.

A magyar falu megsegítése.*

Az a 3.500.000.— P, amelyet a nagyipari és banktőke juttat a falunak, számszerűen hatalmas összeg, de nyilvánvalóan csupán egyszeri adomány. Ha a megsegítendő lélekszámot nézzük, fejenként 1. —P esik, ha a községeket, 1000.— P. jut egyre körülbelül. Nagy nemzeti érdekek fűződnek tehát ahhoz, hogy ez az összeg szakszerűen és célszerűen használtassék fel, ne jusson improduktiv administratióra és felhasználásának maradandó eredményei legyenek. Vagyis az ezen pénzzel megindítandó munka tovább folytatódjék.

Mindazok, akik a magyar falú életével tárgyilagosan és szakszerűen foglalkoznak, a bajok és megoldatlan kérdések tömkelegére bukkannak. Olyanokra, amelyeknek megszüntetésére egy egész emberöltő áldozatos szakmunkája is kevés. Ez a tény adja kezünkbe a tollat. Rá kell mutatni ugyanis azokra a célokra, melyek egyrészt a legfontosabbak, másrészt 3.5 millióval is eredményesen szolgálhatók.

Magam népünk életének tárgyilagos megismerésére a népiskolai egészségtani dolgozatok iratásának módszerét választottam. Az előkisérletet 1925-ben a salgótarjáni járásban végeztem 660 iskoladolgozat iratása és adatainak feldolgozása útján. (Népélelmezés a bányavidéken. Bányászati és Kohászati Lapok, 1925.) Ennek jó eredményei alapján munkámat Nógrád—Hont vármegye egész területére kiterjesztettem. Megfelelő vázlat megadásával és az adatok osztályonkénti összesítését kérve, az 1936—37. tanévben 5 dolgozatot irattam. I.: A lakásviszonyokról 5370-et; II.: A szeszfogyasztásról 4865-öt; III.: A fűtésről 4617-et; IV.: A világításról 4725-öt és V.: A táplálkozásról 3472-őt. Összesen tehát 22.599-et. Ezenkívül 1244 adatom van a családok készpénzjövedelméről. A bajok gyökere kétségtelenül itt van. Ime: Átlagban a pénzkeresetből egy családtagra naponkint 43 fillér jut. (A vm. tiszti főorvos szóbeli közlése szerint ők másjellegű adatgyűjtésből 40 filléres eredményt kaptak.) Szétbontva az 1244 adatot a családtagok száma szerint,

*) Közöljük munkatársunknak emez igen értékes adatokat tartalmazó levelét és az abban felvetett ideákat népünk felvilágositó nevelése érdekében és az illetékes falukutató és a nép nevelésével foglalkozó hivatalos körök és társadalmi actiók figyelmébe ajánljuk. Bár akadna újra néhány száz ember, kikben megmozdulna a lelkiismeret e szörnyü hiányok orvoslására! — De a 3½ milliót közvetlenül a falu egészségügyének megsegítésére ajánlották fel, s annak ily célra elosztása tudtunkkal már meg is történt nagyjából az általunk felvetett ideák szerint. *Sz.*

azt látjuk, hogy a 3 tagú családokban 83 fillér jut; ezen összeg állandóan esik, egészen a 9 tagú családokig, ahol csupán 23 fillér jut. Ez az egyetlen adatsor rámutat az egyke anyagi okaira is és a sokgyermekes családok nehéz sorsára, megsegítésük mindennél előbbrevaló fontosságú.

1681 adatom van a családtagok számáról. Eszerint megyei átlagban legtöbb a 4 tagú család, 19.4%. Őstermelő kisfalukban az 5 tagú; 27%. Vagyis megyei átlagban a kétgyermekrendszer uralkodik, őstermelő vidéken a három gyermekrendszer. Összegezve a 4, 5, 6 tagú családokat, számuk megyei átlagban 53.9% őstermelő kis falukban 69%.

Hasonlóképen 1681 adatom van a lakások nagyságáról és a bennük lakók számáról. Eszerint 1036 család lakik 1 szoba-konyhás lakásban, 60%, 490 kétszoba-konyhásban, 29%. A lakáshasználatról szóló adatok azonban azt mutatják, hogy főleg télen, a család az egyetlen tűz hely körül zsufolódik össze. Ahol a tiszta-szoba rendszer uralkodik, az lakatlan, tehát a család nyáron is egy szobában alszik. Miután a szobákban csak két ágy van, (több ritkán fér) az egy ágyban alvók száma a családtagok számával arányban emelkedik. Ez az igényfokozódás miatt általános panasz tárgyát képezi.

A tüzelőanyag kérdésében adataim szerint a lakosság 16.4%-a tüzelőt se nem vesz, se nem kap, azt tehát teljesen jogtalan úton szerzi, magyarul: lopja. Kb. ugyanennyire becsülöm azok számát, akik részben fedezik szükségletüket lopásból.

A világítás kérdésében azt látom, hogy a lakosság két, egymástól igen széles sávval elválasztott részre tagozódik, az elsőbe az 1—2 helyen (1—2 szobában, 1—2 lámpával) világítók szorulnak, arányuk 30—40% körül van, a másikba a 3 és több helyen világítók, számuk 9.5—16.4% között van. Arról nem is szólunk, hogy a villanyvilágítás lehetőségét falun milyen sokan hagyják kihasználatlanul, mert a petróleum olcsóbb. — Városban hasonlóan!

A népélelmezés kérdését legjobban a szegénység miatt főételeket nem fogyasztók aránya mutatja. Eszerint a dolgozatírók családjaiban

Húst	nem fogyaszt	(állandóan	nélkülöz)		5.3%
Tojást	„	„	„	„	15.3 „
Tejet	„	„	„	„	15.6 „
Szalonnát	„	„	„	„	22.1 „
Zöld főzeléket	„	„	„	„	23.5 „
Nyers gyümölcsöt	„	„	„	„	37.1 „
Aszalt gyümölcsöt	„	„	„	„	50.3 „
Befőtt gyümölcsöt	„	„	„	„	55.6 „

Mindezen bajok igen lényeges anyagi okaként az alkoholizmus volt megállapítható, mert az erre fordított pénzt a vázolt kereseti viszonyok mellett a nép csak az elemi szükségletek rovására adhatja ki. Adataink szerint saját bevallása szerint részeg volt már a fiuk 34%-a, a leányok 4.98%-a. Naponta fogyaszt szeszes italt a fiuk 6.18%-a, a leányok 4.2%-a. Szeszes italt nem fogyaszt: csupán a fiuk 6.52%-a, a leányok 10.38%-a.

Viszonyaikat nemzetiségi szempontból tekintve, arra a szomorú eredményre jutottunk, hogy a legkedvezőtlenebb viszonyokat a borvidék magyar népe mutatja, a legjobbakat a Dunamenti svábok. Súlyos bajok oka a mérgező voltáról közismert Noah-szőlő bora és a saját szükségletre bortermelés.

Megállapítottam, hogy a szeszfogyasztás kérdésében az otthon és az iskola álláspontja ellentétes, czért az iskola józanságra nevelő munkája meghiusul. Megállapítottam azt is, hogy a termelők álláspontja a bor és élelmiszerfogyasztásban ellentétes, mert a bort nem csak akkor isszák meg, ha terem, de akkor is isszák, ha nincs. Viszont az élelmiszereket, szájuktól elvonva is, piacra viszik, főleg a tejet, tojást, és baromfit, hogy ezzel pénzhez jussanak.

Mindezen közegészségügyünk, közgazdaságunk, kultúránk és társadalmi békénk szempontjából alapvető bajokat külső és belső okokra kellett visszavezetnem. Nem tudom azonban eldönteni, hogy mi irandó az ember tudatlanságának, hanyagságának, lustaságának terhére és mi a népművelés általános és súlyos fogytékosságának rovására. Ezt csak úgy dönthetjük el, ha népünk minden tagjának megadjuk a módot arra, hogy mindezt elméletileg és gyakorlatilag elsajátíthassa, amire emberhez méltó életszinvonalának biztosítására, jobb kereset, több- és jobb munkavégzés, célszerűbb jövedelem felhasználás elérésére, feltétlenül szüksége van.

Ezzel tehát kifejtettük azt, hogy a rendelkezésre álló 3.5 millió mire volna a legjobban felhasználható: egészségügyi, családvédelmi és gazdasági népművelésre. Hogy ezen a téren milyen bajok vannak, arra élesen rávilágított megyénk iskolánkívüli népművelési bizottságának 1937. év június 25-i közgyülése. Kiderült, hogy egyes szegény faluk az iskolánkívüli népművelés céljaira csupán évi 5.— (öt) pengőt tudnak áldozni, egy 1773 lakosú (1930) falu 42.— P-t. Ha tehát a megye a kért 5000.— P államsegélyt nem kapja meg,, úgy az iskolánkívüli népművelés munkája az erre legjobban rászorult kis falukban megáll, pedig az előadók óradija eddig is csupán *1.30 P* volt.

Meg kell azonban jegyeznem, hogy eredményes népnevelő munka csupán rátermett, hivatásuk magaslatán álló emberekből, lelkes és fáradhatatlan falu-vezetőktől várható. Nagy szükség volna tehát arra, hogy mindazokat, akiket az állam, egyház, társadalom, gazdasági élet a falu élére állít, rátermettség és képzettség szempontjából alapos vizsgálat alá vegye, abban a szellemben, ahogy ez ma az egészségügyi főhatóság részéről az orvosi állások betöltésekor történik. Fenti munkánk egyik igen súlyos tanulsága ugyanis épen az volt, hogy a nép idővel felveszi vezetőinek arcát, bármilyenek is legyenek azok, mert kiképzése már a serdülés kora előtt megáll, az ismétlő iskola (továbbképzőnek nevezik most) tankönyv, szorgalmi idő, látogatottság, fegyelem szempontjából egyaránt messze elmarad a vele szemben támasztott elméleti és túlzott követelményektől. Népünk korán munkára kényszerül, ez teljesen leköti; kritikája, világnézete nincs, ezért viasz módjára veszi fel környezetének rá gyakorolt benyomásait.

A rendelkezésre álló 3.5 milliót tehát népnevelésre volna legjobb fordítani. Részleteket tekintve a zöldkeresztes családvédelmi gondozó rendszer munkáját kellene abból kiszélesíteni és kimélyíteni, az iskolán kívüli népművelés gazdasági jellegű tanfolyamait szaporítani, az egészségügyi propagandát célszerűbbé, tehát gyakorlatiasabbá és rendszeressé tenni, abba a leventéket és a hasonló korú leányokat intézményesen és kötelezően bevonni. Az iskolai étkeztetési akciók mindenkor főzőtanfolyammal, a felruházási akciók mindig varró-, szabókézimunkatanfolyammal volnánk egybekapcsolandók, ami kettős célt szolgál az olcsóbbság mellett. Megvalósítandónak tartjuk a faluvezetők munkaközösségének intézményes rendszerét, hogy mindenki tudja és lássa kötelességét népünkkel szemben az akták és a hivatalos órák látókörén túl is. *Tanítás és nevelés nélkül minden segélyezés csak igényeket kelt és nyomtalanul elvész,* ami csak a szélsőségek izgatásának kedvez. Ez pedig a falun erősen dolgozik.

Zemplényi Imre dr.

VEGYES HIREK

† Rausch Zoltán.

Nagy részvét mellett kisérték utolsó útjára f. hó 12-én barátai és tisztelői a fiatalon és oly tragikus körülmények közöt elhunyt kartársunkat. Mint a Korányi-klinika neveltje, először a klinikán, mint a physikotherapiai osztály vezető tanársegéde, később pedig az újonnan létesített diaetetikai intézetben fejtett ki értékes müködést. Mint a Balneologiai Egyesület tagja, a balneologia tudományos müvelése terén szerzett magának érdemeket, örök hálára kötelezve az Egyesületet és a hazai fürdőket és forrásokat a tudományos balneologia fejlesztése terén szerzett munkásságával.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága 1938 februártól—júniusig az anya- és csecsemővédelemről több kéthetes tanfolyamot rendez és pedig az Egyetemi Gyermekklinikákon: Budapesten, Szegeden, Debrecenben és Pécsett, valamint a Stefánia Szövetség intézetében. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Üllői út 26.) irásbeli megkeresésre a részletes programmot készségesen megküldi.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat értesiti tagjait és az érdeklődöket, hogy az 1937. évi könyvilletmény, tekintettel a Társulat ujjáalakulásának 10 éves jubileumára, különösen gazdag lesz s a következő müvekből fog állani: *Csép y Károly:* Az orvosszakértői véleményadás irányelvei; *Haynal Imre:* A szív- és vérerek betegségei; *Frigyesi József:* Nőgyógyászat; *Beznák Aladár:* Elettan. (I. fele.); *Buday Kálmán,* herepei *Csákányi Győző, Dollinger Béla, Krepuska István, ifj. Nékám Lajos, Parassin József:* a „Tuberculosis" kézikönyvének I. fele. Szerkeszti herepei *Csákányi Győző.*

Azok a kartársak, akik 1937-ben már 5 év óta megszakittatlanul tagjai voltak a Társulatnak, prémiumul ingyen megkapják a *Nékám Lajos* professor szerkesztésében megjelenő, kb. 1140 lapos börgyógyászati atlaszt (*Corpus Iconum Morborum Cutaneorum*). Ennek anyaga mintegy 4.300, részben szines kép és mindegyikhez pár magyarázó sor lesz, amit 511, a világ minden részében lakó munkatárs, közöttük kb. 200 egyetemi tanár, válogatott össze.

E müből idegen nyelvü kiadás is készül. Ugy ennek, mint a magyarnak bolti ára 250 pengő lesz. A magyar kiadásut a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatnak ezentúl belépő tagjai is megszerezhetik, ha az 1938-ban belépők hat, az 1939-ben belépők hét, az 1940-ben és később pedig nyolc évi tagsági dijat lefizettek. Ez akár visszamenő évekre, akár előre történhetik, de megszakitatlan sorozatban.

Az emlitett könyvek közül az 1, már elkészült, a 2. és 3. már végig ki van szedve, a 4. és 5. pedig a legközelebbi hetekben nyomdába kerül.

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége VII. rendes közgyülését február 5-én, nagyszámú, előkelő közönség részvétele mellett tartotta a Szent Gellért szálló emeleti zenetermében. *Bakay* professor elnöki megnyitójában hangsúlyozta, hogy a kórház feladatköre ma lényegesen szélesebb, mint azelőtt s épen ezért üzemrészének fokozott felkészültséggel kell rendelkeznie. A titkári jelentés a szövetségnek az elmult esztendő alatt kifejtett tevékenységéről, továbbá a magyar kórházi szabványositó bizottság megalakulásáról és a kórházigazgatók számára rendezendő tanfolyamról számolt be. A titkári, pénztárosi és számvizsgáló bizottság jelentését hozzászólás nélkül fogadták el. *Balogh Gyula* felhivta a figyelmet a nemzetközi kapcsolatok fontosságára, különösen a jövő évi torontói kórházcongressusra. A közgyülés után előadóülés következett, melyen *Gortvay György:* „A kórház helye az egészségvédelem hálózatában" cimen tartott előadást. Kimutatta, hogy a közegészségügy államéleti felfogásában a XX. század utolsó évtizedében beállott változás szükségessé teszi, hogy a kórház a maga gyógyitó és háztartási üzemével tervszerüen beleilleszkedjék az egészségvédelem hálózatába. Orvostudományi és gazdasági szempontok is egyaránt azt kivánják, hogy a gyógyitó és megelőző jellegü embervédelmi szolgálatot a kórházzal kapcsolatban kell megszervezni és a kórházat minden gyakorlati egészségügyi munka központjává kell tenni. Ez a terv már az újabb külföldi közegészségügyi törvénykezésben is elismerést nyert és az 1937. év végén publikált csehszlovák kórháztörvény teljesen ebben a szellemben rendezi a kórházat és a betegségmegelőző egészségügyi munka jogviszonyát. A kórházpolitikának ez az új ideológiája a kórházak és egészségügyi intézmények területi és igazgatási egységekbe foglalását, a kórházaknak teljesitőképességük és szolgáltatásaik minősége szerinti rangsorba állitását, továbbá socialis gondozói szervezettel ellátását teszi szükségessé.

Továbbképző tanfolyam a Magas Tátra fürdőtelepein. A Szepesi Orvosi Egyesület tizedszer rendezi pünkösdi tanfolyamát Középeurópa orvosi fakultásai legjobbjainak közreműködésével. Magyar részről: *Belák Sándor, Mansfeld Géza* és *Szent-Györgyi Albert* professorok tartanak előadást. A tanfolyammal kapcsolatos kirándulások alkalmat adnak a szepesi városok megtekintésére is. A tanfolyam Pünkösd vasárnapján kezdődik és 5 napig tart. Összköltség 430 csch korona. Részletes tárgysorozattal, a részvételi felvételekkel a rendezőség ótátrafüredi (Stary Smukovec) irodája szolgál.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen február 12-én: *Beck Erzsébet, Fleischmann Béla, Góth Margit, Láng András, Somogyi János Károly.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik 1938 február 8—16. között. A megelőző hét majdnem teljesen frontmentes időjárása még ennek a hétnek az elején is folytatódott. Az első három napon frontátvonulás nem történt és ezek közül az első kettőn praefrontalis reactiók sem jelentkezhettek. Annál súlyosabb volt a frontreactiók szempontjából a február 10—11. éjszakai két frontátvonulás, amidön kevéssel éjfél után rendkivül erős felsiklási front és azonnal utána egy igen fejlett betörési front érkezett. A felsiklási front praefrontalis jelenségei szokatlanul erős fejlettségüek voltak és nagyon korán is kezdődtek. Már február 10-én egész nap erős praefrontalis légnyomáscsökkenés, délutántól kezdve igen élénk praefrontalis szél és este 21 órától szokatlanul nagy intensitású praefrontalis felsiklóeső lépett fel. *A praefrontalis panaszok valószinüleg már 10-én reggel megkezdődtek és kb. 30 órán át tarthattak.* Ez a frontátvonulás olyan arányú és olyan jellegü volt, mint amelynél Innsbruckban az apoplexiák halmozott fellépését figyelték meg. A 11-én éjjel 2 óra előtt érkezett erős betörési front pusztító erejü szélviharral járt együtt és kétségtelenül erős reactiókat váltott ki a frontérzékeny egyének azon csoportjában, akik a postfrontális hatásokra hajlamosak. A következő napok frontologiai szempontból ismét nyugodtabbak voltak. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

	Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
	hó	nap	óra			
Február	II	1		felsiklási	erős	Erős praefront tünetek II. 10. reggeltől
	II	2		betörési	erős	Szélford., kevés postfr. eső, vihar 23 m/mp.
	II	12		betörési	gyenge	Kis zápor
	II	14		betörési	gyenge	Kis zápor
	13	18		betörési	mérsék.	Szélbetörés eső nélkül, max. seb. 13 m/mp.
	14	5		betörési	gyenge	Kevés postfront. hó
	14	16		felsiklási	gyenge	Gyenge praefr. hószálling. 19 ó.-tól

*)A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 6. számban.

210—1938. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Az „Újpesti Szegény-Gyermekkórház Egylet" kórházában megüresedett *segédorvosi állásra* pályázatot hirdet *1938. évi február hó 28-iki* határidővel.

Az állás javadalmazása havi 60 P és természetbeni ellátás.

A kellően felszerelt kérvények a fenti egylet elnökségéhez cimezve, a kórház igazgatóságához (Újpest, Árpád-út 126.) lehetőleg személyesen nyujtandók be.

Újpesten, 1938. évi február hó 14-én.

Baneth Aladár. dr.
h. igazgató főorvos.

Vitajecol standardizált csukamájolaj. Rendkivüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és iztelen, miáltal a legkényesebb gyermekeknek is, — akik egyébként a csukamájolajat ize miatt nem birják, — könnyen adható. 1 g. Vitajecol 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. A Vitajecol gazdag mindazon jól felszivódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajoknak különleges tápértéket biztositanak. Kalóriaértéke Poulsson szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható, túladagolás veszélye nélkül. Indicált: rachitismegelőzésére és kezelésére, osteomalakia, fogcaries, tuberculosis scropulosis, általános roboráls esetén és általában csukamájolaj helyett.

Sedativum: **ALBROMAN** -CHINOIN tabl. 10 darab P 1·10, 20 darab P 1·50

Hypnoticum: **SOMBEN** -CHINOIN tabl. 10 darab P 1·80, 20 darab P 2·90

Az 1938. jan. 3-tól, febr. 5-ig. Magyarországon bejelentett heveny fertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (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	93.667	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.307	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	1	2	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
4. Békés	336.592	2	—	1	—	11	1	1	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—
5. Bihar	181.105	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	4	2	—	—	4	—	5	1	1	—	—	—	4	1	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	2	1	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	2	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	3	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
11. Hajdu	181.283	1	—	—	—	7	1	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	323.191	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	6	2	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	1	1	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	32	5	—	—	—
15. Nográd és Hont	229.215	3	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	17	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	5	1	3	—	34	1	35	—	1	1	—	—	263	12	—	—	—
17. Somogy	390.100	2	—	—	—	7	—	7	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	3	1	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1	5	—	—
21. Tolna	266.405	3	1	—	—	4	—	6	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	2	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
24. Zala	368.903	1	—	—	—	3	—	11	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—
25. Zemplén	149.524	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	5	—	4	—	37	1	63	1	—	—	—	—	416	1	—	—	—
III. Debrecen	124.128	1	1	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV Győr	50.872	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	—	—	1	1	3	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	—	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—
IX. Sopron	35.938	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	59	12	13	1	175	6	214	4	3	2	—	—	817	46	8	—	—
Medián 1931—37:		74	8	8	1	306	18	227	2	2	—	1	1	488	28	1	1	—

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag **i z t e l e n é s s z a g t a l a n**

s t a n d a r d i z á l t c s u k a m á j o l a j

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D vitamint.

Indikációk: rachitis, spasmophilia, osteomalacia fogcaries, tuberculosis, scrophulosis: általában csukamájolaj helyett.

A d a g j a: csecsemőknek 1—3 kávéskanállal, gyermekeknek 1—3 gyermekkanállai, felnőtteknek 1—3 kávéskanállal naponta.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT. BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 15. SZ

Meghívó. Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztálya 1938. évi ünnepi közgyülésére, amelyet *Tóth Lajos* emlékére 1938. február hó 21-én, hétfőn délután 6 órakor tart Pécsett, a Vármegyeháza dísztermében (Papnövelde u. 5.). Az ünnepi ülés rendje: 1. Elnöki megnyitó; 2. *Johan Béla dr.* belügyi államtitkár: Tízéves falusi közegészségügyi munka tanulságai; 3. *Tóth Lajos* emlékérem átnyujtása. Zárszó.

HETIREND

Február 21-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Marcis Árpád:* Papagájkór. Tularaemia. Sodoku. (Patkányharapás betegség.)

Február 22-én d. u. ½7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának ülése. (Orr-, gége- és fülklinika.) — Bemutatások: *Lénárt Z:* a) A garat és nyelőcső teljes heges elzáródása. b) Vaccina-kezeléssel meggyógyított skleroma. *Zoltán I.:* Egyidejüleg operált arc- és szemüregi fibroma. *Schier L.:* Lymphocytaangina. *Rehák P.:* Mütéttel javított tonsillektomia utáni nagyfokú garathegesedés. *Pesti L.:* Tüszős mandulagyulladáshoz társult glossitis phlegmonosa. *Angyal F.:* Hátsó melléküregekben és orrüregbe terjedő malignus hypophysis adenoma.

Február 22-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Mansfeld Ottó:* A nőgyógyászat haladása 40 év alatt a gyakorló orvos szempontjából.

Február 24-én délután 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése: (Egyetemi Gyermekklinika tanterme.) Előadások: *Hainiss Elemér* (felkért előadó): A rachitis pathogenesise és therapiája a vitamin befolyás szempontjából. *Kopits Imre:* Angolkóros elváltozások a csontszövetben. *Kopits Jenő:* Az angolkóros elgörbülések s azok késői káros következményei.

Február 25-én délután 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése: Bemutatások: *Zalka Ödön:* 1. A nyelőcső teljes elzáródása lúgmérgezés következtében; 2. A bőr glomusaiból kiinduló tumor-esetek. Előadás: *Mansfeld Géza:* A pajzsmirigy szerepe a vészes vérszegénységben.

261—1938. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A nógrádvármegyei Mária Valéria közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 124.000—1926. 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, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények *1938 március hó 20-án déli 12 óráig* méltóságos Dr. Soldos Béla főispán úrhoz címezve a kórház igazgatóságához nyujtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. Születési anyakönyvi kivonat; 2. Erkölcsi bizonyítvány; 3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. Magyar orvosi diploma másolata; 5. Curriculum vitae; 6.Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítvány.

Balassagyarmat, 1938. február 5.

Kenessey Albert dr. s. k.
kórházigazgató-főorvos.

Rövidhullámú besugárzó-készülék legmodernebb kivitelben, bécsi gyártmány, alig használt csövekkel, 4—15 m. hullámhosszra, 250—600 Watt teljesítőképességgel, besugárzóedényekkel, komplett, felszerelve **eladó.** A készülék gyógyászati és ipari célokra, vagy kórházak részére is alkalmas. Ajánlatok „Vadonatúj 2752" jeligére **Blockner J.** hirdetőirodába, Városház utca 10.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

82. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1928 február 26.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SANDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Neuber Ede: A skleroma serologiája, allergiás reactioi és fajlagos kezelése, különös tekintettel az újabb kutatásokra. (187—192. oldal.)
Zoltán László: A szemölcsök rákos elfajulása. (192—194. o.)
Sereghy Emil: Az ízületi zúzódások és rándulások kezelése. (195—197. oldal.)
Flesch Ármin: Adatok a vizenyő étrendi gyógyításához. (197—198. oldal.)
Bálint Sándor és Czeti István: Gyors pneumococcus-typusmeghatározások. (199—200 oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyogyászat. — Bőrgyógyászat. (200—202. o.)
Könyvismertetés: (202. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (202—207. oldal.)
Vitéz Dániel Elemér: Tognio Lajos. (207—209. oldal.)
Vegyes hírek: (209—210. oldal. és a borítólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A skleroma serologiája, allergiás reactioi és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra.*

Irta: *Neuber Ede dr.*, egyetemi ny. r. tanár.

Néhány évtized előtt még nagy volt a bizonytalanság a tokos bacillusok kóroktani szerepe körül, mert utóbbiakat egyesek pathogen, mások saprophyta, vagy facultativ pathogen kórokozóknak tartották, főleg azonban egymáshoz való viszonyuk megállapításában, vagyis elkülönítésükben még igen sok nehézség mutatkozott. Elsősorban vonatkozik ez *a Frisch-fele skleroma bacillusra* (*bacillus rhinoscleromatis Frisch, 1882*), amely kórokozóval, s az általa kivált kórképpel kívánok e munka keretében behatóbban foglalkozni.

Amikor a skleroma kóroktanát behatóbban tanulmányozni kezdtem (1909), abban az időben tulajdonképen csak a morphologiai és bakteriologiai kutatások állottak előtérben, ezek alapján azonban nem sikerült ezt a kérdést tisztáznunk, illetve megoldanunk. Ennek a referátumnak szük keretében részletesebben nem térhetek ki a régi és igen gazdag skleroma-irodalomra, csak azt kívánom kiemelni, hogy a skleroma kóroktanának megállapításában különösen az okozott nehézséget, hogy egészséges emberek orrnyálkahártyáján is találtak (bakterioskoposan és tenyésztéssel) tokos bacillusokat, amelyeket egyesek skleroma bacillusoknak tartottak, mások pedig ezt a megállapítást kétségbe vonták, ami annál is inkább megtörténhetett, mert abban az időben nem állottak megfelelő módszerek rendelkezésre a tokos bacillusok typusainak elkülönítésére. Csakis ezen az alapon tarthatta magát tehát az a felfogás, hogy a szerzők egy része saprophyta, mások facultativ pathogen kórokozónak tartották a skleroma bacillust és csak legkevesebben pathogen bakteriumnak. Voltak olyanok is, akik azt állították, hogy a skleroma bacillus tulajdonképen csak kísérője a valódi skleromakórokozónak, amely feltevés azonban teljesen tévesnek bizonyult.

Miután vizsgálataink megkezdése előtt a skleroma kóroktani kutatása holtpontra jutott, ezért *Goldzieherrel* újabb módszerekkel, vagyis más úton óhajtattam ezt a kérdést megoldani. E század elején a serologiai módszerek kiépítésében rendkívül nagy haladás történt, ami elsősorban a complementkötéses eljárás felfedezésében nyert kifejezést. Így mi is a *complementkötéses* módszert választottuk, amely célkitűzéseinkben *teljes eredményhez* is vezetett, amennyiben sklerománs betegek vérsavója skleroma antigen-nel (skleroma bacillus emulsio és extractum) teljes kötést eredményezett, ezzel szemben a *Friedländer*-bacillusból készült antigennel sklerománs betegek savója nem adott kötést. Teljesen hasonló eredményt kaptunk *Friedländer-*, továbbá skleroma bacillusokkal immunisált nyulak vérsavójával is, amelyekben csak a homológ antigenek és savók adtak kötést az ú. n. keresztkísérletekben (skleroma immunsavó és *Friedländer*-antigen, vagy fordítva) azonban sohasem kaptunk kötést.

Vizsgálataink természetszerüleg megdöntötték azt a régi téves felfogást is, hogy a sklerománs megbetegedés helyi folyamat. E kísérletekkel tulajdonképen már be is bizonyítottuk a skleroma bacillus kóroktani szerepét, azonban még mindig akadtak szerzők, akik ebben kételkedtek és nem tartották a skleromát sui generis kórképnek.

Hogy ezt a kérdést teljesen tisztázzam 1917-ben ozaena *(Abel-Löwenberg-)* és *Friedländer*-antigennel most már egyedül, folytattam az előbbiekhez hasonló kísérleteket; sklerománs betegek immunsavóját a *Friedländer-* és ozaena-bacillus antigenjével hoztam össze s azt találtam, hogy a sklerománs savó ozaena antigennel nem ad kötést, legfeljebb igen alacsony titerben kisebbfokú csoportreactiót kapnatunk, ami gyakorlati szempontból azonban nem jön számításba. Hasonló vizsgálatokat végeztem ojtott nyulak immunsavóival, mégpedig ugyanazzal az eredménnyel. Végül 1930 és 1931-ben igen nagyszámú állatkísérletekben és tokos bacillusokkal fertőzött betegek savóival igyekeztem azt a rég vitatott kérdést megoldani,

*) A kievi egyetem felkérésére készült referátum, amely az orosz egyetemek skleroma-kézikönyvének két fejezetét képezi (1. fajlagos diagnostika; 2. fajlagos gyógykezelés.) E helyen kivonatosan közölve.

vajjon a tokos bacillus-csoport egyes typusai: mint pl. a bacillus pneumoniae *Friedländer*, a bacillus rhinoscleromatis *Frisch*, a bac. ozaenae *Abel*, stb. serologiailag, complementkötéses és agglutinatiós módszerekkel különválaszthatók-e, s vajjon az általuk okozott kórképek egymástól teljesen különálló, vagyis sui generis megbetegedések-e? E kisérletekben súlyt helyeztem annak a rendkivül fontos, s ugyancsak nagyon vitatott kérdésnek eldöntésére is, vajjon a tokos bacillusok typusai különböző behatások alatt elveszthetik-e bakteriologiai, serologiai, biochemiai és egyéb jellegzetes tulajdonságaikat, illetve önállóságukat, amikor ugyanis a tokos bacillusok csoportján belül átmennének vagyis átváltanának egy másik typusba, illetve annak a typusnak jellegzetes tulajdonságait vennék fel. Részletekbe e helyen nem bocsátkozhatom, s ezért utalok ilyenirányú régebbi munkáimra, csak azt kívánom kifejezésre juttatni, hogy ma is éppen olyan mértékben —, mint kisérleteim kezdetén, 1909-ben — meg vagyok győződve arról, hogy a skleroma bacillus a skleromának egyedüli kórokozója, amely megfelelő dispositio jelenlétében emberen a skleromás kórképet kiváltja. Nem szenved kétséget továbbá az, hogy a Frisch-féle skleroma bacillus a tokos bacillusok csoportján belül teljesen különálló typust képvisel, amelynek bárminő bakteriologiai, serologiai, biochemiai, stb. megváltozását sohasem tapasztalhattam, vagyis teljesen önálló kórokozónak tartom. *Régebbi és újabb munkáim kisérletsorozataival nemcsak a Frisch-féle skleroma bacillusnak tudtam a tokos bakteriumok csoportján belül különálló helyet biztosítani, ahol mint teljesen különálló typus szerepel, hanem mindenesetre éppen olyan mértékben a bacillus Friedländernek és az ozaena bacillusoknak is.*

Noha a fajlagos- (vaccina-) therapiáról különálló fejezetben számolok be, e helyen csak annyit kívánok a skleroma bacillusnak a tokos csoporton belüli különállóságának bizonyítására felhozni, hogy skleromás betegeim ozaena vaccinától nem gyógyultak meg, skleroma vaccinától azonban néhány hó alatt. Alábbi kisérletekhez, illetve észlelésekhez a véletlen vezetett; 2 alkalommal ugyanis a fül-, orr- és gégeosztályokról ozaena diagnosissal kaptunk egy-egy beteget, akiknek vérsavói kizárólag skleroma antigennel adtak kifejezett kötést (agglutinatiot is), ezzel szemben a tokos bacillusok egyéb typusaival nem. Tekintel arra, hogy mindkét beteg *klinikailag* inkább az ozaena kórképét mutatta, ezért az immuntherapia megválasztásában a klinikai diagnosisnak adtam előnyt, a serologiai diagnosist pedig figyelmen kívül hagytam. Ennek az volt az eredménye, hogy a klinikailag ozaenásnak (serologiailag azonban skleromásnak) kórismézett két beteg 3 hónapi ozaena-vaccina kezelésre még javulást sem mutatott, ezzel szemben 6—8 heti pihenés után skleroma-vaccinától mindkét súlyos beteg teljesen meggyógyult.

Ebből a két esetből is azt a következtetést kell levonnunk, hogy minden skleroma- és ozaena-betegen a serologiai (complementkötés és agglutinatio) vizsgálatokat el kell végeznünk, mert a két kórkép klinikai tünetei némely esetben annyira hasonlíthatnak egymáshoz, hogy azokat egymástól nem tudjuk elkülöníteni. E két esetből még azt a tanulságot is meríthetjük, hogy az ozaena vaccina skleromás beteget nem tud meggyógyítani, vagyis az immuntherapia szempontjából is érvényesül a typusok elkülönítése a tokos bacillus csoporton belül.

Azt hiszem, hogy az egész skleroma-irodalomban ez a legfontosabb érv annak eldöntésére, hogy a Frisch-féle skleroma-bacillus a skleroma kórkép okozója, s ezzel nemcsak serologiai (bakteriologiai és biologiai), hanem immuntherapiai szempontból is bebizonyítást nyert, hogy a skleromás beteget, illetve annak jelenségeit — a tokos bacillusok typusainak vaccinái közül — csakis a skleroma-vaccinával gyógyíthatjuk meg.

Kell, hogy az utóbbi kisérletek elhallgattassák a régi felfogás (helyi megbetegedés, a skleroma bacillus saprophyta, legfeljebb facultativ pathogen bakterium stb.) híveit, ami különben is kitünően visszatükröződik *Streit*-nek, a nagyszerű skleromakutatónak már egy régebbi, a skleroma kóroktanára vonatkozó egyik kijelentéséből is: „grundlegend hiefür ist die Arbeit von *Goldzieher* und *Neuber*, welche die relativ sichersten Resultate mit der Komplementablenkungs-Reaktion zeitigt"; *Streit* az elsők között elismerte a skleroma kórismézésében a complement-kötési eljárásunk fajlagosságát s ezzel egyszersmind a skleroma bacillus kóroktani szerepét.

Vizsgálataink előtt már *Ballner* és *Reibmayr* kisérletei figyelmet érdemelnek, akik azt észlelték, hogy különböző tokos bacillusok antigenjei és *Friedländer*-bacillusokkal előzetesen kezelt házinyulak immunsavói positiv complementkötést adnak; ilyen kötést azonban a *Friedländer*-bacillusokkal előzetesen kezelt házinyulak immunsavóiban nemcsak *Friedländer*-antigennel, hanem egyéb tokos bacillusok antigenjeivel is, sőt staphylococcus antigenekkel is nyertek. *Ballner* és *Reibmayr* vizsgálatai a *Friedländer*-bacillus kóroktani szerepére s így a tokos bacillusok typusainak magatartására tehát szintén serologiai módszerekkel kívántak fényt deriteni, amely igyekezetük valószínüleg technikai hibák miatt azt a téves eredményt nyujtotta, hogy a tokos bacillusok csoportján belül nincsenek serologiailag elkülöníthető typusok, s ezzel hosszú időre helytelen irányba terelődtek a csoport és typusok fajlagosságára vonatkozó vizsgálatok és felfogások, amelyeket tulajdonképen csak az utóbbi években sikerült helyes vágányra vinnünk.

Sikeres complementkötéses eljárásunk után (1909) a szerzők egész serege végzett hasonló kisérleteket s igen nagy részük meg is erősítette vizsgálataink eredményeit. Nem akarván ismétlésekbe bocsátkozni, hivatkozom az 1932. évi madridi II. Nemzetközi Fül-, Orr-, Gégeorvosok Congressusán tartott referátumomra, amelyben nagy részletességgel felsoroltam ama szerzőket, akik eljárásunk (*Goldzieher* és *Neuber*) fajlagossága mellett foglaltak állást, azonban ama néhány szerzőre is hivatkoztam, akik nem osztották nézetünket a skleroma kórismézésében ennek a reactiónak teljes fajlagossága mellett; túlnyomólag elismerték ugyanis, azt, hogy a skleromás betegek vérsavójában találhatók reaginek, amelyek a skleroma antigennel positiv kötést adnak, azonban annak a meggyőződésüknek is kifejezést adtak, hogy e (skleromás) reaginek a tokos bacilluscsoport egyéb képviselőinek, (bacillus *Friedländer*, ozaena, aerogenes lactis, stb.) antigenjeivel is adhatnak kötést. Vagyis nem ismerték el a tokos bacillus-csoporton belül az egyes typusoknak serologiai különállását.

A fentebb említett congressus óta (1932) mindenesetre 5 esztendő telt el, amely idő kétségtelenül neken és azoknak adott igazat, akik a Frisch-féle skleroma bacillust a skleroma megbetegedés igazi kórokozójának tartottuk, ennélfogva magát a skleroma-kórképet a sui generis megbetegedések közé sorozzuk.

Mindenesetre érthető, hogy 1909-ben közölt complementkötési kisérleteink megbízhatóságában egyik-másik szerző kételkedett, hisz abban az időben a *Bordet—Gengou*-tüneményen alapuló serologiai vizsgálatok teljesen új módszereket jelentettek, noha egyéb megbetegedések — így elsősorban syphilis — eseteiben már nagy sikerrel alkalmazták őket s e megbetegedések kórismézésére igen alkalmasaknak is bizonyultak. A skleroma complementkötéses eljárásnak a technikáját *Neuber* és *Goldzieher* a legrészletesebben kidolgozták s ismertették is, tehát egyéb tényezőknek kellett szerepelniök, amelyek a skleroma complementkötéses reactio fajlagosságának és megbízhatóságának a hitelét megingatták. Ma már tudjuk,

hogy e véleményeltérések az antigen-elkészítés hibaforrásaiban rejlettek. Visszaemlékezve kezdeti kísérleteinkre, nekünk is számos antigenféleséget kellett készítenünk és kipróbálnunk, amíg érzékeny és megbízható skleroma angitent nyertünk, amely kizárólag a homolog reaginokat, tehát a tokos bacillus-csoporton belül csakis az egyik typusú reagint, vagyis a skleroma bacillusok által kiváltott reaginokat kötötte. Ezeknek az antigeneknek tehát nemcsak csoport-, hanem typus-fajlagossággal is kell bírniok. Kezdetben (1909) kétféle antigent használtunk és pedig: 1. élettani konyhasóoldattal készült, egy órán át 80 C° hőmérsékleten sterilizált bakterium emulsiót és 2. bakterium kivonatot. A szerzők nagy része abban az időben (1909) az antigenkészítésnek fentebb ismertetett — az antigenkészítésnek leírását régebbi közleményemben részletesen ismertettem — módját pontosan át is vette és vele a közleménycinkben lefektetett eredményekhez hasonló következtetésekhez jutott. A szerzők egy része azonban meg nem felelő antigennel dolgozott, ami az eljárás megbízhatóságát és hitelét hosszú időre veszélyeztette.

Nem tudom eléggé kiemelni annak a fontosságát, hogy a skleroma antigen készítéséhez friss (24—48 órás) tenyészeteket kell használnunk, mert az utóbbiakból készített antigenek összehasonlíthatatlanul megbízhatóbbak, és érzékenyebbek. Laboratoriumokból hozatott, rendszerint többször átojtott skleroma-tenyészetek *nem használhatók* fel anitgenkészítésre, amint arról magam is meggyőződtem.

A madridi Nemzetközi Fül-, Orr-, Gégeorvosok Congressusán (1932) tartott referátumokból és előadásokból különösképen kitünt az, hogy úgyszólván minden egyes szerzőnek megvan a saját maga antigenje. Miután pedig ez a congressus a skleroma-problemának tisztázására igen nagy súlyt helyezett, s a skleroma-kérdésnek egyes fejezeteit megfelelő szakemberekkel dolgoztatta fel, ezért itt volna az ideje annak, hogy az antigen-kérdést is nemzetközi megállapodással oldjuk meg. Ebből az alkalomból is azt az előterjesztést teszem —, amit már különben régebben szóban és írásban is lefektettem —, hogy a legközelebbi nemzetközi skleroma-congressus küldjön ki egy több tagból álló bizottságot, amely az eddig legjobban bevált skleroma-antigent felülbirálja s a legmegfelelőbb antigent a skleroma-bizotságnak előterjeszti, illetve ajánlja. *Ez lenne a „hivatalos antigen", amellyel minden skleroma-kutató dolgoznék s az irodalomban csakis az utóbbi antigennel nyert eredmények volnának összehasonlitás céljából elfogadhatók.* Igen természetes, hogy ennek a megállapodásnak a további antigen-kutatást nem szabadna hátráltatnia, ez tovább folynék, a jelenlegi helyzettel szemben csak az volna a különbség, hogy a „hivatalos antigen"-nel nyert eredmények mellett a szerzők antigenmódosításaival nyert adatok is helyet foglalnának.

Noha az 1909-ben ismertetett antigenünk (skleroma bacillus emulsio és bacillus extractum) teljesen megütötte azt a mértéket, ami egy megbizható és érzékeny antigentől várható és követelhető, azóta azonban magam is igyekeztem antigenjeinket fajlagosság és érzékenység szempontjából javítani, amelyek közül a következő vált be legjobban: skleroma-tenyészetből vizes suspensiót állítunk elő akként, hogy minden ccm. dest. vízre 1 kacsnyi tenyészetet számítunk. Ezt a suspensiót előbb thermostatban, majd 100 C° vízfürdőn beszárítjuk és szétdörzsöljük. Majd aether sulfuricust öntünk hozzá (mégpedig minden kacsnyi anyagra 0.5 ccm. aethert számítva) és 60 C° hőmérsékletű vízfürdőn bepárologtatjuk. (Vigyázat aetherrobbanásra!). A maradékot 0.5 %-nyi karbolsavat tartalmazó élettani konyhasóoldatban 1:20 arányban oldjuk. Ezzel az eljárással igen érzékeny és megbízható antigent nyertünk, mert a bacillusoknak duzzadása és roncsolása révén a fajlagos anyagok kivonása sokkal tökéletesebben megy végbe. Miután ezt a skleroma antigent felette érzékenynek és megbízhatónak tartom, épen ezért diagnostikai célokra a legmelegebben ajánlom a kiküldendő skleroma antigen-bizottság figyemlébe.

A fajlagos *vaccina-kezeléshez* még jobban bevált a következő; antigenünk: a 24, vagy 48 órás *glycerin-agar*kulturákat a táptalajról 3 ccm. steril 0.5%-os karbol tartalmú élettani konyhasóoldattal lemossuk. Az így nyert bacillus-emulsiót steril edénybe gyüjtjük és a skleroma-bacillusokat 1 óráig kb. 80 C°-os vízfürdőn elöljük. Ezt az utóbbi folyamatot 24 óra mulva megismételjük. Ezután sterilitási próbát végzünk.

Skleroma-kutatással már a madridi congressus előtt is foglalkoztak említésre méltó eredménnyel: *Abramovicz, Biernacki, Babes, Bélinoff, Elbert, Feldmann* és *Gerkes, Glaubersohn, Gonsiorowski, Goslings, Goldzieher* és *Neuber, Kabelik, Meisel* és *Mikulaszek, Nagy, Prásek* és *Prica, Quast, Sercer, Serge, Snijders, Streit, Tomàsek, Vymola* és mások, ujabban (1932 után) a fentebb említett szerzőkön kívül még *Boucek, Burack, Drobotjko* és *Scherement, Gasiorowski, Gollub, Guerkesse* és *Aloukére, Jankowski* és *Wolner, Lopotko, Morris* és *Julianelle, Mucha* és még igen sok más szerző tanulmányozta a skleroma serologiai vonatkozású kérdéseit, különös tekintettel e betegség kóroktanára, kórismézésére, gyógykezelésére, stb. Az utóbbi évek alatt megjelent munkák a laboratóriumi diagnostikai eljárások közül úgyszólván egyöntetűen a *complementkötéses reactiót* helyezik előtérbe, így számosan a fentebb említett szerzők közül is, akik a skleroma-kutatás terén különösen nagy érdemeket szereztek.

Igy különösen érdekesek *Tomàsek* kisérletei, aki a complementkötési reactiót nemcsak qualitative, hanem titrálással, quantitative is végezte; az utóbbi eljárás *Tomàsek* szerint sokkal érzékenyebb, úgy hogy ennek a methodusnak alkalmazásakor a csoportreactiók komolyan nem is jönnek szóba. Főleg korai és lappangó skleroma-esetben ajánlja tehát *Tomàsek* „quantitativ titráló" eljárását, mert ezzel a kisebb mennyiségű reaginokat is ki tudja mutatni anélkül, hogy ez a fajlagosság rovására menne. Azt hiszem, hogy ez az eljárás is igényt tart majd arra, hogy az illetékes skleroma-bizottság érzékenységét és megbizhatóságát megvizsgálja. Véleményem szerint friss esetek korai felismerésére ilyen érzékeny eljárás ma különösképen azért nagy fontosságú, mert a skleroma megbetegedése ma már a gyógyítható megbetegedések közé tartozik, s ha sikerül a quantitativ eljárással a korai szakban felismernünk és meggyógyítanunk, akkor úgyszólván teljes restitutiora számíthatunk — miután nem volt elég idő a szövetroncsolásra —, s ami még sokkal fontosabb: *a korai esetek gyors meggyógyításával a fertőzési lehetőségek is tetemessen csökkennek.* Ezek a praeventiós rendszabályok és intézkedések a jövőben a skleroma leküzdése terén kétségkivül nagy szerepet fognak játszani. Igaz, hogy a skleroma-megbetegedés fertőzési mechanismusát ma még nem ismerjük és tulajdonképen csak feltevésekre vagyunk utalva. A skleroma-kutatók a családi fertőzés lehetőségeit különösen az utóbbi években állítják előtérbe, ennélfogva a friss esetek felderítésére a Tomásek-féle módszer igen nagy előnyt jelentene.

E helyen nem térhetek ki mindazokra az antigenféleségekre, amelyeket antigenjeink *(Goldzieher—Neuber)* ismertetése után ajánlottak, csak néhányat kívánok felemliteni, amelyek megbízhatóságáról magam is meggyőződtem, vagy mások elismerőleg nyilatkoztak róluk. Igy említeni kívánom *Prásek* és *Prica* antigenjét, akik a skleroma bacillusokat és tokjaikat *urea*-ban oldották fel.

Szerintük ez az antigen megbízható és igen érzékeny, előállítása mindenesetre több időt igényel. Érzékenysége *Prásek* és *Prica* szerint különösen abban nyilvánul, hogy vele friss és lappangó skleroma-esetekben a csekélyebb mennyiségben jelenlévő fajlagos reaginok is kimutathatók.

Toenniessen antigen-készítése új utakon halad; ő mutatta ki először, hogy a skleroma bacillusok tokja galaktanból (a glaktose polysaccharidje) áll, s ezzel megdöntötte azt a régi felfogást, hogy a toknak anyaga mucin-t, vagy nucleoproteid-et tartalmazna. Kimutatta továbbá azt is, hogy utóbbi anyag complementkötéses és praecipitatiós kisérletekhez, mint antigen igen jól használható.

Mikulaszek, majd *Prásek* és *Prica* és mások is hasonlóképen találtak *Toenniessen* methodusa szerint a skleroma bacillus tokjában szénhydratszerű anyagokat. Később főleg *Mikulaszek* foglalkozott behatóan utóbbi anyagokkal és belőlük „oldható fajlagos anyag"-ot (substance soluble specifique) készített, amelyet antigenül használt. *Mikulaszek* kezdetben nagy optimismussal nyilatkozott antigenjéről, később azonban nagyobb anyagon végzett kisérletek után maga is engedett ebből az optimismusból, mert biztos skleroma-esetekben 18.5%-ban a complementkötéses eljárással negativ eredményt kapott. *Mikulaszek* szerint azonban ez az antigen igen tartós, sokáig megtartja titerét s ezért a központtól távolabb eső helyeknek tömegvizsgálati célokra ajánlja. Kisérleteit nemcsak skleroma bacillusokkal ojtott állatok fajlagos immunsavóival, hanem skleromás betegek savóival is végezte, amelyek egyformán adtak complementkötést.

Még az amerikai *Julianelle* és társai kisérleteiről kívánok megemlékezni, akik a fentemlített vizsgálatokat még szélesebb alapokra fektették; végeredményben arra az eredményre jutottak, hogy a tokos bacillusokból két különböző anyag nyerhető, még pedig: 1. a szénhydrat, 2. a nucleoproteid. E kutatók felfogása értelmében a *tokos bacillusok csoportján belül a szénhydrat a typus fajlagosságának hordozója, a nucleoproteidek pedig csak a csoportreactióban játszanának szerepet.* Ez a beállítás mindenképen ellenkezik mai ismereteinkkel. Ennek az érdekes és rendkívül fontos kérdésnek a tisztázása céljából —, amint azt a madridi congressuson is mondottam — számos szerző, főleg *Neuber* ember-, *Elbert, Feldmann* és *Gerkes* állatkisérletekben kimutatták, hogy fajlagos antitestek nyerése céljából teljesen mindegy, hogy tokos, vagy toknélküli skleroma bacillusokkal végezzük az ojtásokat, illetve az immunisálást. Hisz *Julianelle* maga is elismeri, hogy a tokos bacillusok tokjából nyert szénhydrat anyag (galaktan) mint antigen activ immunisálási célokra nem alkalmas, mert az utóbbival ojtott állatok fajlagos védőanyagokat nem termelnek, ehhez feltétlenül szükséges nucleoproteid anyagot a szervezetbe vinni. Ezt a felfogást különben *Prásek* és *Prica* is vallják; skleroma és ozaena bacillusok tokjából sikerült ú. i. olyan antigent előállítaniok, amely homológ savókkal adja a complementkötési reactiót, activ immunisálási célokra azonban nem használható fel, mert a vele beojtott állatok nem termelnek fajlagos védőanyagokat.

Boucek antigenje különböző idős skleroma-tenyészetek emulsiójának szürleteiből készült. Különösen kiemelik azt, — amit különben már én is kifejtettem a madridi nemzetközi Fül-, Orr- és Gégeorvosok Congressusán, — hogy a skleroma serologiai és allergiás reactióinak számára nem szükséges compliká't előállítású antigeneket használni, mert egyszerű methodusokkal készített antigenek is teljesen beváltak, sőt teljesen egyenértékűek, inkább arra helyezendő súly, hogy a skleroma antigenek mindenkor friss skleroma-törzsekből készüljenek, mert a több, illetve sok passage-on átojtott törzsekből készült antigenek fajlagosságukból, főleg azonban érzékenységükből sokat veszítenek, amint ezt már különben régebbi munkáimban kifejtettem. *Droboljko* (1931) methylalkohollal vonja ki a tokos bacillusokból antigenjét, amellyel sikerült neki a tokos bacillus csoporthoz tartozó typusokat elkülöníteni. *Goslings* és *Snijders* (1936) szerint a tokos bacillusok serologiai beosztására különösen két tényező bír nagy fontossággal 1. a bacillus-tok polyaccharidjaiból, 2. a bacillus-test protein-anyagából álló antigenek. Utóbbi szerzők vizsgálataik alapján — *Julianelle*-hez és társaihoz hasonlóan — arra a meggyőződésre jutottak, hogy a tokos bacillusok csoport- (species-) beosztásában a bacillustestek protein-anyagának, a csoporton belül pedig az egyes typusok elkülönítésére a bacillus-tokban foglalt polysaccharideknek van különös szerepük. Az antigen-kutatás szempontjából rendkívül érdekes, hogy e szerzők a legkülönbözőbb világrészek skleroma bacillusait antigentulajdonságaik szempontjából átvizsgálták és azt találták, hogy a különböző világrészek skleroma bacillusainak antigenjei ugyanazzal a tok- (polysaccharidok) antigennel rendelkeznek. Érdekes még, hogy e szerzők a skleroma tok-antigenét a *Julianelle* szerint meghatározott C. typusú *Friedländer*-bacillus antigenjével annyira hasonlónak találták, hogy serologiai módszerek segélyével nem is tudták e két antigent elkülöníteni, amely elkülönítés csakis bakteriophagok igénybevételével történhetett meg.

E referátum szűk keretében az antigenek készítésével és tulajdonságaik részleteivel már tovább nem foglalkoztatom, csak hivatkozni szeretnék még a madridi nemzetközi Fül-, Orr- és Gégecongressuson (1932-ben) tartott referátumom megállapításaira, amelyek szerint *skleroma bacillusokkal immunisált állatok, továbbá skleromás betegek vérében olyan védőanyagok (reaginok) keringenek, amelyek magasabb titerben kizárólag skleroma antigennel adnak complementkötést. A fajlagosság szempontjából azonban ebben az időben (1932) a vélemények még korántsem voltak egységesek, mert a szerzők egyrésze a tokos bacilluscsoporton belül az egyes typusok serologiai elkülönítésében nem hitt. Legújabban azonban a tokos bacillusok typusainak, így első helyen a skleroma bacillusnak különállása úgyszólván egyhangúlag elismerésben részesült, legfeljebb még nézeteltérés mutatkozik abban a tekintetben, hogy a tokos (skleroma) bacillus melyik részéből: a testéből, vagy a tokjából készült antigenben van-e az elkülönítő tulajdonság.*

Agglutinatió.

A tokos bacillusok csoportjának s ezen belül az egyes typusoknak felismerésére és elkülönítésére még egy másik serologiai eljárás: az *agglutinatio* is igen alkalmas. Hisz a szerzők túlnyomó része ma már utóbbi eljárást a complementkötési methodussal egyidejüleg végzi, főleg pedig akkor, ha klinikailag, továbbá bakteriologiailag, biochemiailag, stb. nem könnyen kórismézhető betegről van szó.

Kraus már 1897-ben foglalkozott a tokos bacillusok agglutinatiójával, azonban úgyszólván teljesen sikertelenül, amelynek okára először *Paltauf* hívta fel a figyelmet, aki a tokos bacillusok inagglutinabilitását e bakteriumok tokjában kereste és látta. Ennek a megállapításnak, illetve feltevésnek az lett az eredménye, hogy a szerzők nagy része a legkülönbözőbb eljárással kívánta tokjuktól megfosztani az ebbe a csoportba tartozó bacillusokat. Ezek a törekvések a tokos bacillusok agglutinatiós kisérleteit tulajdonképen két szakaszra osztották, — amint ezt már a madridi congressuson kifejtettem, — és pedig az *első* szakban úgyszólván teljes eredménytelenség mutatkozott, amikor a tokkal bíró bacillusok agglutinatiójával próbál-

koztak, *a második szakban* azonban a toktól megfosztott bacillusok agglutinatiós kisérleteit siker koronázta, s ezzel utóbbi eljárás az értékes skleroma-kutató serologiai methodusok közé emelkedett.

A tokos bacillusok agglutinatiós kisérleteinek történelmi részével nem foglalkozhatom e helyen, ez részletesen megtalálható a madridi referátumomban, csak az első, főleg azonban a második szakból kivánok néhány szerző kisérleteire rámutatni, amelyek alapvetőeknek bizonyultak. Már az első szakban több szerző kapott homolog savóval agglutinatiót, mindenesetre alacsony titerben, ezért *Streit* teljes joggal kifogásolja ezeknek az eredményeknek bizonyító erejét s már nagy előrelátással annak a véleményének ad kifejezést, hogy megbízható agglutinatiós eljárás kidolgozására teljesen új utakon kell a jövőben haladnunk. Először *Bertarelli* kapott tokos bacillusokból készült antigennel igen magas titerben (1:1000) e tokos bacillusok homolog immunsavóival agglutinatiót; sikerült agglutinatiós kisérletei ellenére ezt az eljárást — főleg a betegség kezdetén — nem tartja megbízhatónak és saját maga a biochemiai methodusok mögé helyezi.

A *második szakban Paltauf* elgondolása értelmében igen sok kutató a legkülönbözőbb eljárásokkal igyekezett a tokos bacillusokat tokjuktól megfosztani, hogy ezzel magas titerekben is kapjanak agglutinatiót. Úttörő kisérleteket e téren már 1905-ben *Porges,* később pedig *Porges* és *Eisler* végzett, akik chemiai úton n/10 sósavval, majd n/10 natronluggal igyekeztek a tokos bacillusokat tokjuktól megfosztani, ami teljes mértékben sikerült is, ez az eljárás azonban a bakteriumtesteket bizonyos fokig megtámadta, úgy hogy az agglutinatiós eredményeket igen kedvezőtlenül befolyásolta. Az ilyen módon kezelt tokos bacillusok u. i. hajlandóságot mutattak az önagglutinatióra is. *Streit,* a kitünő skleroma-kutató ebben az esetben is teljes joggal fejezi ki kételyeit és nem hisz a *Porges—Eisler*-féle kisérletek megbízhatóságában, noha elismeri, hogy utóbbi szerzők e téren teljesen úi utakon haladtak.

Később *Streit*-nek alacsony hőmérsékleten (11 C°-on) sikerült toknélküli variansokat tenyészteni, s utóbbiakkal magas titeren agglutinatiót nyernie, azonban saját eljárását sem tartja teljesen megbízhatónak, mert az élettani konyhasóoldat is adott egyik-másik esetben agglutinatiót. *Meisel* és *Mikulaszek* pedig alacsony hőmérsékleten (jégszekrényben) nyert toktalan variansokat. Majd *Behm* olyan módon nyert toknélküli változatokat, hogy a tenyészeteket ferde agaron hosszabb ideig állani hagyta, amely eljárás segélyével a ferde agar legfelsőbb részén idővel teljesen toktalan változatok fejlődtek; utóbbiakat agglutinatiós célra használta fel. Ez az eljárás szintén nem bizonyult megbízhatónak, mert vele rendszerint nem sikerült tisztán toknélküli bacillusokat tenyészteni. *Small* és *Julianelle,* továbbá *Avery* toktanítás céljából 10% immunsavóval kezelték a tenyészeteket; érthető, hogy eme eljárás ellen igen sokan állást foglaltak, mert a homolog immunsavó a skleroma bacillusokat agglutinatió szempontjából bizonyára befolyásolja. Hasonló elbírálás alá esnek *Kalina* kisérletei, aki toktalanítás céljából különböző táptalajokban 1:10—1:100-szorosan higított normalis emberi vérsavót használt. *Toenniessen* is tudott különböző eljárásokkal toknélküli mutansokat mesterséges táptalajon tenyészteni, amelyek azonban szintén nem váltak be gyakorlatilag. *Elbert* marhaepével kezelt agartáptalajon észlelt toknélküli változatokat, de eljárását maga sem tartja teljesen megbízhatónak.

Az agglutinatiós eljárást még számos szerző sikertelen kisérletezése után tulajdonképen *Elbert* és munkatársai, továbbá *Pràsek* és *Prica* építették ki. Teljesen helytálló *Elbert*-nek az a felfogása, hogy a tokos bacillusokat nem szabad toktalanítás céljából physikai, chemiai vagy egyéb eljárásoknak, illetve behatásoknak kitenni, vagy fejlődésükben gátolni, mert ezáltal ugyancsak chemiai, physikai s egyéb tulajdonságaikban megváltoztatjuk őket, — természetesen a fajlagosság rovására —, vagy fejlődésükben gátoljuk s ezáltal lehetővé tesszük, hogy egyéb anyagok (nemcsak a homolog immunsavók) behatása alatt is bekövetkezzék az agglutinatio. Éppen ezért *Elbert* egy igen szellemes methodust dolgozott ki, amely a mai napig tulajdonképen a legjobban bevált eljárás. E célból *huspepton-agaron minden előzetes előkezelés és tenyésztési módosítás nélkül Oerskov szigonymethodusával* (részletes leírását és ismertetését lásd madridi referátumomban) *toktalan változatokat isolált és tenyésztett tovább.* Utóbbiak agglutinatiós célokra kiválóan alkalmasoknak bizonyultak, homolog savókkal igen magas titerben agglutinálódtak.

E téren dolgozó szerzők ma már elsőrangú követelménynek tekintik, hogy az agglutinatio magas titerben történjék, mert az 1:200-on alului titerben bekövetkezett agglutinatio nem tekinthető fajlagosnak, főleg a csoporton belüli typusok differentiálására nem alkalmas. A toktalanítás terén *Pràsek* és *Prica* egészen különös utakon haladtak, amennyiben skleromás betegek orrváladékából bakteriophagokat tenyésztettek ki, amelyek kizárólag a skleroma bacillusokat támadják meg és toktalanítják, ezzel szemben egyéb bakteriumokra, mint pl. staphylococcus-, prodigiosus-, typhus-, coli-, proteus-, *Friedländer-*, pneumo- és ozaena-kórokozókra phag-hatást nem fejtenek ki. E phag-hatásra a skleroma bacillusok a további tenyészetekben is elveszítik tokképző képességüket. Ennek az eljárásnak a hatását különösen az utóbbi időben ismerték el, igy *Mucha* (1936), *Strich* (1935) és még mások is, különösen kiemelvén azt, hogy az ilyen módon toktalanított skleroma bacillusok különösen alkalmasak az agglutinatiós eljáráshoz. *Mucha* az ilyen elvek alapján készült agglutinogen-hez még lacmustincturát is ad, amely a reactiót szemlélhetővé teszi, magát az agglutinatiós folyamatot azonban nem befolyásolja.

A skleroma serologiai diagnostikájában az agglutinatiós eljárás ma már közvetlenül a complementkötéses módszer mögött foglal helyet, vagyis a szerzők úgyszólván teljes számban elismerik, hogy skleroma bacillusokkal immunisált állatok és skleromás betegek vérsavója a megfelelően toktalanított skleroma bacillusokat agglutinálja, ezzel szemben magas titerben heterolog immunsavók sohasem tudják a skleroma bacillusokat agglutinálni. A magas titerben történő agglutinatióra tehát különösen nagy súlyt kell helyeznünk.

Egészen kicsi már azoknak a szerzőknek a száma, akik az agglutinatiós eljárást a tokos bacillusok elkülönítésére, továbbá az általuk fertőzött betegek kórismézésére nem tartják alkalmasnak. Az irodalmi adatok áttekintése után minden esetben megállapítható az, hogy a szerzők tulnyomó része a complementkötéses eljárást az agglutinatiós methodusnál megbízhatóbbnak és érzékenyebbnek tartja s utóbbi fölé emeli, amely véleményhez nagyszámú vizsgálataim alapján magam is csatlakozom.

Praecipitatio.

A praecipitatiós reactiókat is meg kívánom említeni a serologiai reactiók között, már csak azért is, mert az utóbbi években e téren több érdekes és értékes közlemény jelent meg. *Eisler* és *Porges* már 1906-ban végeztek praecipitatiós vizsgálatokat, amelyekkel a tokos bacillusok csoportján belül az egyes typusokat is el tudták egymástól választani. Különösen rámutatnak arra, hogy az egyes *typusok* pontos elkülönítése céljából itt is elsőrangú kö-

vetelmény, hogy a praecipitatio magas titerben történjék. *Small* és *Julianelle* a tokos bacillusok néhány typusában kaptak fajlagos praecipitatiós reactiókat, a többiben azonban negativ eredményt; kisérleteik semmiesetre sem döntötték el a praecpitatiós reactio használhatóságát a tokos bacillusok csoport-, illetve typus elkülönítése tekintetében. A praecipitatiós vizsgálatok terén különösen ki akarnám emelni *Mikulaszek* vizsgálatait, aki skleroma bacillusok tokjából készített polysaccharid anyaggal (substance soluble spécifique) kifejezett és fajlagos praecipitatiós reactiókat kapott. Ugyszintén igen érdekesek *Prásek* és *Prica* közlései is (1933.), akik szintén a skleroma bacillusok tokjainak antigen-tulajdonságaival foglalkoznak s rámutatnak arra, hogy *praecipitinek* csakis tokos skleroma bacillusokkal ojtott állatok savójában találhatók, evvel szemben toktalanított skleroma bacillusokkal ojtott állatok savójában sohasem; azt hiszik tehát, hogy a *praecipitin* képződése feltétlenül a skleroma bacillus tokjához kötött. Ezzel szemben azonban megállapítják, hogy toktalanított skleroma bacillusokkal ojtott állatok immunsavójában agglutininek magas titerben találhatók. De rámutatnak arra is, hogy *ez a szénhydrátszerű anyag* (galaktan) *egymagában nem alkalmas és elegendő ahhoz, hogy a szervezetbe vive fajlagos védőanyagok termelésére vezessen*, s ezért az antigen-anyagok közé nem is sorolható. Rendkívül érdekes még az a megállapításuk is, hogy az ember a skleroma bacillusok tokjában foglalt polysaccharidszerű anyagok behatása alatt nem termel praecipitineket; szerintük elképzelhető, hogy az emberben utóbbi védőanyagoknak a hiánya — tokos skleroma bacillusokkal immunizált állatokkal szemben — a skleroma bacillusok könnyebb megtapadását, fejlődését s végül a klinikai jelenségek kifejlődését teszi lehetővé.

E gondolatmenettel kapcsolatban újból kifejezésre juttatom azt a régebbi elgondolásomat —, amelyet különösen a Kopenhágai Nemzetközi Dermatologiai Congressuson szóvétettem —, hogy könnyen lehetséges az, miszerint a háziállatok skleroma bacillus-gazdák, utóbbiakon éppen a kifejezettebb és nagyobbfokú védőanyagtermelés megakadályozná a skleroma-kórkép kifejlődését, ezzel szemben a fajlagos védőanyagokkal kevésbbé védett — pl. fajlagos praecipitinek hiánya — ember skleroma-megbetegedésnek könnyebben esnék áldozatul. Ezért igen hasznos és érdemes munkának bizonyulna, ha endemiás skleromás vidékeken a háziállatok orrnyálkahártyáját bakteriologiailag megvizsgálnák, vérsavójukat pedig igen bcható serologiai vizsgálatnak vetnék alá. — Feltünőnek tartom u. i., hogy az irodalomban ismertetett skleroma-esetek túlnyomó része földmívesek körében, s e téren is elsősorban állatokkal foglalkozó embereken észlelhető.

Gasiorowski (1933) is rendkívül magas titerben (1: 1.600.000) kapott homolog immunsavóval praecipitatiót, s igy szintén e serologiai eljárás használhatósága mellett foglalt állást.

E helyen még felhívom a figyelmet *Gerkes adsorptiós (Castellani-)* kisérleteire, amelyekkel a complementkötéses és agglutinatiós methodusokkal elkülöníthető typusokat hasonlóképen sikerült különválasztania, s e vizsgálataival az előbb említett serologiai vizsgálatok értékét és helyességét megerősítenie. A gyakorlatban csakis a kétes serologiai esetekben forduljunk az adsorptiós eljáráshoz, mert e kisérletek nemcsak körülményesek, hanem a fentebb ismertetett serologiai methodusokkal szemben több időt is igényelnek. Részletesebben foglalkoztam ezzel az eljárással a madridi referátumomban.

Meg kívánom még említeni a serologiai eljárások között azt az újabb keletű *haemagglutinatiós* eljárást is, amely *Bachmann* nevéhez fűződik. Rendkívül nagy előnye, hogy gyors eljárás, azonkívül szerényebb laboratoriumi felszerelést igényel (így pl. complementre nincs szükség). Ma még az újabb serologiai eljárások közé tartozik s így komoly kritika alá nem vonható; a Bachmann-féle haemagglutinatiós reactiót mindenesetre már több oldalról kedvezően ítélték meg.

Miután csak a skleroma serologiájának referálására kaptam megbízást, tehát a *biochemiai (fermentatiós)*, továbbá az *allergiás reactiókat* csak érinteni kívánom.

Az allergiás reactiókról néhány szóval többet, mert utóbbiak szoros összefüggést mutatnak a fajlagos skleroma therapiával, amelynek referálására szintén megbízást kaptam.

E helyen a *biochemiai* reactiókról csak annyit —, miután részletesebben foglalkoztam velük a madridi referátumomban —, hogy a madridi congressus után is sokat fáradoztak kiépítésükön. Tulajdonképen ma is hasonlóképen ítélhetem meg a biochemiai eljárások értékét, vagyis saját vizsgálataim és az irodalmi adatok alapján arra az álláspontra helyezkedhetem, hogy a skleroma laboratoriumi diagnostikai módszerei között a biochemiai eljárások nagy nyereséget jelentenek, azonban ezek ma még csak egyéb (complementkötéses és agglutinatiós) eljárások eredményeinek a megítélésére, illetve ellenőrzésére szolgálhatnak, semmiesetre sem ajánlatos őket egyedül alkalmaznunk, amikor skleroma-gyanus beteg kórismézéséről és további sorsáról van szó.

(Folytatjuk.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

A szemölcsök rákos elfajulása.

Irta: *Zoltán László dr.*, műtőorvos.

A bőr körülírt megvastagodásai a kisebb jelentőségű kóros elváltozások közé tartoznak. Keletkezésük rendszerint valamely huzamosabb ideig tartó külső behatás (nyomás) következménye. Találunk azonban olyan elváltozásokat is, melyekben különösebb ok nélkül, mélyrehatóbban változik meg a bőr rétegeinek elrendeződése és daganatszerű csoportosulást mutat. Mindkét esetben a körülírt megvastagodások fő jellemzője a hám megváltozása. Ha ez csupán mennyiségileg észlelhető (pl. jelentékenyebb elszarusodás), akkor a clavus, tyloma csoportról beszélhetünk. Az e mellett, vagy e nélkül jelenlévő minőségi és topikus elváltozások a bőr daganatait jellemzik. A hám ilyen megváltozása lehet egyedülálló és lehet a kötőszövettel közös. Ha csak az eredetileg és szövettanilag jóindulatú elváltozásokat tekintjük, akkor utóbbi esetben az epithelioma, illetőleg fibroepithelioma papillare, előbbiben a verruca csoport szerepel, természetesen a bőr mirigyes elemeinek elváltozásairól nem beszélve.

A verrucák kóroktana még nincs teljesen tisztázva. Az előbbiekhez való nagy hasonlatosságuk miatt *Jadassohn* az epitheliómák fertőzéses jellegű csoportjába tartozónak véli; filtrálható virust *(Baló, Lipschütz)*, zártestecskéket *(Fontana)* is gondolnak okozójául. A fiatal korban jelentkező szemölcsös hámburjánzás neurogen eredetűnek is látszik, főleg ezek egyszerű, suggestiv befolyásolhatósága miatt. Keletkezhetnek bármely életkorban, de gyakran szerepelnek a pubertás előtt, illetőleg alatt (v. juvenilis) és az öregedés korában (v. senilis). A meglett kor szemölcsei kissé ritkábbak. Szöveti szerkezetüket tekintve, mindhárom alakot jellemzi a hám körüli, kiemelkedő, vaskos megvastagodása, mely néha a kötőszövet felé hullámszerűen halad, azonban sohasem nyomul a mélybe, basalis rétege sima, ép, a sejtek között kóros

szaporodásra hajlamos nincs, gyakoribb sejtoszlás nem észlelhető. Az ifjúkori szemölcsök hámkiemelkedése rendszerint lapos, nagyobb szarutermelés nélkül; az öregkoriakban pedig inkább az elszarusodás az uralkodó. A betegség jelentősége nem nagy, mégis panaszokat okozhat, főleg kozmetikai szempontból. Valamivel nagyobb jelentőséget nyerhetnek, ha azon tapasztalatokat tekintjük, melyek szerint továbbfejlődésük rosszindulatú irányba is terelődhetik. Gyógyításukat a különböző kóroktani megállapítások alapján különféleképen kisérelték meg. A sebészi kiirtás maradandó nyomának elkerülése végett megkisérelték a vaccina-kezelést *(Stein, Biberstein)*, röntgenbesugárzást *(De Blasio, Lenk)* és főleg a fiatalkori alakban a suggestiót *(Memmesheimer, Vollmer)*. Újabban a diathermiás coagulatiónak, illetőleg exsiccatiónak is sok híve akadt. Végleges eredményt azonban egyik conservativ gyógymód sem ad. A viszonylagosan kövés tökéletes gyógyulás, illetőleg a gyakori kiújulás végül egyes esetekben mégis szükségessé teszi a késsel történő végleges eltávolítást, mely főleg a v. vulgaris és senilis csoportjában látszik ajánlatosnak. Megállapítható ugyanis, hogy bizonyos esetekben a szemölcsök rákosan átalakulhatnak. Ezen átalakulás természetesen megfelel minden hámeredetű szövet rosszindulatú átalakulási lehetőségének. A tapasztalatok alapján rendszerint csak az öregkori szemölcsök válnak néha rosszindulatúvá *(Baló)*, különösebb ok nélkül *(Martenstein)*, alkalomszerűen *(Ewing)*, néha csak huzamosabb ideig tartó szöveti izgalom után *(Montgomery-Doerffel)*.

A II. számú sebészeti klinika 8 éves anyagából 125 szövettanilag is kórismézett esetet gyüjtöttünk össze. 33 v. juvenilist, 37 v. vulgarist és 55 v. senilist találtunk. 114 ízben excisiót, 11-szer excochleatiót végeztünk. Utóbbiak közül 5 kiújult és végeredményben ezeket is késsel távolítottuk el. Vaccinatiót, suggestiv kezelést nem alkalmaztunk. Véglegesen ellátott betegeink mind meggyógyultak. A szemölcsök kölesnyi-babnyi nagyságban a háton (9), a nyak-arcon (15), a mons pubison (3), a lábon (23) és a kézen (75) fordultak elő. A betegek kozmetikai szempontok, fájdalom és a szemölcsök erősebb növekedése miatt keresték fel klinikánkat. Az általában megszokott rendes szöveti kép mellett 7 esetben észleltük a verrucák rosszindulatú rákos elfajulását, melyek verruca vulgaris (4) és v. senilis (3) klinikai kórisme után kerültek szövettani vizsgálat alá.

Eseteink a következők:

1. S. N. 34 éves nő. V. vulgaris dorsi. Másfél éve fennálló szemölcs. Kimetszés. A szöveti képen a kimetszett területen a hám megszélesbbedik, közepén folytonosságában megszakad. Sejtdús infiltratum között a basalis réteg erős szaporodása látható sejtoszlásokkal. Diagnosis: Ulcus rodens. A kiirtott területben 1 év multán helyi kiujulás. Újból kimetszés. Kórjelzés: Cc. basocellulare. Azóta panaszmentes.

2. H. J. 35 éves nő. V. vulgaris nasi. 8 éves szemölcs, mely 4 hónap óta növekszik. Kimetszés. Diagnosis: Cc. basocellulare.

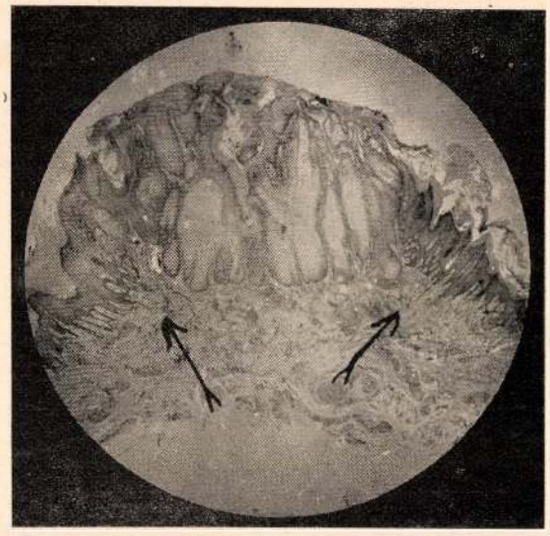
3. Sz. J. 47 éves férfi. V. vulgaris m. pubis. Évek óta fennálló szemlöcs, mely fél év óta tetemesen növekszik. Kimetszés. Diagnosis. Cc. spinocellulare. Többszörös sugaras kezelés. Panaszmentes.

4. P. J. 57 éves nő. V. vulgaris r. scapulae. Régen észlelt szemölcs, mely egy év óta lassan növekszik. Kimetszés. Diagnosis: cc. spinocellulare. A kiirtás után fél évvel gyorsan növekvö kiújulás, melynek eltávolításába nem egyezik bele. Fél év óta arcán lévö 1 verrucája is nagyobbodni kezd.

5. T. L. 69 éves férfi. V. senilis radicis nasi. Évek óta fennáll, kb. 4 hónap óta növekszik. Kimetszés. Szöveti lelet: a többrétegü hám a felszín felé szemölcsszerüen kiemelkedik, de csapok alakjában a mélybe is burjánzik. Itt a basalsejtekhez hasonlit és önálló fészkeket is alkot. Diagnosis: Cc. basocellulare. 4 évig nem újult ki. (1934-ben tüdögyulladásban meghalt.)

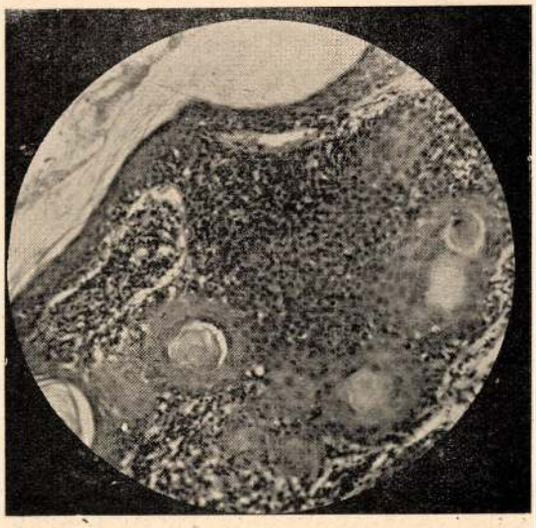
6. H. J. 70 éves nő. V. senilis colli. Kb. 15 éve fennáll, fél év óta növekszik. Kimetszés. Szöveti lelet: vastag szarúréteg. A hám a mélybe vastag csapokat bocsájt, melyek az izomrostig leérnek. Önálló hámfészkek; néhány magoszlás is található. Diagnosis: cc. planocellulare. További sorsa ismeretlen.

7. Sz. F. 76 éves nő. V. senilis dorsi manus. 4 éve észleli, utóbbi időben lassan növekszik. Kimetszés. Szöveti lelet: a hám



1. ábra. Az eltávolított szemölcs. (Kezdődő rosszindulatú elfajulás.)

2. ábra. Az eltávolított kiujulás. (Kis nagyítás.)



3. ábra. Cc. basocellulare. (Nagy nagyítás.)

körülírt helyen megvastagodik, a felszín fölé emelkedik, a kötőszövet felé pedig vaskos csapok alakjában halad. Néhány magoszlás; mintha egy verruca kezdődő elfajulása volna. 3 év múlva ismeretlen okból meghal. — A mütét után 1 évvel helyi kiújulás, amit eltávolítottunk. Ezután többé nem jelentkezett.

Hét rosszindulatúan elfajult esetünk összes betegeink 5.6%-át teszi. A 4 v. vulgaris 3.2%-ot, a 3 v. senilis 2.4%-ot jelent az észlelt összes esetekhez viszonyítva. Ez a szám rendkívül nagynak látszik. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk azonban azokat az esetek sem, melyek nem kerültek szövettani vizsgálat alá, azok látszólag tökéletes jóindulatusága miatt. Ezeket tekintve véleményünk szerint a százalékos aránynak csökkennie kell, de még igy is tulzottnak tünik fel. Valószinü, hogy a szemölcsök rosszindulatu elfajulásának száma megegyezik a más, eredetileg jóindulatú hámdaganatok között észlelt elfajulások számával. Ily, viszonylagos kisszámú eset statisztikája természetesen erre pontos adatokat nem szolgáltathat, a rosszindulatuvá válás száma a fentiek tekintetbe vételével mégis kb. 2%-ra tehető. Ez az arány is jelentős, ha figyelembe vesszük, hogy ezen tulképződmények viszonylagosan a legjobb indulatu daganatok közé tartoznak, rendszerint kórosnak nem mondhatók, néha alig észlelhető szöveti izgalom eredményeként támadnak és mégis elrákosodhatnak. Összeállításunkban a v. juven. rákos átalakulását nem észleltük, ez csak a meglett és idős korban jelentkező szemölcsök között fordult elő. Betegeink életkora 33 évtől 76 évig terjedt, klinikai kórisménk pedig a 3 fiatalabb betegen v. vulgaris, illetőleg a 3 idősebb betegen v. senilis volt. Ha feltesszük is kórokozónak a filtrálható virust, mégis valószinünek látszik, hogy a meglett, illetőleg idősebb korban jelentkező szemölcsök elfajulásában a hámszövet ismert általános megváltozása is jelentős szerepet játszik. Ezt a bőr egyszerü körülirt hámszaporulatainak főleg az idősebb korban történő, különösebb ok nélkül való gyakoribb keletkezése már maga is jelzi. A hámelemek pótlása és fejlődése eltér a rendes iránytól éppen a meglett korban, mikor a hámszövetben a — mondjuk — élettani regressiv elváltozások megjelenése észlelhető. Feltevésünket támogatja talán az is, hogy a v. juvenilis a szöveti képen csak körülirt, egyszerü hámszaporodás, mig az időskori szemölcsök leggyakrabban az u. n. hyperkeratotikus alakban jelentkeznek. A két különböző korban jelentkező szemölcsök közti különbséget mutatják a különféle gyógyító kisérletek eredményei is. A vaccina és suggestiv kezelés főleg fiatalabb korban, gyermekeken sikeres; itt magától beálló gyógyulást is észleltek. A v. vulgaris és senilis ezen kezelési módoknak rendszerint ellenáll, sőt ha az eltávolításuk nem teljesen gyökeres, igen gyakran ki is ujul. Már talán ez is mutatja, hogy a verruca juven. kóroktanában inkább ideges befolyások, hormonalis megváltozások (serdülés), mig a többiben a hámelemek mélyrehatóbb fejlődési zavara szerepelnek. Ilyen módon nagyobb lehetőség nyilik ezen képződmények rosszindulatu átmenetére.

Ami eseteink méltatását illeti, a 3 v. senilis kórismével műtétre került betegünk daganata górcső alatt kétizben a szemölcsök hyperkeratotikus typusához állott közel, a 76 éves betegnél azonban inkább a v. vulgaris képét láttuk.

A legfiatalabb betegünkön (34 é.), kinek a hátán lévő szemölcsét távolitottuk el — kórszövettani kép szabályos ulcus rodenst mutatott, klinikai kórisménk pedig v. vulgaris plana volt. Mind a 7 beteg rövidebb-hosszabb ideig viselte egyszerünek látszó szemölcsét és csak ezek egy idő óta feltünő növekedése késztette orvosi vizsgálat elvégzésére. Ami a carcinomák alakját illeti, két ízben spinocellularis, két ízben planocellularis (egy a rosszindulatuság kezdetén, de annak határozott jeleivel), két basocellularis és egy ulcus rodens alakot észleltünk. Betegeink közül kettő más betegségben halt meg, egynek sorsa ismeretlen. 3 betegünkön kiujulást is észleltünk. Ezek közül egy a kiujulás kiirtása után egészségesen maradt, a másik a kiujulas eltávolításába nem egyezett bele, bár az arcán lévő egy másik szemölcse is a kiujulás óta határozott növekedést mutatott. Megemlíthető még, hogy betegeink közül 5 nő volt (71.4%).

A rákossá vált szemölcsöknek kedvenc helye nincs. Mi a mons pubison, kézen, nyakon és kettőt-kettőt a háton orron találtunk. *Baló* legtöbbször az arcon lévő időskori szemölcsökon látott rosszindulatuságot. Ugyanő találta azt is, hogy a rákos betegek 75.7%-ában a test különböző részein szemölcsök találhatók, mig a nem rákosokon csak 45.3%-ban. A szemölcsös betegek 30.1%-ában talált a szervezetben másutt rákot. Ilyen szempontból mi 5 rákosan elfajult szemölcsü betegünket vizsgáltuk át, a többiektől csak levélbeli választ kaptunk. 23 beteg értesitése volt értékelhető. Mind ezekben, mind az általunk fentebb észlelt 5 esetben a szervezetben másutt rákos elváltozást nem tudtunk találni. Ezzel szemben a klinikai anyagunkban észlelt 20 rákos betek közül 9-en (45%) a szemölcsök meg voltak találhatók. Bár lehetséges, hogy a papillomák, verrucák, naevusok gyakori kisérői a szervezet egyébb rákos betegségének *(Auler)*, illetőleg, hogy a rákos beteg szervezetének általános reactiójaképen történnek néha bizonyos, talán könnyen a rosszindulatúság felé hajló elváltozások az egyéb helyeken fennálló hámburjánzásokban, mégis törvenyszerüséget talán erre felállítani az eddigi adatok alapján nem lehet. A rákosan elfajult szemölcsök ilyen összefüggésére pedig az irodalomban adatokat nem találtunk. Saját eseteinkben tárgyilagosan megállapított, más helyen lévő rákos megbetegedést észlelnünk nem sikerült, sőt erre gyanu sem támadt. Mindenesetre nem nagy a lehetőség a rosszindulatú átmenetre, sőt átalakulásuk után is viszonylagos jóindulatuságról beszélhetünk, ha anyagunk ilyen megállapitást megenged. A betegség közvetlenül halált nem okozott, a közvetett halált két meghalt betegünk esetében sem tudtuk kimutatni. Ilyen megfigyelésről az irodalmi adatok sem szólnak.

A gyógyitásra vonatkozólag tehetünk külömbséget az ifjukori és egyéb szemölcsök között. A v. juvenilisnél megkisérelhető — az irodalmi adatok alapján — a vaccinatio illetőleg a sugalmazó kezelés bárminő alakja. A v. vulgaris kezelése megfelelhet a bőr valódi daganatai kezelésének. Ha lehetséges, a késsel való kiirtást javasoljuk; (ez a mód a szövettani ellenőrzésre is alkalmas) vagy erélyes diathermiás coagulatiot. Ha ezek akadályokba ütköznének, szóbajöhet sugaras kezelés, azonban erélyes, valódi daganatnak megfelelő adagban. Ha a várt javulás erre nem következik be, ajánlatos a mielőbbi excisio. Öregkori szemölcsök esetében is — hol a kozmetikai szempontok teljesen mellőzhetők — a legmegfelelőbbnek a sebészi kiirtás látszik. Utóbbi két esetben az excochleatio a tapasztalatok alapján nem mindig jár tökéletes gyógyulással, a kiujulás gyakoribb.

Összefoglalás. A szemölcsök, mint hámeredetü képződmények képesek rosszindulatu elfajulásra. Ez főleg a v. vulgaris, illetőleg v. senilis kapcsán fordul elő és nem gyakoribb más hámeredetü daganat elfajulásánál.

A rosszindulatu alak különböző fajú rákká válhat, melyek azonban viszonylag jóindulatúak.

Sem a rosszindulatúan elfajult, sem a szokványos szemölcsök és a szervezet egyéb rákos betegsége között közelebbi és törvényszerü összefüggést nem találtunk.

A m. kir. 8-s sz. honv. és közr. helyőrs. kórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztály-orvosfőnök: Sereghy Emil ezredorvos.)

Az izületi zuzódások és rándulások kezelése.

Irta: *Sereghy Emil dr.* ezredorvos.

Ha azok az erőbehatások, amelyek töréseket, ficamokat okoznak, kisebb fokuak, illetőleg kevesebb ideig hatnak, vagy a sérult csont- és szalagrendszere ellenállóbb, — zúzódások, rándulások jönnek létre. Bár a zúzódás és rándulás keletkezésének módjában lényeges különbség van, gyakran együttesen fordulnak elő, ekkor egyszer a zúzódásos, máskor a rándulásos tünetek vannak túlsúlyban.

Míg zúzódást tompa erőnek az izületi tájékra közvetlen behatása (esés, ütés) okozza, — addig rándulás többnyire közvetett erőbehatásra keletkezik az izület túlzott mozgása következtében vagy ha az izület a csont révén egy távolabbról ható erőnek ütközőpontja lett pl. nyújtott karral kézreesés a vállizületben vagy nyújtott alsó végtaggal talpra esés a csipőizületben okozhat rándulást, — tehát a rándulások keletkezési módja ugyanolyan, mint amilyen a ficamokat okozza.

Az izület zúzódásai és rándulásai alkalmával sérülhet az izület rostos tokja, a synoviális vagy, a szalagok, inak, izület körüli nyálkatömlő, — de míg zúzódáskor a környező lágyrészek: bőr, bőr alatti kötőszövet, izomzat sérülése nagyobb és ezek duzzanata gyakran fedi az izületi vérömlenyt, — addig ránduláskor az izületi elváltozások vannak előtérben az egyéb lágyrészsérülésekkel szemben és erős nyomási fájdalmat válthatunk ki az izületi tok és szalagok szakadásainak helyén. A mozgás mindkét esetben fájdalmas és gátolt, de passzive legalább részben végbevihető. Mindkettő szövődhetik apró csontrepedésekkel, kis csont-porcdarabkák lerepedésével, az izületi porc beszakadásával, izületi törésekkel. Ezek a szövődmények igen változatosak, részletes tárgyalásuk messzire vezetne.

Izületi rándulás, zúzódás esetén, ha nagy duzzanatot vagy erős körülírt nyomási érzékenységet találunk, ne mulasszuk el kétirányu röntgenfelvétel készítését (kétirányut a váll- és csipőizületnél is) és ha a beteg panaszai 3—4 hét mulva túlnyomórészt nem szüntek meg, ujabb felvételt csináltassunk. Nem egyszer csak a második felvétel mutatja meg az apró csont repedéseket, lerepedéseket, izületi egereket, melyek az első felvételen a nagy vérömleny miatt nem voltak láthatók.

Vállrándulás esetén nyomásra körülírt fájdalmat válthatunk ki a lapocka hollónyulványán (proc. coracoides) és a kétfejü karizom inának megfelelőleg (sulcus bicip. med.), zúzódásnál pedig az erő behatása helyén. Az izületi vérömleny kicsi az erős izomzat és a lágyrész duzzanat elfedi. A beteg a karját vízszintesig nem, vagy nehezen tudja magától felemelni, de ha mi a vizszintesig felemeljük, azt maga tovább emeli.

Nagyfokú vállrándulás, zúzódás alkalmával vállizületet abductiós helyzetben rögzitjük, ami az összes izmok középállásának felel meg, a vállat borogatjuk és a csukló, könyök és ujjak activ mozgatását állandóan gyakorolhatjuk. Az izületi vérömlenynek szúrócsapolással leeresztésére nem szokott sor kerülni. A beteg izületnek ilyen rögzítését mindaddig fenn tartjuk, míg a beteg felkarját magától is a vizszintesen túl (130—140 fok) tudja emelni, ami 1—2 hét, legfeljebb 3 hét alatt rendesen bekövetkezik. A vállizület activ mozgatását a nagyobb fájdalom szünésével engedjük meg, rendesen az első hét végén vagy, a második hét elején. — Könnyebb esetekben az abductiós sínt, — ha a beteg alvását erősen akadályozza, éjjelre levehetjük. A 2. esetleg 3. héten megkezdjük a betegnek 30—35° vizben fürdetését, mikor a beteg eleinte úszómozgásokat végez egy helyben, később úszik, majd tornázik bottal, vagy csigára erősített kötélbe kapaszkodva. Ha közben spontán vagy nyomási fájdalom újra jelentkezik, a fürdetést, tornázást néhány napra abbanhagyjuk. Óvatos mélyhő kezelés jó hatással van, de többnyire szükségtelen. Massaget, Zandert, iszapot a friss rándulás, zúzódás kezelésében nem alkalmazunk, legfeljebb hónapok multán teljesen megnyugodott, fájdalmatlan esetekben, akkor is igen óvatosan, és a legkisebb fájdalom esetén rögtön abbahagyjuk.

Az adductiós helyzetben rögzítés igen káros, és főleg idősebbeken nehezen helyrehozható zsugorodásokat okoz; a korán alkalmazott passziv mozgatás, iszapkezelés és massage pedig igen fájdalmas gyuladásos tüneteket válthatnak ki. Ezek után a helytelenul kezelt válizúzódások, rándulások után sokszor olyan erős zsugorodás fejlődik ki, hogy a beteg felkarját oldalfelé emelni egyáltalában nem tudja, sőt ezt a mozgást passive mi sem tudjuk elvégezni, a beteg felkarját csupán előre és hátra tudja kisfokban emelni és kevéssé forgatni, a többi mozgást a lapocka mozgásával igyekszik pótolni. A Röntgenfelvétel többnyire a csontállománynak súlyos heveny foltos sorvadását (Sudeck) mutatja; régi, elhanyagolt esetekben egyenemű sorvadást is láthatunk, ami a gümőkórhoz nagyon hasonlít.

A merev felkart abductiós sinnel, fokozatosan emeljük el a törzstől, néha 2—3 hónap is eltelik, mig a felkar rendes mozgását elérjük. A vállra amellett borogatást tesszünk, a váll activ mozgatását is sokkal később engedjük meg, mint friss esetekben.

Egy 19 éves igen erős izomzatú beteget lapockanyakrepedéssel szövődött, nagyfokú vállzúzódás után teljes merev vállal szállítottak osztályunkra, a merevséget a felkarnak helytelen adductiós helyzetben való 6 heti rogzítése okozta. Bár, a fenti kezelést a legóvatosabban végeztük, a később megkezdett activ mozgásokat több izben 4—7 napra meg kellett szakitani, hogy az újra jelentkező fájdalmak csillapodjanak; csupán 3 nó mulva tudta betegürk felkarját 140 fokra felemelni. Néhány igen elhanyagolt (4—6 hónapos) esetben narkózisban hoztuk több alkalommal végzett, lassú, óvatos húzással 90 fokos abductióba a felkart és helyeztük igy sinbe, csak több heti nyugalom és borogatás után a fájdalom szünésével kezdtük meg a váll activ tornáztatását és a fürdést.

A könyökizület zúzódásainak, rándulásainak kezelése a térddel együtt okozza a legtöbb gondot a sebésznek; előző a merevedésre való hajlammal, utóbbi a nagy izületbe mindig meggyülő savógyülemmel. Könyökránduláskor rendesen az izületitok és a szalagok sérülése helyén van a fájdalmas duzzanat, mely miatt a beteg a megfelelő mozdulat utolsó részét a fájdalom miatt nem végzi. A könyök rendellenes mozgathatósága ritka, ellentétben a térdelel, ahol az oldalszalagok elszakadása esetén könnyen X vagy O helyzetben hozhatunk létre. Az izületi vérömleny szúrócsapolásos kiürítést nem szoktunk végezni. — Zúzódás esetén gyakran hatalmas duzzanat keletkezik, a vérömleny és vizenyő nemcsak a bőralatti kötőszövetben meg az erős izomzatban (biceps, brachialis) támad, hanem az inakat is körülveszi.

Bőhler nagyfokú könyökrándulás vagy zúzódás esetén az izületnek derékszögben gipszsinnel vagy körkörös gipsszel rögzítését végzi a váll, csukló és ujjak activ mozgatásával mindaddig, míg a duzzanat fel nem szívódik és a könyök mozgatása vissza nem tér. *Bőhler* módszerére eredményeink határozottan jelentősen megjavultak a régebben végzett túlactiv kezeléssel szemben, amikor a könyök passziv mozgatását, fürdetését, masszirozását 5—6

nappal a sérülés után megkezdtük és ha az izületi mozgások nem javultak, többször altatásban mozgattuk az izületet. Mig gyakran altatásban bizonyos ellenállás leküzdése után a könyököt jól tudtuk hajlítani, nyújtani, következő napra a duzzanat erősen megnövekedett és nagyon fájdalmas lett — akárcsak a nem altatásban végzett erőteljes passziv mozgatás után — és a beteg minden mozgatási kisérleteknek kétségbeesetten ellenállott. E kezeléssel nagy zúzódások, rándulások után a könyök merevsége gyakori volt, melyet sokszor nem is annyira az izület, hanem a környező lágyrészek zsugorodása okozott nem egyszer láthattuk csontképző izomgyulladás (myositis ossificans) kifejlődését.

A sérült izmokból, inakból és izületekből igen sok inger indul ki, mely reflectorikus úton tonusfokozódásra, végül fokozatosan merevedésre vezet. Emellett szól az a tapasztalat, hogy olyan esetekben, amelyekben a reflexív érző része sérült (tabes, syringomyelia) az izomzat minden ingertől ment maradván az izület mozgékonysága — hacsak bonctani elváltozással nem volt szövődve, — az izületi vérömleny felszívódása után teljes egészében helyreállott. *Sauerbruch* helyretett ficam után pár napig, izületi törés után 2—3 hétig 60 fokos helyzetben gypssinnel rögzíti az izületet, utána Kramer-sinben végzi a rögzítést és a könyököt borogatja. Az activ mozgatást 4—5 hét mulva kezdi. A kezelés tartama rendesen 2—6 hónap.

Osztályunkon nagyfokú a könyökrándulás, zúzódás után derékszögben az alkar középállásában (pronatiós és supinatiós helyzet között) gypssinnel rögzítjük az izületet és míg egyrészt a beteggel a váll, csukló és ujjak mozgatását végeztetjük, másrészt igen nagy duzzanat esetén a beteget ágyba fektetve, karját a sínnel együtt az ágy végére felszerelt állványra függőlegesen felfüggesztjük. A szomszédos izületek activ mozgatása a vér-, nyirokkeringés javítása révén gyorsítja a vérzéses duzzanat felszívódását, amit a felkar függőleges helyzete még jobban elősegít és megakadályozza a rugalmas elemek elsorvadását. Átlag 2 hét alatt a duzzanat jelentékeny része felszívódik, akkor megtapintva az izmokat, inakat, bennük sokszor kemény kötegeket, csomókat találunk. Ha az izület fájdalmassága lényegesen csökkent, megkezdjük az óvatos, activ mozgatást, a könyöknek a Bier-féle pangásos kezelést, utóbbit eleinte napi 1—2 órára, majd az időtartamot óvatosan növeljük 4—6 órára. Ha a Bier-zéstől a végtag duzzanata növekednék, 1, esetleg 2 hétre elhagyjuk. *Rabl* és *Bernhardt* szerint Bier-pangás következtében a szövetek szénsavfeszültsége növekedik és a helyi acidosis segíti elő a merevség oldódását. Az acidosis mellett, véleményem szerint igen nagy szerepet visz az is, hogy a visszérrendszernek vérrel túltelődése folytán a kis erek falai tágulnak, rugalmasságukat visszanyerik, továbbá savó vándorol ki alakelemekkel a szövetekbe, amelyek így folyadéklökést (Wasserstoss) kapnak és ez a szervülésnek induló vérömleny fellazulását, felszívódását elősegíti. A 2. héttől a beteg 30—35 C°-os meleg vízmedencében mozgatja karját. Rendesen a 3. héten kezdjük a beteget rendszeres tornáztatását. Passiv mozgatást, massage-t egyáltalában nem alkalmazunk. Ha közben a könyök fájdalmassá válnék vagy a duzzanat nőne, pár napos pihenőt kell közbeiktatni. Amióta az activ tornázás mellett a Bier-féle kezelést redszeresen alkalmazzuk, — ha az izület mozgását bonctani elváltozás nem akadályozza — merevséget a legsúlyosabb esetekben sem láttunk.

Egy 21 éves katonának könyöktáján ágyúkerék ment keresztül, egész karja megduzzadt és belső bütyökrepedéssel szövődött nagyfokú könyökzúzódás keletkezett. A bőr kétoldalt 1—1 gyermektenyérnyi területen elhalt, az alatta lévő vérömleny fertőződött (40 C° láz). 3 héttel az elhalt bőr helyére a hasról nyeles bőrlebenyt ültettünk át. 6 hétre kezdtük meg a könyök activ mozgatását és a Bier-pangásos kezelést, mely után a könyöknek legnagyobb hajlítása 80 fok, legnagyobb nyújtása 150 fok volt. A 10. héten kezdtük meg az óvatos Zander-kezelést, a 14. hétre a beteg könyökének teljes mozgását visszanyerte, csupán a forgatás maradt csökkent.

Mélyhőkezelést óvatosan lehet végeztetni, bár jelentékeny javulást nem láttunk tőle. A Zander-kezelést a 3. hónapban kezdjük meg, de ha duzzanat, vagy fájdalom jelentkeznék, rögtön abbahagyjuk.

A csukló rándulása és zúzódása többnyire együtt fordul elő, a vérömleny a feszítő inak külső oldalán, nem egyszer az inhüvely lefutásának megfelelően jelentkezik, amelyet különösen zúzódás esetén az egyéb lágyrészek duzzanata fed. Körülírt fájdalmat válthatunk ki az erőbehatás, illetőleg az izületi tok és a szalagok szakadása helyén. A csuklót nagyfokú rándulás, zúzódás után gypssinben rögzítjük 1—3 hétig a szomszédos izületek activ mozgását rögtön megkezdjük, nagy duzzanat esetén a kezet erősen felpolcoljuk. A kéztőcsontok repedése, törése gyakori szövődmény, erre mindig gondoljunk.

Az újjak rándulásai, zúzódásai az ismert képet mutatják, a sérült ujjat félig hajlított helyzetben 1—2, esetleg 3 hétre rögzítjük, a csuklót, a többi ujjakat mozgattatjuk a beteggel. A rögzítés elhagyása után a sérült ujj teljes mozgathatóságát hamar visszanyeri, csak ritkán marad hosszabb ideig tartó duzzanat és mozgás korlátozottság vissza. Az ujjak rándulásai, zúzódása sokszor szövődnek repedésekkel, törésekkel.

Legvédettebb izületünk a csípőizület; zúzódása, rándulása aránylag nagy erőhatásra jön csak létre. A környező lágyrészekben nagy vérömleny keletkezik, az izomtapadások, szalagok sérülése helyén a fájdalmasság hosszabb ideig fennmaradhat. Az izület szúrócsapolására nem szokott sor kerülni. Fektetéssel, borogatással a beteget hamar lábra állítjuk, az alsó végtagot eleinte a testsúly megterhelése nélkül fekvő helyzetben mozgattatjuk, később fürdőmedencében járatjuk.

A térdzúzódás igen gyakori sérülés, a laza bőr alatti kötőszövetben sokszor nagy vérömleny keletkezik, ami fektetésre, borogatásra hamar felszívódik; lassabban szívódik fel az izületi nyálkatömlők vérömlenye. Leggyakoribb a térdelőtti nyálkatömlő vérömlenye, amelyet gyakran szúrócsapolással ürítünk ki, utána szorítókötést alkalmazunk. A nyálkatömlő fala az erőbehatástól, vagy később a feszüléstől megrepedhet, ekkor tartalma a környező laza kötőszövetbe ürül és hamar felszívódik.

Egy esetünkben a térdkalács előtti nyálkatömlő savógyüleme a tractus iliotibialis felé áttörve leterjedt a nagy bőnyének külső izomközti válaszfaláig (septum intermusc. lat.), ahol egy másik tojásnyi nyálkatömlő képződött, a két nyálkatömlőt 6 cm. hosszú járat kötötte össze, az egyik nyálkatömlőből a másikba a savógyülemet enyhe dörzsölő zörej kiséretében nyomhattuk át. — Mindkét nyálkatümlőt az összekötő járattal együtt műtét útján távolítottuk el.

Sokkal nagyobb jelentőségűek magát a térdizületet érő zúzódások, melyek gyakran rándulással társulnak, azaz az izületi toknak és szalagoknak sérülésével. A térdizületben jelentékenyebb friss sérülés után vér-, régebbi sérülés után savógyülemet találunk. Az izületi vérömleny rendesen napokig, néha hetekig folyékony marad, máskor részben vagy teljesen megalvad, utóbbi leghamarabb kiterjedt izületi tokszakadással, főleg csonttöréssel (térdkalács) szövődött sérülések esetén keletkezik *(Reichel)*.

Térdrándulaskor az izületi vérömleny mellett az izületi tok és szalagsérülés helyén nyomásra fájdalom váltható ki; a rándulások gyakran szövődnek porc, vagy csontdarabka leszakadással, izületi porcsérüléssel. Az oldalszalagok elszakadása esetében az erős nyomási fájdalom és a jelentékeny izületi- és izületkörüli vérömleny mellett az izületnek rendellenes oldalfelé mozgathatóságát (X, O térd) láthatjuk. A térd keresztszalagjainak (lig. cruciatum) elszakadása igen súlyos sérülés, melynek műtéti pótlása a legnehezebb feladatok közé tartozik.

A térdizületi vérömlenyt régebben borogatással, meleggel, rögzítéssel, nyomókötésekkel igyekeztek felszívódásra birni. Nagy fordulópontot jelentett a vérömlenynek szúrócsapolásos lebocsátása; amit rendesen 1 héttel a sérülés után végzünk, majd borogatást alkalmazunk és rögzítjük a térdet. Ha a savó többször meggyül, punctió után ½—1 ccm. Klumsky-oldatot fecskendezünk az izületbe. *Willems* a szúrócsapolás után rögtön felkeleti betegeit; *Reichel* a sérülés napján ajánlja a vérömleny lebocsátását; *Lange* a vérömleny lebocsátása után a térdhez ideálpolyával egy ½ cm. vastag filzdarabot erősít, melynek közepén a térdkalácsnak megfelelő helyet kivágja.

Osztályunkon újabban a térdizületi vérömlenyt a sérülés napján szúrócsapolással lebocsátjuk, hogy az izületi tok ne táguljon ki és a jódot a bőrről gondosan lemosva rögtön szorító kötést helyezünk rá. A Langeféle filzsapkakötést úgy módosítottuk, hogy 22—25 cm. hoszú, 1 cm széles filzszalagot vágunk ki, azzal kör, vagy fordított U alakban körülvéve a térdkalácsot, mastisollal a bőrre ragasztjuk, majd elastoplasttal az izülethez szorítjuk. Minthogy elastoplast kötésünk a leggondosabb felhelyezés ellenére 2—3 nap mulva meglazul és az elastoplast drága, helyette ideálpólyát alkalmazunk, melyet többször használhatunk. A térdtájékot 1½ arasznyi területen bekenjük mastisollal, előbb felragasztjuk a filzszalagot, majd az ideálpólyát helyezzük fel, mely a mastisollal jól odaragad a bőrhöz és elsőrangú szorítókötés. A kötést háromnaponként cseréljük. A beteget a következő naptól kezdve járatjuk, a nyomás alatt lévő izületben a mozgás az ömleny felszívódását nagyban elősegíti. Eljárásunkat eddig 25 esetben alkalmaztuk, eddigi tapasztalataink a legjobb eredménnyel biztatnak.

Igen makacs, recidiváló térdizületi savógyülem esetén, melynek oka lehet focalis fertőzés, lues, a porc desquammativ elváltozása, torzító izületi gyulladás; 2—3 esetben az izületi tokon 1cm² ablakot vágtunk a belső vastus izom alatt *(Payr, Läwen)*, mellyel a savónak állandó levezetéséről gondoskodtunk. Eredményünk jó volt.

A bokaizület zúzódásai rendesen igen nagy duzzanattal járnak, melynek felszívódása nem egyszer hosszabb ideig tart.

A bokaizületnek a láb kifelé bicsaklásával (túlzott abductiós, illetőleg pronatiós helyzet) keletkezett belső rándulásai aránylag ritkábban fordulnak elő, mert a bokaizület belső oldalán lévő szalagok igen erősek és nagy erőhatások a szalagok helyett inkább a belbokát szakítja le; — ezzel szemben a láb túlzott befelé hajlítása következtében (adductio, illetőleg supinatio) előállott rándulások igen gyakran fordulnak elő. Mindkettő gyakran szövődik a kül- és belboka és lábcsontok töréseivel, repedéseivel. Ha a síp- és szárkapocscsontközti szalagok elszakadnak, a bokavilla kitágul és a sípcsont subluxatiós helyzetbe kerül. Ezt helyre kell tenni, utána az izületet 5—6 hétig körkörös járógypsszel rögzítjük. A boka-oldalszalagok elszakadása, a lábnak rendelenes X, vagy O állását hozhatja létre; ilyenkor a sérülés mechanismusával ellentétes helyzetben kissé túljavítva végezzük a rögzítést. Míg térdzúzódás és rándulás után a korai activ mozgást tartjuk célszerűnek —, bokarándulás és zúzódás esetén — különösen, ha nagy a duzzanat — 4—5 napig fektetjük a beteget. Ezalatt a térdet és ujjat mozgattatjuk és a sinnel rögzített, borogatással ellátott lábat az ágy végére erősített állvány segítségével 60—70 C°-ra emeljük a nap egy bizonyos szakára. A szorítókötés felhelyezése után engedjük a betegeket felkelni.

A láb és lábujjak zúzódása és rándulása után, ha nagy a duzzanat, a lábat felpolcoljuk, 5—7 nap múlva a betegek felkelhetnek, de szorító kötés alkalmazása mindig tanácsos.

A fenti eljárásokat természetesen csak nagyobb fokú zúzódások, rándulások esetén alkalmazzuk, kisfokúak után elegendő az izület borogatása és néhány napig tartó pihentetés háromszögű kendőben, sinben, vagy fektetéssel. Öt—hat nappal a sérülés után kezdhetjük el az activ mozgatást, esetleg fürdetést, alsó végtag sérülés után járáskor célszerű szorító kötés alkalmazása.

A székesfővárosi Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye. (Vezető főorvos: Flesch Armin egyetemi magántanár.)

Adatok a vizenyő étrendi gyógyításához.

Írta: *Flesch Ármin dr.* egyet. magántanár.

A vizenyők kezelésének irányelvei ma már eléggé átmentek az orvosi köztudatba. Tudjuk, hogy ezek a vizenyőt előidéző kórokok szerint változnak és hogy másképp járunk el a szív-, másképp a veseeredetű stb. vizenyők eseteiben, más az eljárás a glomerulonephritisekhez és más a nephrosisokhoz csatlakozó vizenyők alkalmával. Ez vonatkozik nem csupán az alkalmazandó gyógyszerekre, hanem az étrendre is.

A következőkben nem ezeknek a vizenyőknek orvoslásával foglalkozunk, hanem ki szeretném emelni a vizenyők egy csoportját, amelynek okát nem vezethetjük sem a szív megbetegedésére vissza, sem a vese valamely bántalmára, sem a v. portae rendszerére. A vizenyőknek ez a fajtája *a gyermekkori idült hasmenések, idült súlyos dysenteriák után* jelentkezik. Nagyobb csecsemőkön és a kis gyermekkorban u. i. észlelhetünk olykor olyan vizenyőket, melyek eredetét idült fertőzéses bélhurutokkal, többnyire idült dysenteriával kell kapcsolatba hoznunk. A kórelőzményben rendszerint az szerepel, hogy a gyermeknek hónapok előtt véres-genyes, nyákos székletei voltak, vagy vért esetleg nem is észleltek a székletben, csak nyálkás genyet. A híg székletek száma közben engedett, a felvétel alkalmával az esetek egy részében már csak három-négy, néha több a széklet száma, minőségük is javult, többször csaknem rendes, a gyermek azonban vizenyős, főleg az alsó végtagokon, olykor hasvizet is észlelünk az arc erős pöffedtségén kívül. A gyermekek általános állapota nagyon rossz. Az érlökés könnyen elnyomható, a szívhangok tiszták, de tompák. A vizelet rendszerint fehérjementes, alakelemeket nem tartalmaz.

Ezeknek a vizenyőknek gyógyítása régi idő óta sok gondot okozott nekünk. A gyermekek annyira leromlott állapotban kerültek hozzánk, hgy a vizenyők kezelésében szokásos eljárásokkal nem boldogultunk. Az első időben úgy törekedtünk eljárni, miként a veselobos eredetű vizenyők eseteiben szokásos. Erősen cukrozott teát, gyümölcslevet, stb. nyujtottunk, azonban nem értünk célt. A vizenyők nem tüntek el. A hasmenések sem javultak, sőt újból erősebb mértékben jelentkeztek. A gyermekek egy része nem is akarta rendszeresen fogyasztani a teát, gyü-

mölcslevet, úgy hogy többnyire elveszítettük a gyermeket. Húgyhajtók sem vezettek célra.

Ezen vizenyők okát nem tudjuk ugyan pontosan megmondani, mégis biztosra kell vennünk, hogy a hónapok óta tartó idült súlyos bélhurut folytán a szervezet hiányos tápláltsága, inanitiója forog fenn. Ennek előidézésében több mozzanat szerepel: a hosszantartó hasmenések, hányás, a nagyon rosz felszívódás, továbbá a rendszerint elégtelen táplálás; u. i. a nyujtott tápláléklkeverékek — kivált a most említett rossz felszívódás mellett — semmiképen sem fedezték a test felépítéséhez, a szervezet fenntartásához szükséges anyagoknak, fehérjének, zsírnak, vitaminoknak minimumát. Ezért a hosszú hetek, hónapok alatt kachexiás vizenyőhöz hasonló állapot fejlődik ki, melyet később részletezendő elgondolás alapján avitaminosisnak kell tartanunk.

Ez a gondolat vezetett minket már kb. 14 éve arra, hogy zsírban gazdag és vitamint is bőven tartalmazó táplálékot adjunk és erre nagyon megfelelőnek tartottuk a *Moro*-féle vajaspépet és vajastejet, már csak azért is, mert igen tömény tápszerek, kellemes ízük van és nagyon alkalmasak az ilyen gyermekek táplálására, akik általában nagyobb mennyiségeket elfogyasztani nem akarnak.

Rendszerint vajaspépet, némelykor vajastejet kezdtünk adagolni, 5×60—80 grammot, majd 5×100-at. A gyermekek többnyire nagyon szivesenették; majd burgonyát, főzelékeket és húst is beiktattunk. Végül a vajaspépes táplálások helyett is sorozatosan tejkeverékeket nyujtottunk és ilyen módon a gyermek korának megfelelő táplálkozásban részesült.

Eredményünk a legtöbb esetben nagyon szép volt. A gyermekek súlyukból az első időben veszítettek, olykor tetemesen, ami annak volt a következménye, hogy a vizenyő eltünt. Klinikailag is nagyon szembeötlő volt ez; az addig arcban, végtagjaikon pöffedt gyermekek napok (5—7—9—14 stb.) alatt szemlátomást megsoványodtak. A hasmenések is rövidesen megszüntek, sem nyálkát, sem vért nem tartalmaztak.

A súlyveszteségek nagysága ezen időszakban különböző volt: 200, 220, 500, 1150, 1350 gramm, stb., sőt több is Kezdetben nyugtalankodtunk is, hogy a súlyveszteségeket nem bírjuk megállítani, de egyszerre csak megfordul a súlygörbe, a gyermek fokozatosan gyarapszik, jobb a turgora és tonusa, közérzete napról-napra javul, mígnem rendes táplálás mellett elbocsátjuk. A súlygyarapodás a felvételi súlyhoz viszonyítva különböző volt. Egyik esetünk, melyet 4150 gr. súllyal vettünk fel és kezdetben 3930 grammig fogyott, három hónap alatt 8700 grammra emelkedett. Más esetben kisebb volt ugyan a súlygyarapodás, de még mindig nagyon szép; az egyik betegünk pl. 9400 grammról fogyott 8250 grammig, majd súlyban emelkedett és 10.300 grammal bocsátjuk el gyógyultan.

Igen sok esetben vizsgáltuk rendszeresen a vérsavó refractióját. A törésmutató mindig alacsony volt. Nagyon szépen követhettük ezen módszer segítségével, miként változik a vizenyő folytán hígabb vérsavó fokozatosan rendessé. Így egyik esetünkben, hol igen erős fokú volt a vizenyő, a felvétel alkalmával 1.34472, öt nap múlva 1.34526 volt a törésmutató, majd amidőn a vizenyők eltüntek és a gyermek súlyban szépen gyarapodott, újabb 16 nap múlva 1.34823, azaz már rendes.

A vérsavó törésmutatójának vizsgálata fontos abból a szempontból is, hogy miként állítsuk fel a kórjóslatot. Miként említettem, a gyermek fokozatos súlyvesztesége az első időszakban meglehetősen nyugtalanító és ha azt látjuk, hogy a súlyveszteség mellett a vérsavó törésmutatója még mindig nem rendes, akkor feltehetjük, hogy a fogyást még egyre a vizenyő vizének távozása okozza. Ha azonban a törésmutató már rendes és a gyermek mégis tovább fogy, ez amellett szól, hogy a beteg szövetveszteséget szenved el és így nyugtalanságunk indokolt. Egyes esetekben ilyenkor májkivonatot adagoltunk tabletta, vagy befecskendezés alakjában, esetleg vérátömlesztést alkalmaztunk. Nehéz eldönteni, hogy a súlygyarapodás megindulását ilyenkor ezen eljárásoknak köszönhetjük-e; a legfontosabb mindenesetre az, hogy *sikerült a súlyos vizenyős állapotot a zsírban, vitaminban dús táplálékkal megszüntetnünk és utána a gyermek végleges fölépülését elérnünk.*

Kérdés ezek után, mire vezessük vissza ennek a táplálási módnak kitünő hatását. Tudjuk, hogy *Moro* (Monatsschr. f. Kind rheilk. XVIII. 1920. 97.) atrophiás és különböző eredésű dystrophiás és dyspepsiás csecsemők táplálására ajánlotta a vajaspépet és vajasliszt levest. Eredményei egész fiatal csecsemőkön is nagyon szépek voltak. A zsír és szénhydrát kedvező arányának tulajdonít e tekintetben különös jelentőséget, mely a vajaspépben 1:1.9, a vajastejben 1:1.6, a női tejben 1:1.7.

Azóta elég kiterjedten adják kisebb-nagyobb módosításokkal is ezeket a tápszereket; mi is nagyon jó eredményeket láttunk, csak 6 hónapnál fiatalabb csecsemőknek nem adjuk, mert könnyen toxicosis fejlődhet ki, még abban az esetben is, ha kellő mennyiségű víz felvételéről gondoskodunk. Alkalmazásáról ilyen súlyos oedemák eseteiben eddig szó sem volt, s azt kell mondanunk, hogy meglehetősen tehetetlenek voltunk ezekkel szemben.

A jó hatást a zsírra kell visszavezetnünk, hasonlóan ahhoz, amiként azt a háborús vizenyők eseteiben felnőtteken (katonákon) is észlelhettük, akik a zsírban dús táplálásra vizenyőjüktől megszabadultak és meggyógyultak. Klinikai tapasztalatainkból tudjuk, hogy a zsírban dús táplálás alatt nagyobb a csecsemő immunitása, rózsás a bőr színe, feszesebb a zsírpárnája és — ami eseteinkre fontos — kisebb a szövetek víztartalma. A tehéntej zsírja u. i. nemcsak nagy kalóriaértékénél fogva fontos, hanem provitamin és vitamintartalma miatt is. Főleg ezért nagy biológiai jelentőségű a zsír, elsősorban a benne foglalt karotinoidok miatt, melyek az A-vitamin provitaminját teszik. A tehéntej zsírja az egyetlen forrás a mesterségesen táplált fiatal csecsemő számára, amelyből A-vitamint kap.

Idült hasmenések, vérhas esetén szokásos, hogy többnyire hosszú heteken át csak igen kevés tejet adnak erősebb hígításban nyákos keverékkel, vagy csak tiszta nyákot is, ami azután A-avitaminosisra vezet; az A-avitaminosis a hasmenést fokozza, ilyen módon a felszívódás is csökken; a vitamin-A mentes táplálás a bélben súlyos epithelelváltozásokat okoz, a bél átbocsátóképessége fokozódik és így a bél elveszíti ellenállását ártalmakkal és baktériumokkal szemben. Tudjuk, hogy ma az immunitás csökkenését A-avitaminosis esetén nem a megváltozott immunitási helyzettel magyarázzuk, hanem a fedőhám átalakulása folytán beállott resistentiacsökkenéssel (*Müller*). Érthető ezek után, hogy a zsírban dús táplálékkal nyujtott A-vitamin a bél epitheljének és a szervezetnek megújulására vezet. *A bél működése a fedőhám éppé válása folytán rendeződik, a zsírban gazdag táplálékra a szervezet vízben szegényebb lesz, a resistentia fokozódik és a fölösleges víz eltávozása után a szervezet felépítése megindul.*

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

A Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye.
(Vezető főorvos: Flesch Armin egyet. magántanár.)

Gyors pneumococcus-typus-meghatározások.*

Irta: *Bálint Sándor dr.* és *Czeti István dr.*

A tüdőlobok és más pneumococcus okozta betegségek kezelésében több helyen alkalmazott és bizonyos esetekben hatásosnak elismert gyógysavónak időben adagolása megköveteli azt, hogy a kórokozó pneumococcus-typust gyors úton, biztosan megállapíthassuk. Az eddig alkalmazott egéroltási, illetőleg agglutinatiós eljárások hosszadalmasak s ha a gyógysavó javalt, fontos, hogy minél előbb alkalmazzák.

A typus meghatározására nagyon alkalmasnak látszik *Neufeld* módszere és ezért ezzel végeztük alanti vizsgálatainkat. Módszerét a következőkben foglaljuk össze: A vizsgálandó beteg megköhögtetése közben vattapamacsot tartunk a gége fölé, a felköhögött váladék erre rátapad. Ezt a váladékot 1½—2 ccm 0.2%-os Na_2HPO_4-t tartalmazó bouillon táptalajban mossuk majd a bouillont 10 percig centrifugáljuk. A kapott üledékből 1 cseppet fedőlemezen 1—2 csepp typus-specificus nyulsavóval elkeverve és Löffler-féle alkalikus methylenkékkel megfestve függőcseppben vizsgáljuk. Positivitás esetén a Neufeld-féle duzzadási reactiót látjuk azzal a typus-specificus nyulsavóval, melynek a pneumococcus adott esetben megfelel. Ez esetben a pneumococcus tokja megduzzad és ezáltal az egész bakterium eredeti nagyságának többszörösére növekszik meg. Negativ reactio esetén a pneumococcus tokjának duzzadását nem tapasztaljuk és így a coccus nagysága nem változik. Az egész eljárás a köpet vételétől kb. 15—20 percig tart és egyszerű eszközökkel és módon végezhető el.

E módszer szerint 115 részint lebenyes részint gócos tüdőlobban szenvedő beteget és 26 olyan beteget vizsgáltunk akik nem tüdőlobbal állottak kezelésünk alatt.

Vizsgálataink eredményéről az alábbiakban számolunk be: Gócos tüdőlobban szenvedett 1 éven alul 40 beteg, 1—2 év között 16 és 2 éven felül 46 beteg.

Lebenyes tüdőlobja volt 1 éven alul 2 betegnek, 1—2 év között nem észleltünk és 2 éven felül 11 betegnek.

Az 1 éven aluli gócos tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tart.	31	beteg,	az össz.	vizsg.-nak	26.6%-a
II.	„	„	4	„	„	„	„	3.6	„
III.	„	„	2	„	„	„	„	1.8	„
IV.	„	„	3	„	„	„	„	2.7	„

Az 1 és 2 év közötti gócos tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tart.	12	beteg,	az össz.	vizsg.-nak	10.4%-a
II.	„	„	2	„	„	„	„	1.8	„
III.	„	„	1	„	„	„	„	0.9	„
IV.	„	„	1	„	„	„	„	0.9	„

A 2 éven felüli gócos tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tart.	33	beteg,	az össz.	vizsg.-nak	28.4%-a
II.	„	„	3	„	„	„	„	2.7	„
III.	„	„	4	„	„	„	„	3.6	„
IV.	„	„	6	„	„	„	„	5.4	„

Összegezve: a gócos tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tartozott	az	összes	vizsgáltaknak	65.4%-a
II.	„	„	„	„	„	8.1	„
III.	„	„	„	„	„	6.3	„
IV.	„	„	„	„	„	9.0	„

1 éven aluli lebenyes tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tartozót	nem	észleltünk					
II.	„	tart.	1	beteg,	az össz.	vizsg.-nak	0.9%-a
III.	„	„	1	„	„	„	„	0.9	„
IV.	„	tartozót	nem	észleltünk.					

1 és 2 év közötti lebenyes tüdőlobot nem észleltünk.

2 éven felüli lebenyes tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tart.	9	beteg,	az össz.	vizsg.-nak	7.6%-a
II.	„	„	2	„	„	„	„	1.8	„
III.	„	tartozót	nem	észleltünk					
IV.	„	„	„	„					

Összegezve: Lebenyes tüdőlobok közül:

I.	typushoz	tartozott	az	összes	vizsgáltaknak	7.6%-a
II.	„	„	„	„	„	2.7	„
III.	„	„	„	„	„	0.9	„

Ami az egyes typusokban észlelt szövődményeket — nevezetesen genyes mellhártyaizzadmányt és középfüllobot, — továbbá halálos lefolyást illet, a százalékos megoszlás a következő:

Mellhártya izzadmányt, ill. középfüllobot tapasztaltunk:

I.	typus	kapcsán	54.6%-ban
II.	„	„	6.3	„
III.	„	„	4.5	„
IV.	„	„	2.7	„

Agyhártyalobot szövődményként egy esetben sem találtunk. Ugyszintén egyik esetünk sem fejlődött általánas sepsissé.

115 esetünk közül 10 végződött halálosan, ebből:

I.	typus	halálos	végződéssel	6	beteg	5.4%
II.	„	„	„	3	„	2.7	„
III.	„	„	végződését	nem	észleltük	
IV.	„	„	végződéssel	1	„	0.9%

26 nem tüdőlobban szenvedő beteget vizsgáltunk, ezek közül 20 esetben sikerült a pneumococcust a Neufeld-féle eljárással kimutatni, a következő elosztásban: I. typushoz tartozott 8; a II-hoz: 6; a III-hoz: 4; és a IV-hez: 2 beteg.

Ha ezek után áttekintjük eredményeinket, látjuk, hogy *a legtöbb gócos tüdőlobot az I. typus, majd sorrendben a IV., II., illetőleg a III. typus okozták. A lebenyes tüdőlobra vonatkozólag a sorrend a következő: A legtöbb megbetegedést itt az I. typus okozta, utána következik a II. és III. typus.*

Bár a szövődményeknek és elhalálozásoknak absolut számá figyelembe véve az I. typus vezet a maga 11 mellhártyalobjával, 52 középfüllobjával és 6 elhalálozásával, mégis az I. typusnak nagy előfordulási százalékát figyelembe véve, viszonylagosan a II. typus mutatkozott a legrosszabb indulatúnak.

Vizsgálatainkat részben egéroltásokkal ellenőriztük és az itt nyert eredmények a Neufeld-féle eljárás megbízhatóságát és helyességét igazolják.

Összehasonlítva ezek után eredményeinket az irodalmi adatokkal, azt látjuk, hogy ezek egymás közt is igen eltérnek, sőt egyes szerzők eredményei éppenséggel ellenkeznek egymással és részben a mieinkkel sem egyezők. Ezzel szemben a németországi szerzők adatai és eredményei majdnem teljesen megfelelnek egymásnak.

Észleléseinket a német szerzők adatai annyiban támogatják, hogy a lebenyes tüdőlobok kórokozójául mi is kizárólag I., II., III. typusú coccust észleltünk, IV.-et azonban egy esetben sem. Vizsgálatainkban a II. typus rosszindulatúsága találkozik *Ishida, Iwao* japán és *Hazay* magyar szerző adataival.

*) A Magyar Gyermekorvostársaság 1937. évi nagygyülésén tartott előadás.

Erős, Gyüre és *Kramár* az I. typust, mint a septikus, gyorsan halálos végű tüdőlobok kórokozóját írják le. A II. typus — adataik szerint — a szokásos csecsemőkori gócos tüdőlob kórokozója. A III. typus az egy vagy a több lebenyre kiterjedő, rendszerint a mellhártyát is érintő typusos, lebenyes tüdőlobot idéz elő.

A németek közül különösen *Gundel, Kleinschmidt, Bock, Lippelt* és *Joppich* foglalkoztak pneumococcus typus meghatározásokkal. *Kleinschmidt, Gundel, Bock* és *Lippelt* a gócos tüdőlobok kórokozójául majdnem kizárólag az X., lebenyes tüdőlobok kórokozójául az I., II. és III. typust észlelték. *Joppich* 1937-ben megjelent nagy munkájában a fenti szerzők észleléseit nagyjában megerősíti, azonban feltétlen érvényességűnek nem fogadja el, mert mind a genyes mellhártyaizzadmánnyal szövődött lebenyes tüdőlobok, mind a lebenyes tüdőlobokhoz közel álló kritikus lefolyású, átmeneti tüdőlobok több esetében kórokozóul az X typust jelöli meg. Szerinte a kórokozó typusa a tüdőlob jellegét nem határozza meg. *Joppich* fiatal gyermekekből igen gyakran tüdőköpetet a vizsgálat céljaira szerezni nem tudott, ezért az egér ojtási eljárást vette igénybe. Nekünk ilyen nehézségeink nem voltak.

Gundel és *Schäffer* egészségesek 50%-ában találtak pneumococcust, *Gundel* az agyhártyagyulladás és hashártyalob kórokozójául főkép az I. és II., a középfüllob kórokozójául III. typust észlelte.

Ishida, Iwao, Hideo és társai egészséges gyermekeken végeztek vizsgálatokat és 25%-ban találtak pneumococcust. Beteganyagon végzett vizsgálataik szerint csecsemők és kisgyermekek gócos tüdőlobját főképen a II. typus okozza, ezt követi gyakoriságban a IV. typus. Lebenyes tüdőlob esetén a gyakoriság sorrendje I., II., IV. A többi grippés megbetegedésben a IV. typus volt az első helyen. — Legnagyobb halálozást a II. typus, legkisebbet az I. typus mutat.

Hazay 18 genyes mellhártyagyulladásos és hashártyalobos beteg genyes váladékában I. és II. typust mutatott ki.

Fairbrother genyes mellhártyagyulladásban szenvedő betegeiben 87%-ban I. typus volt a kórokozó.

Viktorov, Dombrovskája eseteiben a IV. typus uralkodik. Más szerzők adataitól eltérően még a lebenyes tüdőlobok 50%-ában is a IV. typust találta kórokozóul.

Összefoglalás:

1. A pneumococcus-csoport meghatározása a Neufeld-féle duzzadási reactióval minden esetben nehézség nélkül sikerült.

2. A gócos tüdőlob kórokozója legtöbbször az I. typusú pneumococcus volt, majd sorrendben a IV., illetőleg II. és III. typus következtek. Lebenyes tüdőlob esetén a sorrend a következő: A legtöbb megbetegedést itt is az I. typus okozta, ezt követte a II., illetőleg a III. typus.

3. Rosszindulatúság tekintetében az első helyen a II. csoport áll, ezt követik sorrendben I., IV., és III. csoportok.

4. A nem pneumoniás gyermekeken 76.9%-ban sikerült pneumococcust kimutatni.

Vizsgálataink meggyőztek arról, hogy a Neufeld-féle eljárással a pneumococcusok typusát gyorsan és biztosan meg tudjuk határozni. Ennek jelentősége a klinikus szempontjából azért fontos, hogy a typus specificus gyógysavót időben és eredményesen alkalmazhassa.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Klinikai és elektrokardiographiai vizsgálatok a „Veritol"-lal. *W. Klostermeyer* és *B. Jonsson.* (Klin. Wschr. 1937. 49. szám.)

Szerzők megállapítják, hogy a veritol therapiás alkalmazásakor (intravenásan és intramuscularisan adagolva) kifejezett vérnyomásemelkedés támad, mely a physiológiás határokat jóval meghaladja. A szer adagolása után átmenetileg rhythmuszavarokat észleltek. Elektrokardiographiás vizsgálatokat végezve kiderült, hogy rövid ideig tartó bigeminia, nodalis rhythmus, vagy pararhythmiák, esetleg elágazási blokk támad e szer hatására. Szerzők ebből a veritol-nak a szívizomra gyakorolt toxikus hatására következtetnek.

Frenreisz dr.

Az elektrokardiogramm a petefészekműködés zavaraiban. *D. Scherf.* (Klin. Wschr. 1938. 2. sz.)

A változás korában gyakran támadnak szív- és keringési panaszok és ugyanekkor az ekg.-on is gyakran állapíthatók meg jelentős elváltozások. Az S—T szakasz az isoelektromos vonal alá süllyed, a T-hullám ellapul, sőt eltűnik. Ugyanezen elváltozások fiatalkori ovarium-hypofunctio esetén is gyakran megtalálhatók. Folliculushormon adagolására szerző a fenti elváltozások teljes visszafejlődését észlelte. Az elektrokardiogramm fenti eltérései, melyek tulajdonképen a szívizom bántalmazottságára utalnak, biztosan magyarázva mindeddig nincsenek, valószínű, hogy csökkent coronaria-átáramlás okozza azokat.

Frenreisz dr.

A vér viscositása szívelégtelenségben. *D. Albers.* (Z. f. Kreislauff. 1937. 24. sz.)

A vér viscositásának egyrészt a keringés dynamikája, másrészt a vér és a szövetek közötti folyadékcsere szempontjából van jelentősége. Vizsgálatai szerint a vér viscositása decompensált szívbetegeken általában nagyobb. Ha a beteg egyben anaemiás is — az anaemia pedig a viscositást csökkenti — a vér viscositása a normalis értékek között ingadozik. Compensálódás esetén a viscositás csökken. Basedow-kórban szenvedőknél decompensált állapotban a viscositás nem volt nagyobb és a compensatio beállta kor nem csökkent. A viscositás csökkenésében valószínűleg szerepe van a vér széndioxyd-tensiója csökkenésének, az evvel kapcsolatos vörösvértesttérfogat megkisebbedésének, a plasma összes fehérjéje megkevesbedésének és talán az albumin-globulin-arány megváltozásának is. A viscositás csökkenése jó hatású a decompensált betegre. Viscositáscsökkenést okoz az ily állapotban végzett vérvétel, egyrészt a vörösvértestek megfogyatkozása révén, másrészt számításba jő decompensáltakor a venás nyomás csökkenése és ezzel karöltve a capillarisok tehermentesítése is. Míg a venás nyomás csökkenése átmeneti, a vérvétel viscositást csökkentő hatása 10—14 napig is eltart, annak dacára, hogy a vörösvértestek regeneratiója pár nap alatt befejeződik. Nem decompensált hypertoniásokon a viscositás csökkenése magyarázná az érvágás jó hatását, még abban az esetben is, ha a vérnyomás nem csökken. Fontos körülmény a vérvétel okozta diuresisfokozódás is. *Eppinger* feltevése szerint a vérviscositás csökkenésével a szövetnedvek resorptiója, az oedema felszívódása könnyebbé válik.

Gruber Zoltán dr.

Sebészet.

Állatkisérletek súlyos égések kezelésére mellékvesekéreg hormonnal és C-vitaminnal. *M. Einhauser.* (Klin. Wschr. 1938. 17. évf. 4. sz.)

Szerzőnek állatkisérletekkel sikerült igazolni, hogy a súlyos égések utáni tünetek megegyeznek a heveny mellékvesekéreghiány tüneteivel. Mindkét esetben fokozódik a szövetek víztartalma a vér rovására, amely konyhasószegénnyé válik. A konyhasóveszteség elökészíti a talajt az azotaemiára, a fehérje és zsíranyagcsere egyidejű zavarai pedig a diuresis alkadályozottságával kapcsolatban acidosisra és uraemiára vezetnek. A szervezet elveszíti azt a képességét, hogy a szövetekből vizet szabadítson fel. Ugyancsak mindkét esetben bekövetkezik a légzés és a hőszabályozás centralis zavara, valamint fokozott érzékenység mindenféle ártalommal szemben. Súlyosan megégetett és mellékvesekiirtott állatok boncolási leletei is nagy hasonlóságot mutatnak. — A mellékvesehormon élettani hatásának beható vizsgálatai kimutatták, hogy annak gyógyszerhatása megegyezik a B_1, B_2

és C vitamin hatásával. A kéreghormon és a C vitamin egymás hatását kölcsönösen támogatják. Ugyancsak állatkisérletekkel igazolja szerző, hogy a súlyos égések lefolyása lényegesen kedvezőbb, ha azokat mellékvesekéreg-hormonnal és C vitamin középnagy adagjaival kezelik. Kisebb mértékben, de mégis kedvezőbb volt a lefolyás akkor is, ha csak hormonnal, vagy csak vitaminnal kezelte az állatokat. Nagy C vitamin adagoktól jó hatást nem látott. A kedvező befolyás az állatok hosszabb élettartamában és a sebgyógyulás gyorsabb és simább lefolyásában nyilvánult.

Kisérletei alapján a nagyrokú égések után fellépő tüneteket nem tekinti többé a lehérjeszétesés által okozott mérgezés primaer következményeinek, hanem azokat a súlyosan megtámadott mellékvesekéreg működéskiesésének tulajdonítja. Ennek alapján ajánlja, hogy a súlyosan megégett betegeket kéreghormonnal és C vitamin középnagy adagjaival kezeljük és konyhasógazdag, káliumszegény szénhydratdiaetán tartsuk.

Körmendy-Ékes György dr.

Szülészet.

A terhességi toxaemia belső secretiós alapja. *J. J. Vorzimer, A. M. Fischberg, E. G. Langrock, E. M. Rappaport,* New-York. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

A toxaemiások alkati eltéréseit vizsgálták, mint amelyeket a belső secretiós szervekkel összefüggőnek tartottak. Ezek az asszonyok általában a következő különbségeket mutatták: A testsúly az átlagosnál nagyobb volt. Több közöttük a rendellenes szorzetű, a testsúly és magasság aránya is gyakran eltérő, nagyobb arányban fordul elő az acromegaloid arc (55%) a rendes 5%-kal szemben. 88% medencéje férfias vagy primitiv typusú volt. Gyakori az óriás medence. Az alapanyagcsere átlagban kisebb a rendesnél. A plasma protein alacsonyabb. A toxaemiások 98%-a mutatott valamilyen belső secretiós stigmát, szemben a rendes 15%-kal. 120 esetükből 1-ben sem volt vesemüködési zavar.

Miklós László dr.

Görcsök a terhességben és a szülés alatt. *Anselmino.* (D. m. Wschr. 1937. 43.)

Az eklampsián kívül még görcsös állapotot okozhat a chr. nephritis, az epilepsia, ideglues, meningitis és a psychosis is. Differentialdiagnostikai szempontból tekintetbe kell venni, hogy a chr. nephritis már rendesen a terhesség elején manifestté válik, az epilepsia az anamnesisből deríthető ki, a luesre sokszor csak a gyermekágyban megejtett Wa. R. enged következtetni, psychosisra a zavartság mellett a toxicosisok egyéb tüneteinek hiánya utal. — Mindegyik fajta megbetegedést saját intézetében előfordult esetek körleirásával illustrálja.

Lányik István dr.

A Graaf-tüsző megrepedése. *J. T. Smith,* Cleveland. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

Az érett tüsző megrepedésének az okát vizsgálta. Az eddigi elméletek ismertetése után azt igyekezett bebizonyítani, hogy a tüszörepedést a tüszönedv osmosisos nyomásának az emelkedése idézné elő, vagy legalábbis közremüködne. E célból érett és nem érett tüszők tartalmát capillaris csőbe szívta fel, a cső két szélére pedig destillált vizet szívott. Az osmosisos nyomás növekedését a csőben levő tüszönedv hosszabbodásával mérte. Közvetlen tüszörepedés előtt a házinyúlak tüszönedvének osmosisos nyomása 0.83%-os konyhasó oldatnak felelt meg, ezzel szemben a nem stimulált tüszők nedve 0.55%-osnak. Valószínünek tartja, hogy az emelkedett nyomás szerepet játszik a tüsző megrepedésében.

Miklós László dr.

Gyermekgyógyászat.

A veleszületett vérbaj társadalmi vonatkozásai. (I. rész.) *G. Sanna.* (La Pediatria. 1937. 967. oldal.)

A milánói központi gyermekvédelmi intézetben 8 év alatt 18.000-nél több Wassermann-reactiót végeztek. Ebből anyák vérében positiv volt 5%, a gyermekek vérében 8%. Egyéb adatok alapján megállapitható, hogy az olasz királyság területén mintegy 2% a veleszületett vérbaj gyakorisága. Házasságon kívül születettek közt mintegy kétszer gyakoribb, mint a törvényes származásúak közt. Ezen előbbi csoportban az egy éves korig terjedő időben kb. 50%-os mortalitással kell számolni. Feltünő magas számban találtak hivatásos dajkák vérében positiv Wa. R.-t. Ezért szerző a dajkák államilag elvégzett díjtalan vércontrollját kívánja.

Surányi Gyula dr.

A veleszületett vérbaj társadalmi vonatkozásai. (II. rész.) *V. Scwarz.* (La Pediatria. 1937. 979. oldal.)

A veleszületett vérbaj leküzdésében elsőrendü fontosságú követelmény, hogy minden terhes vérbajos asszony a terhesség alatt is rendszeresen kezeltessék. A legmegfelelőbb ellenőrzési módnak az anyavédő és szülőintézeteket látogató terheseken a terhesség 3—4. hónapja közti időpontban minden esetben elvégzendő Wa. R.-t tartja. Múlhatatlanul szükséges, hogy a magánorvosok is vérbajosok terhességét bejelenteni tartozzanak. Különös figyelemben részesitendők a kisvárosok és községek, ahol az ellenőrzés nehezebb.

Surányi Gyula dr.

Az újszülött „asepticus" lázáról. *Hallez.* (Le Nourisson 1937. No. 4.)

Az újszülöttek egy részénél az első napokban hőemelkedés jelentkezik, különösen azokban az esetekben, amikor a jelentékenyebb súlyveszteség megfelelő folyadékfelvétellel nincs kellőleg compensálva. Azon felfogással szemben, amely ezen hőemelkedést intracranialis vérzés következményének tekinti, szerző csatlakozik azon általánosabb nézethez, amely szomjúsági vagy kiszáradási láznak tartja. Bőséges folyadékfelvétel rendesen megakadályozza a hőemelkedés felléptét, illetve megszünteti azt.

Móritz Dénes dr.

Bőrgyógyászat.

Szájban, szemen és genitaliákon fellépő, virus által okozott recidiváló aphthás fekélyekről. *Prof. Hulusi Behcet,* Istambul. (Derm. Wschr. 1937. 36. sz.)

Azok az esetek, amelyeken vizsgálatait végezte és amelyeket képeken is bemutat, a következő klinikai tüneteket mutatták: aphthás laesiók a szájban, a genitaliákon és a szaruhártyán. Szerző *Braun* professorral, az istambuli mikrobiológiai intézet vezetőjével vétette mikrobiológiai vizsgálat alá e laesiókat és a Giemsa és Herczberg szerint festett készitményekben virusra emlékeztető testecskéket találtak. Azok a controllvizsgálatok, amelyeket a száj és genitaliák egyszerü aphthás elváltozásaiból végeztek, nem mutattak elemi testecskéket. Annak eldöntésére, hogy eseteiben nem mütermékekről van szó, következő vizsgálatokat végezték: a levegőn megszárított készitményt alkohol-aetherrel kezelték a lipoidok extrahálása végett. Az ezt követő Giemsa és Herczberg-festéssel tömegesen találtak virust. A továbbiakban 3%-os ecetsavval kezelték a készitményt, amikor is a kép változatlan maradt. 3%-os nátronlúggal történt kezelés után a virusképletek eltüntek. Ezek bizonyitották azt, hogy tényleg virusra vezethető vissza a fertőzés. Gondolniok kellett arra is, hogy nem saprophyta virusról van-e szó? Szerzők a virust scarifikált nyúl-corneára is átültették, azonban sem helyi, sem általános fertőzést nem tudtak előidézni. Következő közleményükben azokról a vizsgálatokról számolnak be, amelyeket állatokon végeztek.

Szép Jenő dr.

Psoriasis és mellékvesekéreg. Th. *Grüneberg,* Halle. (Archiv für Dermat. u. Syph. 175. kötet, 5. füzet.)

Cikkének első felében polemizál *Loos*-szal és újra állitja, hogy immár 200 betegen szerzett tapasztalata szerint psoriasis esetén jó hatású a kéregkivonat. Kisérleteit főleg cortidynnal végezte. Véleménye szerint psoriasisnál is nem egy ok szerepel az aetiologiában, hanem az okok sokfélesége, ezért helyénvaló, ha a gyógyitás tekintetében is több oldalról igyekszik az orvos hozzáférközni a szervezethez. Utóbbi időben azt tapasztalta, hogy nemcsak a mellékvesekéreg, hanem a hypophysisnek mellső lebenyében produkált corticotrop hormon szintén kedvező hatással van a psoriasisra. Harminc betegen próbálta ki ezt a módszert, tapasztalatait a következőkben adja: az *Anselmino, Hoffmann* és *Herold* által készitett H. V. L.-hormon ugyanolyan értelemben hat, mint a mellékvesekéreg kivonata. Állatkisérletekben igazolni is lehet, hogy ennek a hormonnak a hatására a kéregnek rétegei, mint a zona reticularis, glomerulosa és a fasciculata, ezeknek lipoidtartalma egyértelmüen és szabály szerint befolyásoltatik, mégpedig abban az értelemben, mint ahogy ezek a rétegek a terhesség által befolyásoltatnak. Egyesek beszámolnak arról, hogy a thyreoidea is kedvező hatással van a psoriasisra; ez érthető, mert a thyreoidea is hatással van a mellékvesekéregre. A psoriasisra tudvalevőleg, de különben *Weber* pontos statistikai összeállitása szerint is határozott összefüggést mutat a sexualis functiók periodicitásával, különösen a nőnél. Ez arra mutat, hogy a psoriasis oki constellatiójában egy endokrin momentum mértékadóan sze-

repel. Inkretorikus fordulópontokhoz kapcsolódnak az első kitörés, recidivák, exacerbatiók. A terhesség maga pedig rendesen javulást, sőt teljes múlását jelenti a bajnak. A mellékvesekéreg a sexualhormonokat elválasztó szervekkel legszorosabb correlatióban van és sexualis történésekben erőteljesen résztvesz. A terhesség egyik legmarkánsabb jele — számos szerző egybehangzó véleménye szerint — a mellékvesekéreg hypertrophiája, mely teljesen megegyezik azzal a hypertrophiával, amit a corticotrop hormon idéz elő a mellékvesén. *Anselmino* szerint ezt a hormont megszaporodva találjuk a terhesség alatt a vérben és a vizeletben. A kéreg fokozott hormonalis működése mellett terhességben szólnak: a hypertrichosis és a striák képződése is. Sem a prolan B, sem a follikulin nem mértékadók ebben a hatásban, bár elismeri, hogy a postklimacterikus psoriasis eseteiben a follikulinhormon egyedül is képes kiválóan hatni a psoriasisra, sőt jobban, mint a kéreghormon. A klimakterium, melyet szintén kéreghypertrophia jellemez, hasonlóan a terhességhez, nem egyszer oka a psoriasis kitörésének vagy rosszabbodásának. Bizonyára a folliculin kiapadása és a szervezetnek erre való reactiójának az elmaradása oka ilyenkor a kórképnek. Mindezek a körülmények és tények rámutatnak a kéregnek oki szerepére a psoriatikus diathesisben. Nincs semmi ok arra, hogy a thymusnak, epitheltesteknek, avagy a thyreoideának, sőt a hypophysisnek is (egyéb vonatkozásaiban) szerepet tulajdonítsunk a psoriasis kifejlődésében.

Schlammadinger József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gli stati edemigeni. *L. Antognetti.* (Luigi Pozzi, Róma. 1937. 433 oldal. Ára: 45 lira.)

A munka fő jellemvonása a synthetikus gondolkozás, a szétágazó irodalom részleteredményeinek harmóniába hozása egymással és szerző saját kisérleti eredményeivel. 4 főcsoportban tárgyalja az oedema okait: 1. endovasalis, 2. szöveti, 3. érfal eredetű, 4. lymphogen okok. Az elsőben a hydrostatikus, osmotikus, oncotikus és imbibitiós egyensúly megváltozása szerepel, ahol kiváló szerep jut magyar szerzők (*Korányi, Rusznyák, Farkas, Bence, Baráth, Faludi* stb.) munkásságának. A szöveti mechanismus rugalmasság csökkenésében, a szöveti osmosis- és oncotikus nyomás fokozódásában rejlik, ami függ a sav-basis egyensúlyától, a krystalloidok, a szövetnedvek fehérjéinek és lipoidjainak (fractiók) viselkedésétől, endokrin-hatásoktól stb. A parietalis tényezőt táplálkozási zavarok, a vér physikai és vegyi viszonyai, gyulladásos folyamatok, vasomotor hatások, endotoxinok (histamin), ionhatás (Ca, Na, K), felületi feszültség megváltozása, hormonalis zavarok befolyásolhatják. A lymphás felszívódást az endothel csökkent activitása is gátolhatja. Szerző mindezen okok közül a legnagyobb szerepet a szöveti tényezőknek juttatja.

A *2. részben* részletesen tárgyalja az oedema tünettanát, főleg a rejtett vízkór felismerésének módjait. A *3. részben* az egyes, vízkórral járó betegségek tünettanát és pathogenesisét részletezi. Szokatlan részletességgel foglalkozik a hepatogen, a vérbetegségekkel járó, a toxikus, a traumás, az endokrin (pajzsmirigy, agyfüggelék, nemi mirigyek, mellékpajzsmirigy, mellékvese, hasnyálmirigy, thymus), neurogen, angioneurotikus, allergiás, congenitalis oedemákkal, az éhség-, a trophooedemával stb.

A *4. (therapiás) részben* általános előírásokon kívül részletesen tárgyalja az ásványi sók, az ureum, a Hg. (*Jendrassik*), a purintestek (*Belák*), az uran-, Bi-sók és főleg az epesók vesére, érfalra és szövetekre irányuló diuretikus hatását és az organotherapiás (pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, máj) szerekkel combinálást (pl. epesavak + Hg + strophantin, pajzsmirigykivonat + máj, stb.).

Rendkívül hasznos a 40 oldalnyi bibliographia, amelyből számtalan, előttünk részben ismeretlen francia, olasz és angol munkát ismerünk meg, azonban a többi nemzet irodalma is helyes arányban van képviselve.

Akik a vízháztartás problémáival foglalkoznak, meglepően teljes, részletekbe menő, mindamellett nagyvonalú, áttekinthető munkát kapnak.

Zárday Imre dr.

Untersuchungen über die Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Hüftverrenkung. *Dr. Alexander Faber.* (77 oldal, 45 ábra. Ára: 7.80 RM.)

Dr. Faber könyve iskolapéldája a céltudatos német kutató munkának. Referáló nagyon jól emlékszik arra, amikor az író először számolt be a contrastanyaggal feltöltött ficamos csípőizületeken végzett vizsgálatairól. Bizony akkor nem egy hozzászólás hangzott el, amely ezeket a vizsgálatokat túl merészeknek és az amúgyis hibás izület szempontjából kockázatosaknak minősítette. *Faber dr.* azonban nem hagyta elteríteni magát a megkezdett útról és az eredmény mindenesetre őt igazolta. A pontosan kidolgozott módszer alapján Uroselectán B-vel feltöltött izületek röntgenvizsgálata ugyanis arra a meglepő felfedezésre vezetett, hogy a ficamos csípőizületek csontos alakja és az izület porcos alkotóelemei között igen nagy eltérés áll fenn. Olyan esetekben, amelyekre teljes mértékben illett a meredek vápatető kifejezésünk, kimutatta azt, hogy a vápatető porcos része éppen olyan bonctani pontossággal fedi a comborecset, mint azt a sikbatalan csípőizületeken tapasztaljuk. Ezek szerint a porcos részeknek csontosodási zavara oka és nem következménye a csípőficamnak. Vizsgálatai, melyek kiterjednek a ficamra gyanús, felficamos, teljesen kificamodott és helyreigazított csípőizületek egész sorozatára, nagy mértékben megváltoztatják a csípőficamra vonatkozó eddigi felfogásainkat. A könyv orthopaedek számára ínyencfalat. De élvezettel fogja forgatni rajtuk kívül mindenki, aki az örökléstan klinikai kérdései iránt érdeklődik. A munka értékes művoltát jelzi az is, hogy maga *Verschuer*, a német öröklestan prominens szószólója írt hozzá igen méltányoló előszót.

Horváth Boldizsár dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 18-i ülése.

Napirend előtt elnöklő *Ordódy Sándor* üdvözli *Verebélyi Tibor* elnököt abból az alkalomból, hogy őt a Kormányzó Úr Őfelsége a Corvin lánccal tüntette ki.

Bemutatások:

Magyar I.: *Thrombangitis obliterans ritkább localisatióiról.* Két thrombangitis obliterans eset lefolyását ismerteti, amelyek kapcsán arra hívja fel a figyelmet, hogy bizonytalan eredetű szempanaszok esetén mindig gondolni kell thrombangitis obliteransra. A két beteg tíz éves szempanaszairól csak évek múltán derült ki, hogy alapjuk a szemfenék ereinek thrombangitises elváltozása, melyhez évek után társultak csak peripheriás elváltozások. Az agyi erekre, coronariákra, tüdőarteriákra, mesenterialis erekre localizálódó elváltozások már régen ismeretesek. *Marchesani* óta a szemfenék ereinek elváltozásai esetében is gondolnunk kell tehát thrombangitis obliteransra.

Dobozy E.: *Morgagni—Adams—Stokes-tünetcsoport esete.* 8 év óta cukorbajban szenvedő, 67 éves férfibeteg átvizsgálásakor balra mersekelten megnagyobbodott szívtompulat és halk szívhangok mellett feltűnő bradykardia. RR-nyomás: 160—170/60 mm Hg. WaR. ismételten erősen positiv. Ekglelet felvételkor: partialis (2:1, majd 3:1) a—v-block, néhány nappal később pedig teljes a—v-block és az elektromos systole tartamának igen erős megnyulása. Az ekkor megindított parenteralis bismuth-, valamint peroralis jód- és ephedrintherapia 13. napján hirtelen kb. 60 mp-ig tartó, typusos Adams—Stokes-roham kíséretében az addig 25—30 mp.-es pulsusfrequentia 40-re emelkedik és az Ekg sinus-rhythmust mutat a pitvarkamrai ingervezetés idejének mérsékelt megnyulásával (0.27"). Az eset bemutatását három körülmény indokolja: *a)* a belgyógyászati kezelés sikere; *b)* a szokatlan időben, vagyis a teljes a—v-blocknak a sinus-rhythmusba visszaugrásakor jelentkezett Adams—Stokes- roham és *c)* az elektrogardiogramm nenány demonstrált érdekessége.

Kiss P.: A tünetcsoport *közvetlen* keletkezésének magyarázata ma sem egységes. Okát főleg abban látja, hogy a *coronaria-keringés* jelentőségét a tünetcsoport *közvetlen kiváltásában* eddig kellőként nem értékelték. Gyermekeken észlelt elektrokardiogrammokat vetít s ezek kapcsán rámutat, hogy: 1. évekig tarthat congenitalis, vagy szerzett szívblock anélkül, hogy hozzá idegrendszeri tünetek csatlakoznának; 2. idegrendszeri tünetek jelentkezhetnek mind hirtelen keletkező pitvar-kamrai blockban, mind napokon át fokozatosan kifejlődő blockban; 3. észlelhetjük jellegzetesen a tünetcsoportot a vezető rendszer anatomiás elváltozása nélkül is. A tünetcsoport egyes tagjainak (bradykardia, idegrendszeri tünetek, stb.) egybekötését s így a jellegzetesen klinikai kép kialakulásának *közvetlen* okát a már meglévő elváltozásokhoz csatlakozó diffus-coronariás keringési zavarra s annak következményeire kell visszavezetni.

Dobozy E.: Közismert dolog, hogy az a—v-ingerületvezetés zavarainak igen ritka, mondhatnók kivételes complicatiója az Adams—Stokes-tünetcsoport jelentkezése. A hozzászóló

által bemutatott nagyszámú görbe — *egy* kivételével — Adams—Stokes-féle tünetcsoporttal összefüggés feltételezését nem engedi meg.

vitéz Kolta E.: *Rendellenes reticulocyta-reactio májtherapia kapcsán.* 37 éves anaemia pernicosás beteg, akin májtherapiára nagy reticulocyta-krisis után remissio nem következett be.

Előadás:

Niederecker G.: *Műtéti eljárás a ludtalp kezelésére és a vele elért eredmények.* Előadó ismerteti röviden és általában a ludtalp orthopaed-sebészi kezelését. A vértelen mütét egymagában ritkán vezet célhoz, mert csupán tüneti beavatkozás, bármilyen szép is a lábforma a gypskötés levételekor, a recidiva csakhamar kifejlődik, mert nincs activ erő, mely a correctiót megtartsa, mert az izomegyensúlyi viszonyok a vértelen mütet után ugyanazok, mint voltak előtte. A véres mütéteknek, akár a csontrendszeren, akár a lágyrészeken támadja meg a deformitást, igen nagy a száma, de igen kevés alkalmas a deformitás végleges megszüntetésére és a munkaképesség helyreállítására. Előadó ismerteti azon *mütéti eljárást,* amellyel a ludtalpmütéteket már *10 év óta végzi.* Ezen mütét szerint operált 10 év alatt *185 beteget 335 mütéttel.* A mütét lényege abból áll, hogy az egyetlen tiszta supinator mellé — ez a tibialis posticus — még egy supinatort állit be a tibialis anticus inának áthelyezésével, illetőleg tapadásának és lefutásának megváltoztatásával. A mütét kivitelére két metszést használ, egy medialis metszést, amellyel az os naviculare teszi szabaddá magasan a boka fölé. Az os navicularen keskeny vésővel felülről lefelé alagutat vág s ezen, a lefutási irányában megváltoztatott inat áthuzza és a medialis oldalon a periostba, ligamentumokba és belső tokszalagba süllyesztett tartó fonalhoz köti az inba erősített fonál útján. A hozzákötési müvelet előtt meg kell győződni arról, hogy a fonalak jól tartanak-e? *Mütéti eljárása igen bevált, az eredmények az utóvizsgálatok alkalmával kitünőeknek bizonyultak. Németországban évek óta kiterjedten végzik.* Igen fontos az utókezelés, betét, cipő, főleg *a supinatios gyakorlatok az átültetett innal.* Mintegy 15 operált beteget mutat be, akik mind *nehézfoglalkozásuak s 8—9 év óta panaszmentesek és munkaképesek.* Köztük két katonát, akik már egy év óta szolgálnak és betét nélkül is panaszmentesek. Ezeken az átültetett in csaknem hüvelykujjnyi erősségü, jól tapintható és müködése jól látható. Eljárását nyugodt lelkiismerettel ajánlja.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkortani Szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatás:

Bakay L. és Benedek L.: *Juxtamedullaris daganat (meningeoma) mütéttel gyógyult esete.* 64 éves nő alsó végtagjain, főleg a jobboldalon fonák érzések és gyengeség fejlődött ki félév alatt a megállapított gerincvelői sérülésnek megfelelően. A lipiodolgraphia a VI. háti csigolya magasságában majdnem teljes passage-zavart állapított meg és várható volt, hogy az intraspinalis daganat a VI. háti csigolya magasságában a bal dorso-ventralis tájon helyezkedik el. A mütét pontosan a feltételezett helyről szilványi, a durával összefüggő daganatot távolított el. Ügy a mozgató, mint érzés részéről a bénulási tünetek gyors visszafejlődése olyan mérvü volt, hogy a mütét után 4 hónappal majdnem teljesen panasz- és tünetmentessé vált. A bemutatott eset kétségtelen bizonyítéka abban a tekintetben, hogy a mütéti eredmény sikere szempontjából a gerincüri daganat korai felismerése a legfontosabb követelmény. — A daganat szöveti képére jellemzőek az excentrikusan elrendezett, helyenként diffusen növő elég polymorph endothel elemek a psammo-endotheliomának megfelelően.

Bakay L.: B. P. 64 éves betegnek kórelőzményi adatai szerint 4 évvel előbb súlyos tüdőgyulladása volt, amikor szivműködése igen sok aggodalomra adott okot. A mütét előtti elektrokardiographikus vizsgálat a szivizomzat laesióját mutatta. A mütéti előkészités tehát szőllőcukorral és digitalissal történt.

Mütét (1937. aug. 3.): A IV., V. és VI. csigolyák ivét távolitottuk el a tövisnyúlvánnyal. A VI. háti csigolya táján a feltárt dura ellenálló, csaknem csontkemény. E hely fölött a durazsák lényegesen kitágult. Megnyitásakor nagy nyomás alatt sok liquor ürül, valamint lipiodol. A daganatnak megfelelőleg a dura meszes, úgy hogy a tumor eltávolitása csak az elmeszesedett durarészlet körülvágásával sikerült. Maga a daganat kb. szilvanagyságú, s a gerincvelőt nyomásával egész deformálta, laposan szejjelnyomta. A daganat eltavolitása után a dura hiányát plastika nélkül sikerült összehúznunk, mivel a fölötti részlet tekintélyesen ki volt tágulva és igy megfelelő duraebenyt sikerült a hiány pótlására lehoznunk. A gyógyulás 8 nap múlva primam intentionem következett be.

Perémy G.: 57 éves nőbeteg történetét ismerteti kinek panasza 40 éves korában kezdodött paraesthesiával; később spasmusos paraparesise támadt. A külföldön myelographia nélkül indicált laminektomiát a tumor helyénél mélyebben végezték. Az újabb mütét megfelelő helyet a klinikai lelet és a myelographia eredménye egyértelmüen adta meg.

Bakay L.: D. L.-né mütéte (1937. febr. 19.) alkalmával a VIII—XII. tövisnyúlványokat távolitottuk el az ivekkel. A XI. csigolya felett részlet kb. 6 cm. hosszúságban elödomborodott. A XI. csigolya magasságában a dura gyürüszerüleg befüzodött. A durát megnyitva, igen sok liquor ürült. A dura és arachnoidea összehegesedett. A praeparálás alkalmával a szövetek közül lipiodol cseppek ürültek. A dura heges lemeze alatt mogyoronyi kemény daganatot találtunk, amely csak nehezen volt kirejthető, végül az ideggyökéren nyéllel végződött. A gerincvelő deformált, egészen laposra összenyomódott. A daganat eltávolitása után duraplastika. A beteg 8 nap múlva meggyógyult. 14 nap múlva járni kezdett.

Az eset tanulságos példája annak az ismert ténynek, hogy az extraduralis eredetü tumor (fibroma, psammoma) átnohet a durán akár az idegtörzs kilépési helyénél és subduralissá válhat.

Kovács F.: A Szent István kórház idegebeteg osztályának az utolsó 3 héten belül operált két gerincagydaganat esetét ismerteti, melyek klinikai tüneteikben és lefolyásukban nagyban hasonlitottak a bemutatott esethez és szövettani leletük alapján szintén meningeomának bizonyultak. Az egyik esetben, 69 éves nőbetegen a tumor székhelyét tisztán a klinikai tünetek és összehasonlító liquorvizsgálat alapján myelographia nélkül határozták meg, a fiatalabb 55 éves nőbetegen lipiodoltöltést is végeztek. A mindkét esetben könnyen kiirtható daganatot *Piri Lajos* alorvos távolitotta el. A beteg állapota már is lényegesen javult. Felhívja a figyelmet arra, hogy climax után levő nők functionalisnak látszó panaszai mellett is gondolni kell organikus idegrendszeri megbetegedésre.

Benedek L.: *Bakay* professor hozzászólásához csatlakozva maga is rendkivül figyelemreméltónak találja azt a tényt, hogy a gerinccsatorna térszükitő folyamatai által nagymértékben comprimált gerincvelő az összenyomás megszuntetésével aránylag milyen rövid idő alatt kezdi a vezetőképességet visszanyerni. Magyarázatul az ú. n. „fluid buffer" tényét kell tekintetbe venni, melynek értelmében térszükitő folyamatok esetén a központi idegrendszer megfelelő része először folyadéktartalmából (vér, nyirok) veszít, minek következtében relative nagy méretcsökkenés jöhet létre, a tulajdonképeni vezető elemek végleges elfajulása nélkül. — Azokkal az esetekkel kapcsolatban, ahol lipiodolgraphia is történik, figyelmet érdemel a gerinccsatornai ürbe bevitt lipiodol további sorsa. Lipiodol anyagról lévén szó, ez — amint közlés alatt álló vizsgálatai is igazolják — mesenchymalis elemek által phagocytáltatik és igy (esetleg az obturáló tumor felszinén is) habos sejtek, „foam cells" halmazába raktározódik el; ezek a habosszerkezetü elemek olyan nagy mennyiségben lelhetnek jelen, hogy valóságos granulomával, szabad szemmel is tekintélyes sarjszövet tömeggel állunk szemben. Ilyen granulomák természetesen tumortüneteket utánzó arachnoid tisek kivizsgálása (lipiodol-töltés) nyomán is kifejlődhetnek, úgy hogy előzetes negativ lelet utáni reoperatiók esetén meningealis tumor látszatát kelthetik.

Előadások:

Bakay L., Benedek L. és Kulcsár F.: *Adat a fejtraumához csatlakozó meningeomához.* Az agydaganatoknak keletkezése és az előrement koponyatraumák közti összefüggéssel foglalkozó irodalmi adatok kritikai ismertetése alapján a bemutatott esetben bizonyitottnak vehető, hogy az első koponyatrauma által megindított daganatképződés a második, külerőszaki behatásra gyorsabb lefolyást vett. A 34 éves nőbeteg fejtetejét ért tompa ütést követő fejbőrérzékenység és tarkótájra kisugárzó fájdalmak 2 hét után megszüntek, azonban a külerőszaki behatás helyén keletkezett duzzanat a fejtetőn nem fejlődött vissza. 3 évvel később újólag a fejtetőn, a duzzanat helyén erős ütést szenvedett el, agyrázkódásos tünetek kiséretében. Ezt követőleg 3 hét múlva a bal láb ördögujjából kiinduló paraesthesiákkal, fájdalmakkal bevezetett, a bal

testfélre szorítkozó görcsrohamok jelentkeztek, amelyek kapcsán 4 ízben eszméletvesztés is bekövetkezett anélkül, hogy a jobb testfélre a görcsök ráterjedtek volna. A paroxismusokat eleinte csak percekig, később órákig tartó hemiparesis követte. Fejfájás csak 1937. október vége óta állandósult, vizelési zavarok nem jelentkeztek. Kezelőorvosai (még külföldi tanárok is) a görcsös fájdalmak és a baloldali alsó végtagizomzat nyomásérzékenysége, valamint a keresztcsonton észlelt spina bifida és az V. hátcsigolya foramen intervertebrale-jának kisfokú beszűkülése miatt az eredménytelen ischias-elleni injectiós és elektro-thermal kezelések után gyökátmetszést, laminektomiát ajánlottak. A beteg kezdeményezésére készült röntgenfelvételeken a parasagittalis meningeomára jellegzetes elváltozást is tévesen értelmezték. A középső sinus-harmadban lévő féldiónyi csontkemény terime megnagyobbodásban a röntgenfelvételen felismerhető sugárirányú spiculumképződés és a csontállomány pusztulása, valamint növekedése, a megszélesedett véredényrajzolat, az aphasiás tünetek és pangásos papilla hiánya, a mono-, ritkábban hemitypusú görcsrohamok, a jobboldali jelzett pyramispályasérülés tünetei, a jobb lábfejen és az alszár lateralis részén a kérgi jellegű érzészavar (főleg a nyomás, vibratio és helyzetérzés zavara) a parasagittalis meningeoma, a középső sinus-harmad parasagittalis meningeoma classikus tünetegyüttesével azonosak. A durából kiinduló kisalmányi daganat eltávolítása után a jobboldali végtagok paresise lépett fel, amely gyors ütemben visszafejlődésben van. Az első traumához csatlakozó csonthártya alatti vérzés által megindúló daganatfejlődés siettetését eredményezte a második trauma. — A megtévesztésre alkalmas ischias-szerű végtagfájdalmak, mélyparaesthesiák és nyomásérzékenység valószínűleg a corticalis „level" felől közvetített izgalomnak tekintendők a meningeoma direct ingerhatására. A daganat szövettani képe fibroblastomának felel meg. — Befejezőleg 10 meningeoma szöveti képének bemutatásával kapcsolatban ezen daganatfajta histogenesisére térnek rá.

Bakay L.: V. K.-né beteget intravenás szőllőcukor adagolásával készítették elő a műtéthez, s megfelelő vércsoportbeli két vértadót tartottak készenlétben.

A műtét (1937. nov. 15.) alkalmával a koponyatetőn kiemelkedő csontdaganat legnagyobb domborulatán vezetett metszéssel tárták fel a lágyrészeket. A csonthártya letolása után a feltünő böven vérző emissariumokat viasszal tömték be. Tekintettel a daganat nagy kiterjedésére, osteoplastikus lebeny képzésére nem is gondolhattak, úgy hogy a szokásos fúrt lyukakon keresztül az egész lebenyt körülvágták. A koponya csontja azonban így különállóan sem volt eltávolítható, mert a daganattal oly szorosan, csontosan összenőtt, hogy arról leválasztható nem volt. Maga a tumor pedig olyan szélesen függött össze az elhegesedett durával, hogy annak körülvágása után sem volt mobilisálható, mivel a szétnyomott, szabálytalan lefutású sinus sagittalis a daganaton haladt át. Azonban se ki-, se belépésének helye megállapítható nem volt. A sinus felé haladó piavenák ceruzavastagságúak voltak, s minden mozdulatnál megrepedtek. A sinust a daganattal együtt kellett eltávolítani. A tetemes vérveszteséget már a műtét alatt 800 ccm. vér átömlesztésével pótolták. A daganat eltávolítása után a dura hiányát galeaplastikával pótolták.

A műtét utáni szívgyengeséget sikerült megszüntetni, a következő napon a jobb alsó és felső végtagon praesis constatálható. A műtét utáni 4—5-ik napon erős psychomotoros nyugtalanság, optikus és akustikus hallutinatiók jelentkeztek, amelyek azonban rövidesen oldódtak. A paresis a felső végtagon gyorsan oldódott, az alsó végtagon is lényeges javulás mutatkozott. XII. 5-én a beteg jár.

A műtét alkalmával a nehézséget a sinus sagittalisnak a tumor által okozott szabálytalan szétnyomása okozta, valamint ennek folytán a beömlő piavenákban lévő pangás. A daganat nagysága miatt a sinus nagy darabját kellett resecálni, tehát a vena Rolando környékét is. A sinus resectiót *Heymann, Olivecrona, Guleka* nem tartják veszélytelen eljárásnak, különösen meggondolandó a vena Rolando mögött lévő sinus-részlet resectiója, mert magának a v. R.-nak a lekötése is súlyos bénulásokhoz vezethet. *Heymann* szerint az elülső sinus-részlet lekötése is halálos comához vezetett.

Matolay Gy.: Az előadók érdekes eseteivel kapcsolatban két hasonló esetét ismerteti. Első betege 44 éves nőbeteg volt, akit *Benedek* professor parasagittalis meningeoma kórismézével helyezett át műtét céljából az I. sz. sebészeti klinikára. A daganat a műtét alkalmával, pontosan a kórismézők által jelzett helyen lévő meningeomának bizonyult és a sinus longitudinalissal szorosan összefüggött. A sinus előzetes lekötése után a daganatot eltávolította, a vérzést izomlebennyel csillapította és a durahiányt fascia-lebennyel pótolta. A beteg a műtét után 500 ccm. vért kapott, simán gyógyult.

Második esete rendkívül tanulságos volt. 53 éves férfibeteg látása félév óta romlik, a műtét előtti néhány hét alatt bal szemére teljesen megvakult, a bal szemen kisfokú exophthalmusa van, a szemgödörben daganat nem tapintható. A röntgenfelvétel a sella súlyos pusztulását mutatta. Az ideggyógyászati diagnosis baloldali praesellaris daganat volt, ennek megfelelően baloldalt hatolt a koponyába, de daganatot seholsem talált, bár egészen a selláig és az opticus kereszteződéséig jól át lehetett tekinteni a koponyaüreget. A beteg közvetlenül a műtét után meghalt. Boncoláskor a koponyában vérzést, vagy valamely a műtét közben létrejött sérülést nem találtak, ellenben teljesen extraduralisan, a sella turcicát elpusztító és a bal szemüreg felé terjedő kisalmányi meningeoma volt a sella alatt, amely az általa végzett behatolási móddal sem látható, sem eltávolítható nem volt, ellenben igen könnyen eltávolítható lett volna a bal szemüregen keresztül, annál is inkább, mert a bal szem már vak volt.

Romhányi Gy.: *Bakay* professor műtéti anyagából nyert acusticus-tumor szöveti tenyészeteinek képét demonstrálja. A szöveti tenyészetben eredeti tumor (neurinoma) sejtalakjainak megfelelő bipolaris sejtek nőttek ki, amelyek lassan astrocytákká differentiálódtak. A daganatsejteknek szöveti tenyészetekben történő differentiálódásának a daganatsejtek általános biológiai szempontból nagy jelentőséget tulajdonít. Hivatkozik *C. Bland* és *D. Russel* hasonló leleteire gliomák szöveti tenyészetein.

Benedek L.: A *Matolay* professor úr által említett egyik esettel kapcsolatban úgy véli, hogy tekintettel a typusos meningealis eredetet eláruló szövettani leletre, kiindulási pontként egyedül csak a tuber sellae jöhet tekintetbe; vagyis a daganatos burjánzás minden valószínűség szerint az itt elhelyezett arachnoidealis bolyhok fibroblast elemeiből indult ki. Ennek következtében szükségképen fel kellett venni a tumor praesellaris localisatióját, amit különben a klinikai képből az először *Gowers* által leírt és *Gowers-Foster-Kenedy* néven ismert syndroma is igazol.

Daganatrészek szövettenyészetben történő továbbnövekedésének vizsgálatát előadó is rendkívül fontosnak tartja; alkalma volt a *D. S. Russel* által kezdeményezett idevágó vizsgálatok ismertetését eredetiben is hallani. Igen kézenfekvő, hogy azok a pluripotentialis tulajdonságok, melyek qualitása a „Zellrasse" szerint természetesen változik, a szövettenyészet szabad milieujében fokozott mértékben nyilvánulnak meg; mindez természetesen a formai megjelenésben is mutatkozik. Hasonló jelenségek azonban a tumorok, elsősorban az agygliomák impraegnatiója alkalmával szintén kimutathatók, ahol a tumorok „ontogenesisében" gyökeredző „metastructura" többirányú kifejlődése erre vezethető vissza. Idevágó, *Jubával* közösen folytatott vizsgálatai eredményét, melyek máris kb. 50 glioma szöveti feldolgozásán alapulnak, monographikus formában szándékozik közölni.

Benedek L. és Horányi B.: *Epilepsia choreica familiaris cum dementia.* Két leánytestvérről van szó, akiken minden bizonyítható örökletes terheltség, vagy exogen, peristatikus tényező behatása nélkül a 11-ik, illetve a 10-ik életévben a következő tünetcsoport lépett fel: Állandóan észlelhető kifejezetten choreás spontán mozgásjáték, mely az epilepsiás előtti időszakban fokozódik, viszont egy-egy epilepsiás roham után többé-kevésbbé elcsendesedik. Ezt a viszonyt epilepsia és chorea között *Bechterew* már 1898-ban megfigyelte. Az eredeti Bechterew-féle megfigyeléstől eltérően mindkét nővérnél igen súlyos dementia is kifejlődött. Ez a dementia a fiatalabbon az imbecillitás, az idősebben a mély idiotia fokán áll. Amellett a fiatalabbon depressióra hajlamosság is — a Huntington-chorea zavaraira emlékeztető módon — fennáll, míg az idősebb nővér kedélyéletében móriaszerű állapotok „läppisch" derültség kíséretében mutatkoznak. A dementia olyan mély fokon áll, hogy ezen hyperphasisokat is tekintve, a „dementia infantilis" képére nagyon hasonlít. Az influensa peristatikus behatását kétségesnek tartják, miután az egész lefolyás a progressiv dementia és bizonyos fokig az egyik nővéren megejtett agypunctatum szövettani vizsgálata (gyulladásos jelenségek hiánya, degenerativ jelenségek előtérben állása a frontalis kéreg- és velőállományban) ezen felvétel ellen szól.

Benedek L.: *Az ordinativ négydimensionalitás kiküönbözödésének jelei szervi psychosis esetében.* Előadó egy paralysis progressivában szenvedő beteg sajátszerű élményanomáliáiról referál, amelyek szinte egyedülállóan szemléltetik,

hogy a szervi folyamat által leépített synthesisek a biológiai célszerűségnek megfelelően új globalis egységbe szövődnek. A beteg panaszainak előterében testvázlatzavarok állottak, emellett azonban arról panszkodott, hogy időérzékét teljesen elvesztette, fogalma sincs róla, mennyi egy óra vagy egy perc, míg ezzel szemben a dátumokat, a világesemények időpontjait helyesen adta meg, a „ma" és „tegnap", a bibliai idő megfelelően volt distantiálva. Ez az észlelet különösen a „négydimensionalitás" szempontjából bir jelentőséggel. Kiemeli, hogy esetében az élmény-immanens idő, — szemben a transenussal — elvesztette structuráltságát. A dátumok, történelmi események distantiált „világideje" szemben áll a kiterjedését, tagoltságát elvesztett „én-idő"-vel. Hivatkozik arra, hogy a másodlagos időbecslés megváltozását az insulinshokban is többizben észlelte. Rámutat arra, hogy amikor esetében az intakt tárgyi világgal és absolut térrel a részeire „szétszedett" test — „Raumbild" áll szemben, — ugyanakkor a leépült „én-idő"-vel az ép világidő simultán van jelen.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának december 15-i ülése.

Krepuska I.: *Translabyrinthaer operált hallóideg daganat.* 64 éves nőbetegnél 5 év óta lassan fejlődött acusticus tomorra utaló tünetek: Bal oldali fülzugás, majd teljes süketség. Baloldali arcideg és abducens hüdés, vestibularis működés-kiesés és positiv Röntgen kép alapján translabyrinthaer mütéttel sikerült a sziklacsont nagy részét kitöltő daganat és két darab mogyorónyi intraduralisan fekvő tumor részlet eltávolítása. Azonban a kisagy-hidszögletben levő kisalmányi acusticus tumor eltávolítására a beteg erőbeli állapotának fokozatos gyengülése folytán már nem kerülhetett sor. Sectiónál kiderült, hogy hátsó sebészi feltárással sem lehetett volna a tumort maradék nélkül eltávolítani, mert a hatalmas daganat nemcsak a kisagyat, nyultagyat és hidat sorvasztotta el, hanem beterjedve a sziklacsontba, annak nagy részét usurálta és a carotis interna sziklacsonti ágát is annyira körülvette, hogy a tumor teljes eltávolítása technikailag kivihetetlen lett volna. Szövettanilag a daganat neuro-fibromának bizonyult.

Rejtő S.: A sebészi út és a translabyrinthaer út előnyeit tárgyalván, azt sürgeti, hogy csak arteriographia után vállalják a labyrinthuson át való mütétet, amikor a daganat nagyságára és indulatára nézve pontosan felvilágositást nyertünk. Mult évben bemutatott esetében nem tudta teljes egészében eltávolitani a rosszindulatu daganatot, de a rádiumtük elhelyezésére alkalmas területet tudott adni.

Pogány Ö.: A mütéti technika translabyrinthaer megoldása sokkal nehezebb, mint a külső sebészi eljárás és ép ezért egyelőre a sebészi eljárástól remélhetünk jobb eredményt.

sz. Liebermann T.: A hypophysis mütevése — tudtával — ma arra alkalmas esetben transseptalis úton a legveszélytelenebb és legeredményesebb.

Krepuska I.: A belső hallójáratban helyet foglaló u. n. „lateralis acusticus" tumor translabyrinthaer eltávolitása előnyben részesitendő a hátsó feltárással szemben, mert sokkal kiméletesebb eljárás.

Rejtő S.: *Fülmütét közben megsértett arcideg azonnali rendbehozása.* Bemutató genyes sinus feltárása közben megsértette az arcüreget, mely rendellenesen közvetlenül a sinus csontos fala mellett futott le. A helyi érzéstelenitéssel operált beteg rögtön jelezte, a bajt, mely az arcideg mindhárom ágára kiterjedő teljes bénulás volt. A csontos csatornából kilökött idegrészt helyére visszasimitva, a működés percek alatt javult s negyedorán belül helyreállott. Bemutató 1934-ben ismertetett két hasonló esetet, amelyeket *Spiller, Blance* és *A. D. Duel* kisérleteivel és mütéteivel magyaráz. Mint gyakorlati tanulságot azt hangsúlyozza, hogy a fül mütéte közben néha előforduló arcidegsérülés reparatiója mindenkor azonnal megkisérlendő.

Wein Z.: Kizártnak tartja, hogy a folytonosságban megszakadt idegcsonkok puszta érintkezésének helyreállitása által (mint a villanydrót) azonnal vezetőképessé váljék ujra; az összenövés pedig bizonyosan heteket vesz igénybe. Nézete szerint *Rejtő* eseteiben egyszerü átmeneti novocain-bénulásról lehetett csak szó, amint azt helyi érzéstelenités esetén a felszivódási körzetben fekvő mozgató idegeken is nem egyszer látjuk.

Pogány Ö.: A hozzászóló egy esetében acut mastoiditishez társult 2 hét óta facialis hüdésben szenvedő beteget operált. Az ilyen súlyos mütéti leletnél megtalálta a genyes folyamat által két részre szakitott facialist. A két csonkot egymáshoz közelitve befejezte a mütétet és legnagyobb meglepetésre a mütét után 2 héttel a facialis functió teljesen és tökéletesen helyreállt. Véleménye szerint mütét közben beálló facialis sérülés esetén a facialis csonkok megkeresendők és lehetőleg egymáshoz kell öket közelíteni. E téren még sok meglepetésre számithatunk.

Rejtő S.: Pótlóan elmondja azokat az érveit, amelyek a helyi érzéstelenités ellen szólnak, elsősorban azt az észleletét, hogy a novocain hatásra előálló bénulások kivétel nélkül 1—2 óráig tartanak. A facialis ideg röntgeni összeköttetése egészen más viszonyokat ád, mint a régi sérülések után, előálló idegvarratok. Állatkisérlettel rövidesen lehetne erre a kérdésre megfelelnünk.

Krepuska I.: *Adatok a sinusphlebitis kórszövettanához.* Szövettani metszetek alapján vázolja a füleredetü sinusphlebitis keletkezését, továbbá az u. n. fali thrombus és záró thrombus kialakulásának egyes szakait. Majd az otogen pyaemia localis elváltozásainak kórszövettani beosztását és a bonctanilag helytálló elnevezéseket ismerteti.

Révész B.: Septico-pyaemia esetét ismerteti, amelyben sem a mütétkor, sem később a sectiónál a sinus jugularis rendszerben thrombust kimutatni nem lehetett. A szövettani vizsgálat mutatta meg és aránylag elég ritka leletet adta, hogy az agyban, annak legkülönbözőbb helyén perivascu'arisan és a szövetközti nyirok résekben mikro-abscessusokat lehetett találni.

Wein Z.: Előadó az endophlebitisnek két faját ajánlja megkülönböztetni: 1. haemorrhagiea, 2. thrombot'sans jelzővel és az utóbbi alatt az érlument teljesen elzáró thrombus esetét érti; ez a felfogás nem fedi a kórtani és kórbonctani álláspontot, amely szerint az endophlebitis folyománya az endothel kikopása révén a thrombosis, amelynek egyik faja a falálló (parietalis), másik az elzáró (obturáló) thrombus. A demonstrált szövettani készitményben a membrana elasticán áthatoló „vérzés" eredetét nem látja megmagyarázottnak.

Lévai J.: A sinus thrombosis kóroktanával foglalkozás nagyon ajánlatos és nem meddő munka. Előadónak az a tapasztalata, hogy perisinuosus abscessusoknál sokszor nem találunk sinus thrombosist, amellett szól, hogy a szervezetnek meg van a kellő elasticitása a védekezésre. Általában az a tapasztalat, hogy az érfal olyan esetekben sérülékenyebb, mikor valamely generalis megbetegedés (tbc. lues) talaján fejlődik ki a sinus megbetegedés körüli. *Révész* említett esetében valószinű, hogy enkephalitises gócok elgenyedése révén jöttek létre az agy mikroabscessusai. Ehhez pedig nem szükséges, hogy a sinusban kóros elváltozások legyenek.

Krepuska I.: Az úgynevezett endophlebitis többféle alakban jelentkezhetik. Igy endophlebitis haemorragica (pl. skarlatnál), endophlebitis fibrinosa vagy granuosa (fali thrombus) és végül endophlebitis obturans alakjában.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Társadalomorvostani Szakosztályának december 15-i ülése.

Fekete S.: *A nőorvoslás társadalomorvostani vonatkozásai. I. Terhesek munkabirása.* Már a terhesség elején is 20%-kal több O_2-öt fogyaszt a terhes nő ugyanazon munka elvégzésekor, mint terhességen kívül. Az izomgépezet munkaeffectusa 35%-ról 12—15%-ra csökken. Megnyulik a pihenésre szükséges idő is. A járáskor elfogyasztott O_2 a 9. kétszerese a 4. hónapban mért értéknek. A mérsékelt, s változatos munka a terhesség végén előnyös, de a nehéz munkától az utolsó 2—3 hónapban óvni kell a terhes nőt.

II. Az anya- és csecsemővédelem fontosságára mutat az a körülmény, hogy az intézmény kiterjedésével Csonka-Magyarországon évente 3.800—4.000 gyermeket lehetne megtartani az életnek csak lues-prophylaxis révén. Szülőosztályán 2.8%' a Wassermann-positiv esetek száma. A vidéki szülészeti eredmények megjavitására az Egészségházakkal kapcsolatos segélyhelyek, továbbá anyaotthonok s decentralizált 20 ágyas szülőházak felállitását tartja szükségesnek a mentőintézmény kiépitése mellett.

III. Foglalkozási betegségek. A nemzőszervek rendesen csak másodlagosan betegednek meg a munka-ártalmak kapcsán. Állás, ülő foglalkozás, erős s hosszantartó idegmunka elősegíti a nemzőszerveket érintő visceralis neurosis kifejlődését. Ennek a tünetei: menstruatiós zavarok, dysmenorrhoea, folyás, hasi és deréktáji fájdalom. — Dohánygyári munkás-

nők esetében, kellő egészségügyi berendezések mellett legfeljebb csak nikotinártalomról lehet szó. Varrónők, textil munkásnők sem kapnak gyakabban gyulladást, mint mások, de ezeknek tünetei tovább megmaradnak a gyakori astheniás constitutio s a törzsizomzat fokozott igénybevétele miatt. Fontos a fiatalkorúak munkakorlátozása, mert az szük medenceképződésre vezet.

IV. A nőgyógyászati gyulladás arányszáma a Poliklinika járóbetegrendelésén 23%, az OTI budapesti rendelőintézeteiben 9 hónap alatt 12.928 gyulladásos beteg jelentkezett, ami az összes nőgyógyászati betegeknek 32.7%-át teszi ki. Az acut időszakban nyújtott kórházi ápolás elejét veszi a megbetegedés elhúzódásának. A legtöbb eredmény érhető el a subacut szakban végzett felszívó-kezeléssel, ez legtöbbször járóbeteg rendelésen is elvégezhető. Az idült szakban a tünetek kisebb része vonatkoztatható a nemzőszervek elváltozásaira; az alhas s a deréktáj izmainak fáradékonysága, fájdalmassága, a bőrfelület neurosisa reflectorikusan kifejlődött tünetek, amelyek jórészt a centralis idegközpontok fokozott izgalma útján a vasomotorok közvetítésével jönnek létre. Ezeknek a gyógyítására alkalmas a diathermia, histamin-iontophoresis, sósfürdő. A munkakészség emelésére szükség volna dosirozott munkára berendezett gyógyfoglalkoztató intézmények létesítése.

V. A keresőképesség megállapítására szolgáló döntőbizottság mai formájában, az ismételt vizsgálat s a szakemberek közvetlen megbeszélése útján mindazt nyújtja, amit az orvosi vizsgálat megadhat. Legygyakoribb kérdés a gyulladásos esetek vizsgálata. A rendes, bimanualis vizsgálat kapcsán jó felvilágosítást ad a méh testének és a belső méhszáj tájékának megmozgathatósága. Emellett még a hőmérsék értékesíthető. A fehérvérsejtszám, valamint a vörösvérsejtek süllyedési sebessége nem adnak megbízható alapot a döntésre. A legtöbb elégtelenségre a betege részéről az ad okot, hogy szervezetüket túlságosan megerőltető munka végzésére vállalkoznak. Elejét lehetne venni, ha az iparegészségügyi felügyelet revideálná a nők által betölthető munkahelyeket.

VI. A járóbeteg rendeléseken csak olyan gyógymódot lehet alkalmazni, amely megéri a rá fordított költséget és fáradságot. Az ivari s gonadotrop hormonok közül jól beválik a klimakterikus tünetek gyógyítására a folliculin olajos oldata (2-szer hetenként 5000—10.000 egys.), továbbá a hypoplasiából származó dysmenorrhoea gyógyítására a kis dosisok (500—1000 egys.), amelyeknek hatását diathermia vagy histamin iontophoresissel támogatjuk. A corpus luteum s a hypophysis gonadotrop hormonjai a tömeggyógyításban még nem alkalmazhatók.

Kulturintézményeink nincsenek mindig összhangban a természetadta feltételekkel, a nőorvos feladata, hogy figyelmeztessen az anyaságot veszélyeztető berendezkedésekre.

Okolicsány Szabó Z.: Dohánygyáraink olyan hygiénikus berendezésűek, hogy nem lehet szó nikotinártalomról. Egyetlen feltűnő dolgot vett észre a dohánygyári munkásnőkön, s ez a korai klimax.

Pályi M.: Az iparhygienikus szemszögéből nézi a kérdést, s fokozottabb munkásnővédelmet, valamint a gyári orvosnők intézményének bevezetését ajánlja.

Szász S.: Felhívja a figyelmet a munkásnők acut és chronicus gyulladásaiban nem eléggé kihasznált gyógyfürdőink kiváló hatására s ezek fokozottabb igénybevételére.

Raisz R.: Kéri a kamarai rendelet oly irányú módosítását, hogy a terhes nők az egész terhesség alatt vizsgálhatók legyenek abban a kórházban, ahol szülni fognak.

Szénásy J.: A dolgozó nők között több a koraszülés, mint a nemdolgozó családok között. Javalasolja a terhességi segély felemelését 6 hétről 10 hétre, valamint nagyszámú, olcsó ápolási díju terhesotthonok létesítését.

Fábry A.: Hangsúlyozza az OTI és más biztosító intézetek nőgyógyászati osztályainak fontos és felelősségteljes munkáját.

A Charité Poliklinika Orvosi Karának december 15-i ülése.

Bemutatások:

Balassa L.: *A baloldali parietalis lebenyben fekvő agydaganat esete.* Az 52 éves férfin pár hónap alatt amnesiás aphasia, agraphia és alexia fejlődött ki; a jobb testfélen az érintés localisatiója zavart lett és a jobb végtagok ügyetlenekké váltak. Az enkephalographiás koponyafelvétel megerősítette a diagnosist, a jobb parietalis lebenyben fekvő térszűkítő folyamatra mutatott.

Bruckner E.: *Corpus alienum nőgyógyászati esete.* — Metrorrhagia és erosio portionis miatt a méhszájból próbakimetszés és curettage történt. Ennek kapcsán a curette kanalának egy 2 cm-es szilánkja az uterusban visszamaradt. Röntgenkép megmutatta a szilánkot. Exstirpatio uteri per vaginam történt gyógyulással. Ha corpus alineum kerül az uterusba és annak a cervixen át történő eltávolítása nem megy könnyen, úgy a kísérletezések helyett tanácsos mielőbb az uterus eltávolítása, mert szövődmények (gyulladás, pelveoperitonitis, stb.) esetén végzett műtétkor a gyógyulási kilátások már kedvezőtlenek. Az eset tanulság arra nézve is, hogy minden műtéti beavatkozásnak oly előre nem is látható complicatiói is lehetnek, melyek ismerete műtéti indicatiók felállításában még fokozottabb óvatosságra int.

Gál F.: Idegentestek a méhben nem ritkák, azonban az esetek legnagyobb részében szándékosan, abortiv célokból kerülnek oda. Ebben az esetben a további eljárást a röntgenátvilágítás eredménye irányította. Az eset mindenképen csak operativ úton volt megoldható. Kérdés csak az volt, vajjon a hasmetszést, vagy a hüvelyi utat válasszuk-e? Jelen esetben a hüvelyi út látszott célravezetőbbnek.

Fenyvesi J.: *Enterococcus-sepsis esete.* A betegség lefolyásában 3 phasis volt megkülönböztethető. Az első 6—8 hétben az 52 éves azelőtt egészséges férfibeteg bizonytalan panaszok mellett subfebrilis volt. A physikalis vizsgálat semmi kórosat nem adott. A vérsejtsüllyedés 1 h. 40 mm. volt. A második szakasz a mind sürűbben jelentkező újabb és újabb bakterium invasiót jelző hidegrázásokat követő magas (39.5 C°-ig terjedő) temperaturák jellemzik. A harmadik szakasz az emboliák szaka volt. A beteg halálát tüdőemboliát követő szívgyengeség okozta. Az egész kórkép klinikai lefolyása megegyezett a streptococcus viridans okozta lenta képével. A bakteriologiai vérvizsgálat enterococcust mutatott ki. Esetük bizonyítja, hogy az endokarditis lenta csak klinikailag egészséges kórkép, bakteriologiailag nem. Nemcsak a streptococcus viridans, hanem más kórokozók, így elsősorban az enterococcus is létrehozhatja. Therapiás kisérleteik azt mutatták hogy prontosil-kezeléssel ezen betegség lefolyását befolyásolni nem tudjuk. Megemlítendőnek gondolja, hogy az laboratóriumi vizsgálatok közül a vérsejtsüllyedés volt a legértékesebb, mert ez mutatott a legkorábban a normalistól lényeges eltérést. Még a subfebrilitás szakában — amikor a bakteriologiai vizsgálat még negativ volt — 40 mm. volt 1 óra alatt.

Lénárd V.: Előadja legújabb ismereteinket az enterococcus biologiai tulajdonságairól és pathogenitásáról. Felhívja a figyelmet arra, hogy septicus endokarditisek esetében különös gond fordítandó a vér bakteriologiai vizsgálatára, mivel az endokarditis lenta az enterococcus által okozott endokarditistől klinikailag nem különböztethető meg.

Előadás:

Markó D.: *Exposimeter.* Az expositiós időt 1/100 másodpercig lemérő mechanikai szerkezetet mutat be, melyet villanyos synchron motor hajt. Bármely felvételkor használható, a film sarkán egy legyezőszerű képet okoz, melynek minden egyes szára 1/100-ad, vagy 1/50-ed másodpercnek felel meg. Mérési határa 2 másodperc. A mechanikus momentórák kalibrálása e szerkezettel igen gyorsan, pár perc alatt elvégezhető. Rövid ütemü felvételek esetében pedig az expositiós idő változásait, tehát a momentóra hibáit minden egyes felvételkor jelzi.

A Természettudományi Társulat Élet- és Kórtani Szakosztályának december 16-i ülése.

Simon S., Vidos A., Weiner P.: *Oxytocin hatása a vércukorra.* Kisérleteik szerint emberben kismennyiségü intravenásan adott oxytocin inkább emeli a vércukrot, mint az ugyanilyen adagú vasopressin. Mivel kutyákban az intracysternalis adagolás nem volt eredményesebb az intravenásnál, nem valószínű, hogy a hypophysis által elválasztott oxytocin ilyen hatása centralis. Súlyos insulinmérgezett patkányok hypophysisében ezen anyag mennyisége nem változott meg. Ez a lelet egyéb észleletekkel együtt nagy valószínüséggel arra mutat, hogy az oxytocinnak a szervezet szénhydratforgalmában jelentősebb szerepe nincs.

Mansfeld G.: *Újabb vizsgálatok a thyroxin oxydatiós hatásáról.* (*Tyukody Franciska dr.*-al közösen végzett kisérletek alapján.) A kisérletek célja annak az eldöntése volt, vajjon a thyroxin nyugalmi anyagforgalmat fokozó hatását az

anyagcsereközpontok izgatása, tehát fokozott beidegzés által, vagy pedig a központi idegrendszertől függetlenül hozza létre, úgy hogy közvetlenül a sejtekben sietteti a vegyi folyamatokat. A keresztezett agyi vérkeringés módszerével sikerült kimutatni, hogy a thyroxinozott kutyák alapanyagforgalma nem csökken, ha az agyi központokat luminállal megbénítjuk, de megakadályozzuk, hogy a bódítószer a perifériához eljusson. A további kisérletek azt mutatták, hogy thyroxinozott és curarázott macskák fokozott gázcseréje sem csökken, ha az agyvelőt — a nyultvelő és vagusok átvágásával — teljesen kiirtatjuk, de a vérnyomás fenntartásához oly kicsiny adrenalinmennyiséget használunk, amelyek curarázott állatban sem vezetnek a gázcsere csökkenéséhez. A kisérletek egybehangzó eredménye tehát az, hogy a thyroxinnak a nyugalmi anyagforgalmat fokozó hatását még részben sem lehet azzal magyarázni, hogy az ú. n. anyagcsereközpontok izgalma vegetativ idegek útján növelné a szervekben az oxydatiókat, hanem thyroxin eljutva a szervek sejtjeibe, azokban közvetlenül sietteti a vegyi folyamatokat.

Simon S.: *A vérsavók vérnyomás-emelő anyagairól.* A véres vérnyomásméréshez a laboratoriumokban megszokott nagyobb állatok helyett a jóval kisebb és érzékenyebb decapitált patkányt használva, előadó kimutatja, hogy macskák, nyulak, birkák, sertések és marhák vérsavójában egy adrenalinszerű vérnyomásemelő anyag keletkezik. Cocain a vérnyomást fokozza, ergotamin viszont ezt megszünteti, vagy megfordítja. — Mellékvesenélküli macska vérsavójában ezen anyag mennyisége megnő. Nem decapitált aetherrel, vagy diállal narkotizált patkányokban ugyanilyen hatás észlelhető. Viszont az ember-, kutya- és lósavókban fellelhető vérnyomásemelőanyag nem adrenalinszerű, hatása cocainnal és ergotaminnal nem befolyásolható. Többszöri alkalmazás után az erek újabb adagolással szemben érzéketlenné válnak.

Az előadások után tisztújítás volt. A szakosztály egyhangulag ismét *Vámossy Zoltán* professort választotta meg elnökké, alelnök *Beznák Aladár* professor, jegyzők *Mosonyi János* és *Láng Sándor* lettek.

A Debreceni Orvosegyesület december 16-i ülése.

Bemutatások:

Czukrász I.: *Könnytömlődaganatot utánzó fissa sacci lacrymalis sarkoma.* 1931 október 8-án 54 é. nőbetegen a jobb belső szemzugban mogyorónyi puhatapintatú daganatot észlelt, amelyet a könnytömlővel együtt kiirtott. Mütét kapcsán kiderült, hogy a daganat a könnytömlő hátsó falát domborítja be, a csonthártyával összefügg. Szövettanilag fusocellularis sarkoma, amely a tömlőfal hátsó rostos burkán rajta ül. A tömlőkifejtés technikáját a daganat topographiája az elé a kérdés elé állítja bemutatót, vajjon a csonthártya szerves részét képezi-e a könnytömlőnek?! Ha igen, úgy könnytömlősarkomával, ha pedig nem ugy fossa sacci lacr. csonthártyájának daganatával áll szemben. Mindenesetre felhívja a figyelmet arra, hogy milyen fontos a tömlő nasalis és hátsó falának szorosan a csonton történő tompa kifejtése. A beteg 4x 300 R. röntgenbesugárzást kapott, mütét óta panasz- és tünetmentes.

Domokos K.: *Gonitis tbc.-t utánzó gonitis luetica.* A lueses izületi gyulladás nem ritkaság, de nem is gyakori megbetegedés. A különböző életkorban úgy a szerzett, mint az öröklött lues alkalmával előfordul, ez utóbbi esetben többnyire 10—12 életév között. A legkülönbözőbb izületekre localizálódhat, leggyakrabban, *Hippel* szerint, 56%-ban térdizület betegszik meg, legtöbbször mindkét oldalt. Esetük is egy gonitis luetica bilateralis, amit orvosa gonitis tbc-vel küldött intézetünkbe, mivel a folyamat általános roboráló therapiára, napkúrára, az alkalmazott gypskötésre nem javult. Gyengén fejlett, kp. táplált 13 éves fiugyermek. Pupillák kerekek egyenlőek, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Bal szaruhártya kissé homályos. Jobb tüdőcsúcs felett tompulat, jobb tüdő felett elszórtan szörtyzörejek. Tüdőröntgen: Közepesen megnagyobbodott hilusok. Normalis reflexek. Mindkét térdizület duzzadt, konturok elmosódottak, nyomási, mozgási fájdalom nincs. Röntgen a térdeken eltérést nem mutat. Mivel anja 9 éve ágyban fekszik, járni nem tud és így valószinüleg arthropathia lueticája van, továbbá, hogy mindkét izület betegedett meg és a röntgen elváltozást nem mutat, gonitis lueticát állapitottak meg. Diagnosisuka igazolta a Wa. ++++ és a szemészeti vizsgálat, ami keratitis parenchymatosát állapitott meg. A lueses izületi gyulladás klinikailag különböző izületi megbetegedéseket utánozza és a diagnosis gyakran nehéz. Eldönti a diagnosist a Wa. reactio és a spirochaetának az izületi punctatumban kimutatása. A heveny fájdalommal, magas lázzal járó synovialis alak hasonló a polyarthritis rheumaticához, míg a fungosus idült alak főleg a térdre localisálódva gonitis tbc-vel téveszthető össze. A rheumatikus izületi gyulladástól megkülönbözteti, hogy nem vándorol az egyes izületekre és a szokásos antirheumatikus kezelésre nem javul. A tbc-s izületi gyulladástól megkülönbözteti, hogy a fájdalom kisebb, functiozavar, contractura, izomatrophia, sipoly nincs. Röntgen gyakran elváltozást nem mutat, ha azonban van elváltozás, az nem gócszerű, mint a tbc-s esetekben, hanem diffus. Therapia: antilueses kura és belsőleg jódkáli. Kórjóslat: ahol még csontelváltozás nincs, jó, ahol már van, ott javulás nem mindig következik be.

Előadás:

Neuber E.: *A skleroma serologiája, allergiás reactiói, fajlagos kezelése, különös tekintettel az újabb kutatásokra.* — (Egész terjedelmében megjelenik az O. H.-ban.)

Tognio Lajos.

Tognio Lajos a Pázmány Péter egyetemen az általános kórtannak és a gyógyszertannak volt a tanára 1824—1854-ig. Tanári működése annyiban szenvedett megszakitást, hogy az 1848-as szabadságharc idejében megalakult első felelős magyar kormány, Togniot állásából elmozdította és csak szabadságharcunk letörése után, az abszolutizmus kormánya helyezte őt vissza állásába. Tognio 1798-ban Bécsben született, tanulmányait is ott végezte, így hát idegen származású volt és a magyar nyelvet még élete végén sem bírta tökéletesen. Tanári működése visszont hazánk egyik legtörténelmibb időszakára esik, amikor jogos nemzeti követeléseink érdekében a fegyveres ellnállást is megkiséreltük. Úgy a szabadságharcot közvetlenül megelőző időkben, mint az azt követő elnyomatás korszakában, a becsületében súlyosan megbántott nemzet fokozott érzékenységgel bírálta el honfitársainak politikai magatartását. Tognio érzelmileg nem tudta magát azonosítani nemzetünk fellángolásával és így érthető, hogy munkássága kortársai részéről javarészt csak elitélő kritikával találkozott. A kortársak azonban nem szoktak igazságos bírák lenni és az emberi élet munkásságának igazságos felbecsüléséhez szükség van az idők távlatára.

Tognionak politikai magatartását mai szemmel, elfogulatlan kritikával nem tudjuk túlságos szigorúsággal elbirálni. Ő idegen volt és így érthető, hogy a nemzet forradalmi gondolatvilágába nem tudott beleolvadni. Ha azonban Tognionak, a tanárnak, a tudósnak, a kutatónak a munkásságát tesszük kritika tárgyává, akkor mást, mint jót és elismerőt nem tudunk róla mondani. Ebben a tekintetben még egyik-másik tanártársa is, kiknek jó hazafi mivoltához kétség nem férhetett, csak elismeréssel nyilatkozot személyéről, ahogyan mindezt nádudvari Győri Tibornak „Az orvostudományi kar története 1770—1936" c. jeles munkájában olvashatjuk.

Tognio a magyarországi balneológiának legnagyobb úttörője volt. Időt, fáradtságot, anyagi áldozatot nem kímélve, annyit tett hazai ásványvizeink felkutatása, vizsgálata és leirása ügyében, hogy többet akkor sem tehetett volna, ha földünkhöz a forró hazaszeretet köteléke fűzte volna. Annál nagyobb csodálkozással kell Tognio munkásságát méltatnunk, mert hazánkra nézve igen hasznos munkáját elismerés és támogatás helyett csak gáncsoskodás és részvétlenség kisérte. Az anyagi támogatás és az emlitet részvétlenség miatt a tervezett nagy hydrographia helyett tollából nem is jelent meg más, mint: „Néhány szó Magyarhon ásványvizeiről." kb. egy ívnyi terjedelemben. Ez a kis füzet azonban csak nagyon hiányos tükrét adja Tognio munkásságának. Úgyszintén kortársainak feljegyzései is kevés adatot szolgáltatnak

arra vonatkozólag, hogy Tognio nagy munkásságáról képet alkothassunk magunknak.

A bécsi Nemzeti könyvtár kéziratgyüjteményében egyik magyarországi gyógyfürdőre vonatkozó igen érdekes feljegyzésekre hívta fel a figyelmet dr. Borbély Andor, ki a bécsi levéltárakban a Magyarországra vonatkozó térképészeti emlékeket gyüjtötte össze. A kézirat tanulmányozása közben felmerült az a kérdés: vajjon miképen került ez a kizárólag magyarországi fürdőre vonatkozó kézirat a bécsi könyvtárba. A könyvtár vezetőségéhez intézett kérésemre azután megkaptam a választ, amely szerint az illető kézirat Tognio Lajos pesti egyetemi tanár hagyatékával együtt került 1855-ben a bécsi Hofbibliothek-ba.

Ez a válasz hívta fel a figyelmet Tognio nevére és keresni kezdtem Togniotól származó kéziratok után. Keresésemnek eredményeképen 26 kéziratot találtam, amelyek közül egyik-másik vaskos kötetet tesz ki. Ezek a kéziratok egy fáradhatalan szorgalmú tudós életmunkásságát és a magyarországi balneológia történetének eddig feltáratlan kincseit tartalmazzák. Mert arról is meggyőződhettem, hogy ezek a kéziratok eddig feldolgozásra nem kerültek, amit talán az a körülmény magyaráz meg, hogy a háború utáni időkig a Hofbibliothek-ban voltak megőrizve, amely pedig, mint titkos könyvtár, a kutatás számára csak nehezen volt megközelíthető.

Most azonban ezek a kéziratok minden kutató számára elérhetők, azért felhívom ezekre a nyilvánosság figyelmét, mert biztos vagyok benne, hogy rövidesen akad nálam hivatottabb, lelkes kutató, aki ezeknek a feldolgozásával a magyarországi balneológia történetének nagy hasznára lesz.

A következőkben felsorolt kéziratok mind *Tognio* tolláből származnak a 13.649. sz. kivételével, amely azonban szintén a gyógyvizek felkutatására irányuló levelezésére kapott válaszokat tartalmazza. A kéziratok megtalálhatók a bécsi National Bibliothek kéziratgyüjteményében (I. Josefsplatz).

No. 13316. (Suppl. 1383.) „Hydrographica Hungariae (Transilvania)" partim latino, partim germanico confecta sermone.

No. 13332. (Suppl. 1356.) „Iter Temesiense" sive brevissinae notulae de urbibus, oppidis, vicis etc. in sic dito Banatu praesertim de fontibus salubribus et mineralibus in iisdem profluentibus.

No. 13334. (Suppl. 1360.) „Iter Thurocziense susceptum 13. Augusti et terminatum 28. Septembris a. 1838. per comitatus Pestiensem, Strigoniensem, Comaromiensem, Jauriensem, Mosoviensem, Posoniensem, Nitriensem, Baroiensem, Thurocziensem, Honthensem, Neogradiensem" sive brevissimae notulae de uribus, oppidis, vicis etc. praesertim de fontibus salubribus et mineralibus in iisdem profluent bus.

No. 13644—13646. (Suppl. 1368 et 1384.) Colletanae partim latina, partim germanica ad balneographiam Hungariae pertinentia.

No. 13673—13675. (Suppl. 1369.) Colletanae balneographiam Hungariae partim latina, partim pancula hungarica.

No. 13677. (Suppl. 1354.) Album locorum Hungariae fontibus salubribus et mineralibus illustrium secundum ordinem alphabeticum digestum.

No. 13680—13681. (Suppl. 1355.) „Aqua minerales Hungariae serie comitatum ennumeratae" (sic) nempe collectanae varia de aquis et fontibus mineralibus in regno Hungariae profluentibus.

No. 13683. (Suppl. 1359.) „Iter Liptoviense" nempe annotationes variae partim latinae, partim germanicae de rebus et hominibus in itinere Liptoviensi factae, quod pro indagandis fontibus mineralibus auctor susceperat.

No. 13425. (Suppl. 1385.) Collectanae ad balneographiam Hungariae.

No. 13699—13703. (Suppl. 1427.) „Aquae minerales Hungariae, Croatiae, Banatus, Voivodinae et Confinii militaris" iuxta ordinem alphabeticum tam singulorum comitatuum quam locorum in singulis comitatibus sitorum digestae et illustratae.

No. 13779. (Suppl. 1366.) „Ex litteris ad (Paulum) Kitaibelium datis" excerpta germanica et latina ad balneographiam regni Hungariae et partium adnexarum spectantia, collecta a F. L. de T.

No. 13806. (Suppl. 1370.) Collectanae ad balneographiam regni Hungariae et partium adnexarum.

No. 13807. (Suppl. 1361.) „Ex itinere (Pauli) Kitaibelii Soproniensi 1806" excerpta germanica ad thermas et aquas minerales eiusdem comitatus Soproniensis (Oedenburg) spectantia, collecta a F. L. de T.

No. 13808. (Suppl. 1362.) „Ex itinere banatico (Pauli) Kitaibelii 1805" excerpta germanica ad thermas et aquas minerales comitatum banaticorum spectantia, collecta a F. L. de T.

No. 13809. (Suppl. 1363.) „Iter (Pauli) Kitaibelii in Bereghiensem comitatum 1803" excerptum germanicum pro thermis et aquis mineralibus describendis a F. L. de T.

No. 13811. (Suppl. 1365.) „Iter (Pauli) Kitaibel'i Magnovaradiense 1798" excerptum germanicum pro thermis et aquis mineralibus describendis a F. L. de T.

No. 13812. (Suppl. 1382.) „Iter (Pauli) Kitaibelii Marmarosiense secundum 1815" excerptum germanicum pro thermis et aquis mineralibus describendis a F. L. de T.

No. 13813. (Suppl. 1358.) „Iter Trenchiniense susceptum anno 1837 per comitatus Pestiensem, Albensem, Comaromiensem, Veszprimiensem, Castriferrei, Soproniensem, Mosoniensem, Posoniensem, Nitriensem, Trencheniensem, Strigoniensem" precipue ad indagandas thermas et aquas minerales in iisdem comitatibus profluentes.

No. 13836. (Suppl. 1357.) „Iter in Marmatiam per comitatus Pestiensem, Hevessiensem, Borsodensem, Zemplinensem, Szathmáriensem, Biharensem, Bereghensem, Ugocsanum, Szabolcsensem, Marmarosiensem" ad indigandas thermas et aquas minerales in illis comitatibus regni Hungariae profluentes susceptum et absolutum.

No. 13851 et 13852. (Suppl. 1335.) „Examen aquarum mineralium Hungariae" iuxta ordinem alphabeticum nominum propriorum digestum. Codex ab auctore latina lingua exaratus lituris, additamentis etc. scatet.

No. 13873. (Suppl. 1352.) Catalogus omnium aquarum et fontium mineralium in regno Hungariae et partibus annexis profluentinum ordine alphabetico dispositus adjectis simul brevissimis notulis de illorum fontium et aquarum nature et effectibus.

Ezeknek a kéziratoknak átlapozása nagy szorgalommal és hasznos munkával kitöltött életről tanuskodik. Ha pedig meggondoljuk, hogy mindez hazánk gyógyvizeinek érdekében történt, akkor nyugodt lelkiismerettel megbocsáthatjuk Tognionak — emberileg különben is érthető — politikai magatartását és őt méltán a magyar természettudósok díszei között emlegethetjük. Tartozunk ezzel Tognio emlékének annál is inkább, mert életében elismerés és méltánylás úgy sem jutott osztályrészéül. Az elismerés hiánya és az a fagyos közöny, amely hazánk érdekében végzett munkásságát a nemzet részéről kísérte, Tognio számára sok szomorú órát szerzett és élete vége felé zárkózott emberkerülővé tette őt, sőt munkakedvétől is megfosztotta. Elkeseredett, csalódott lelkivilágát tükrözi vissza egyik legnagyobb kéziratának nagy betükkel, piros tintával írt előszava, amelynek kezdő sorait szószerint idézem: „Es war vor mir Niemand so unbesonnen so thöricht, — es wird nach mir Niemand so thöricht sein — Zeit, Kräfte, Lebensgenuss, sein sauer verdientes Geld — und die Gelegenheit durch ärztliche Praxis sich Namhaftes — zu verdienen — zu opfern, — wie ich dieser Arbeit geopfert. — Diese meine Thorheit muss Jedem um so grösser erscheinen, — Jedem der da bedenkt, — dass ich ein Deutscher — und folglich schon als solcher in Ungarn nicht sehr liebevoll behandelt wurde.

Es hat ein Sachverständiger vor mir gesagt (Pester Zeitung 1847, S. 2467) „Professor Tognio der viele Jahre hindurch mit der aufopferndsten Liebe sich dem Studium heimischer Quellen hingab und dafür wohl Anerkennung

aber wenig Unterstützung, noch weniger Lohn erntete, könte uns hierüber gar traurige, niederschlagende Dinge erzählen.

Das thue ich aber nicht sondern ernahme Dich ehrter Leser: Arbeite nicht ohne Lohn. — Erwerbe so lange es Zeit ist. Stelle dich für deine alten Tage sicher, — Ich habe es nicht gethan, ich war ein Thor."

Legyünk igazságosak és próbáljuk meg pótolni a mulasztást, amit Tognio személyével a multban elkövettünk.

vitéz Dániel Elemér dr.
egyetemi magántanár.

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Kelemen György dr.* egyetemi c. rk. tanárt a dán oto-laryngologiai társaság levelező tagjává választotta.

Az „Orvosi Számlálólapok" ügyében kérdésünkre a Budapesti Orvosi Kamara elnöksége az alábbi nyilatkozatot tette:

1937 március 18-án a Budapesti Orvosok Szövetsége közölte velünk annak a megkeresésnek szövegét, amelyet választmányának határozatából a Statistikai Hivatal igazgatójához intézett. E megkeresésben a Budapesti Orvosok Szövetsége arra kéri a Statisztikai Hivatalt, hogy az 1930. évben megejtett adatgyüjtést, amelynek alapján annakidején a budapesti orvosok socialis és gazdasági helyzete a szakkörök nagy érdeklödése mellett kimerítő feldolgozást nyert, ismételje meg. E célból a Budapesti Orvosok Szövetsége megküldötte a Statisztikai Hivatalnak az 1930. évi felvétel alkalmával összeállított számlálólap mintát is.

A Budapesti Orvosok Szövetsége fenti átiratában arra kérte Kamaránk elnökségét, hogy Kamaránk tagjait a kérdőívek pontos kitöltésére — úgy mint azt 1930. évben a Budapesti Orvosok Szövetsége is tett — hívja fel.

A Budapesti Orvosi Kamara elnöksége a Budapesti Orvosok Szövetsége választmányának az orvosok sociographiai felvételét indokoló érveit méltányolva, a kérésnek eleget tett és 1937. november 17-én a Budapesti Orvosok Szövetségéhez csatlakozva a Budapest Székesfővárosi Statisztikai Hivatalt az adatgyüjtés megismétlésére felkérte, majd a Statisztikai Hivatalnak f. évi január hó 19-én hozzánk intézett megkeresésére, amely szerint a Statisztikai Hivatal is az összeírás sikere érdekében szükségesnek látja, hogy a Budapesti Orvosi Kamara kérje fel a budapesti orvosokat a számlálólap kitöltésére, a Kamara az ismert szövegü kisérőlevelet bocsátotta a Statisztikai Hivatal rendelkezésére.

A számlálólapok kibocsátása után a Budapesti Orvosi Kamara elnöksége megdöbbenéssel állapította meg, hogy a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal által szétküldött bizalmas kérdéseket tartalmazó, orvosi számlálólapokhoz mellékelt válasz-boríték belső lapja számozással van ellátva. A Kamara elnöksége ez ügyben azonnal érintkezésbe lépett a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal igazgatójával, akitől azt a megnyugtató kijelentést nyerte, hogy a boríték számozása eredetileg más célra szolgált, a számozás rendszertelen és nem alkalmas a beküldő személyazonosságának megállapítására. Ilyen szándék egyébként a Székesfővárosi Statistikai Hivataltól távol áll.

Minthogy azonban a Budapesti Orvosi Kamara elnöksége még a lehetőségét is ki akarta zárni annak, hogy a tagoknak a számlálólapokon tett közlései bizalmas jellegüket elveszíthessék, — bár a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal igazgatójának fenti kijelentése szerint ez teljesen ki van zárva — a Székesfővárosi Statisztikai Hivatallal megállapodott abban, hogy a postán már eddig beérkezett és beérkező számlálólapokat felbontatlanul a Kamarához irányítsák. A Budapesti Orvosi Kamara a Székesfővárosi Statisztikai Hivataltól hozzá áttett borítékokat felbontatlanul hivatalosan megsemmisíti.

A Budapesti Orvosi Kamara elnöksége egyben felkérte azokat a tagjait, akik számlálólapjukat még nem küldték be, hogy azok beküldésétől tekintsenek el.

Számos kartársnak rendelkezésükre bocsájtott válaszboritéka alapján azt is megállapította a Budapesti Orvosi Kamara elnöksége, hogy a borítékok titkos számozása megegyezik azzal a sorrenddel, amelyben az Országos Orvosi Kamara Hivatalos Névjegyzékében a budapesti kamarai tagok szerepelnek.

Mindezen tények alapján az Elnökség ez ügyben február hó 18-ára rendkívüli választmányi ülést hivatott egybe s annak határozata alapján teszi meg az esetleges szükséges további lépéseket.

A Széchenyi Tudományos Társaság senátusának ülése. A Széchenyi Tudományos Társaság senátusa február 16-án a Müegyetem tanácstermében ülést tartott, melyen a távollévő elnök, *gr. Széchenyi Bertalan* helyett az ügyvezető bizottság megbízásából *Grósz Emil* egyetemi tanár elnökölt. A senátus örömmel vette tudomásul, hogy a társaság 10 éves működésének megünneplésére február 27-én ½12 órakor a Müegyetem aulájába összehívott közgyülésen a Kormányzó úr meg fog jelenni és ez alkalommal a Széchenyi Tudományos Társaság segítségével végzett laboratóriumi munkák egy részét meg fogja tekinteni. *Schimanek Emil,* a Társaság ügyvezető főtitkára a senátusnak előterjesztette a kutatási segélyekért benyujtott kérvényeket, melyeket az ügyvezető bizottság előzetesen megbirált. A senátus technikai és mezőgazdasági kutató munkásságokra 84.000 pengőt, az orvostudományokra 26.000 pengőt és physikai munkásságokra 12.000 pengőt szavazott meg, összesen tehát 122.000 pengőt. A senátus örömmel vette tudomásul, hogy a társaság 6 pártoló tagja tagdíjaikon kivül 15.000 pengőt bocsátott báró *Korányi Sándor* egyetemi tanár rendelkezésére, hogy tudományos munkásságát tanitványaival folytathassa. *Jakobovits Dániel* helyettes főtitkár a senátusnak bejelentette, hogy 11 új tag jelentette be belépését, köztük a Takarékpénztárak és Bankok Egyesülete is, évi 5000 pengővel. Jelenti továbbá, hogy *a lefolyt 10 év alatt 900.000 pengőt bocsátott a Társaság hazai természettudományi kutatások rendelkezésére.* Az irodai és administratiós költségek a kiutalt összegek alig 1%-át teszik ki. A Széchenyi Tudományos Társaság elnöke *Popovits Sándor* volt, jelenleg *gr. Széchenyi Bertalan,* a felsőház elnöke, a Széchenyi nemzetség seniorja. Főtitkára és ügyeinek intézője és vezetője *Schimanek Emil* müegyetemi tanár. A Társaság az 1925-ben *gr. Klebelsberg Kunó* javaslatára a Kormányzó által összehívott természettudományi congressus alkalmával alakult meg. *A Kormányzó* 1925. évi február hó 25-én kiadott meghívójában azt mondotta: *„az országnak nemzeti szerencsétlenségeink következtében megfogyatkozott erejét a tudás hatalmával kell meghatványozni".* A Széchenyi Tudományos Társaság 10 évi munkásságával a Kormányzó várakozásának megfelelt. A Társaság anyagi eszközeit a társadalom és elsősorban az ipar bocsátotta rendelkezésére.

A Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének 1938. év szeptember hó folyamán Budapesten megtartandó XX. közgyülésén kerül újból kiosztásra a *báró Korányi Frigyes Alapitvány* ezúttal 150 P kamata. A pályadijjal tuberculosissal foglalkozó teoretikus tárgyú dolgozat fog jutalmaztatni. Pályázik minden 1934. május óta, magyar szerzőtől megjelent mü. A pályázó dolgozatok külön is beküldhetők a titkárhoz: (Budakeszi, Erzsébet Királyné Szanatórium.)

A VIII. Nemzetközi Thalassotherapiás Congressust f. évi jún. 3—6 közt tartják meg *Montpellierben.* A congressus elnöke *Aimes* professor. Két főthemája van: 1. A peritonitis tuberculosa és 2. Meteorologiai tényezők szerepe a tengeri klimában. Érdeklődőknek *Rajka dr.* (VI., Irányi utca 5. T.: 182—799) ad felvilágositást.

A X. Nemzetközi Psychotherapiai Congressust ez évben július 29.—aug. 2. között *Oxfordban, a „Balliol College"-ben* tartják. Az angol egyesületek ez év folyamán különös ünnepélyességgel szándékoznak a Congressust megrendezni. Erre hivatkozással a kulturállamok képviselői között súlyt fektetnek arra, hogy a magyar orvosok is mennél bövebben kivegyék részüket a Congressus munkájából. Előadások bejelentése, közelebbi felvilágosítások tekintetében rendelkezésre áll: *Völgyesi Ferenc dr.* idegorvos, Budapest, VI., Vilmos császár-út 23.

Az OTI Központi Orvosi Tanácsa által kiküldött kilences bizottság f. hó 21-én tartotta ülését, melyen az intézeti orvosi kar mostani tarthatatlan helyzetének a megszüntetését kivánta s egyidejüleg rámutatott azokra az intézkedésekre, amelyeknek a foganatosítását ennek a célnak az elérése érdekében feltétlenül szükségesnek tart. Követeléseiket 12 pontba foglalták össze, amelyek a következők:

1. a kollektiv szerződést, amely minden OTI orvosnak teljes jogbiztonságot nyujt; — 2. az orvosi kar munkájának és méltóságának megfelelő működési és illetményszabályzatot; — 3. előmenetelük biztosítását, korpótlék, családi pótlék, rezsi megtérítés sürgös megállapítását; — 4. az orvosi költségtömeg felemelését a betegségi ágazatban, valamint az öregségi, rokkantsági, baleseti ágazatban, az egészségvédelemben, a megelőzésben és a felülvizsgálati szakvéleményekben kifej-

tett munka illő díjazását; — 5. az adóügy igazságos megoldását, az adóalapból a dologi szolgáltatások levonását; — 6. a nyugdíjügy igazságos rendezését, az 1928. előtti nyugdíjnak az OTI által pótlását; — 7. az Orvosi Tanácsok jogkörének kibővítését és az önkormányzati szervekben kellő részvételük biztosítását; — 8. a betegsegélyezési rendtartást, amely az orvosnak teljes lelkiismereti és gyógyító szabadságot és biztos jövedelmet nyujtson; — 9. az OTI tagság biztonságos igazolását; — 10. a cenzus felettieknek a társadalombiztosításból kirekesztését és mindennemü jogosulatlan orvosi szolgáltatás igénybevételének megakadályozását; — 11. a társadalombiztosítási jogszabályok egységesítését; — 12. Addig is, míg a fenti összeg függő kérdései hamarosan el nem intéztetnek, az 1931-ben elvezett fizetések és rendelőórák visszaállítását 1938 január hó elsejei hatállyal a korpótlékok egyidejü beállításával.

Megalakult a Magyar—Finn Társaság Orvostudományi Szakosztálya. Folyó hó 15-én nagyszámú és lelkes résztvevő jelenlétében alakult meg a Magyar—Finn Társaság Orvostudományi Szakosztálya, mint a Magyar—Finn Orvostársaság Magyar Osztálya. *Belák Sándor dr.* egyetemi tanár elnöki megnyitójában részletesen vázolta a szakosztály munkaprogrammját, majd *Keleti József,* a MOOSz főtitkára hosszabb előadásban ismertette a magyar—finn kapcsolatok kiépítését, különösen kiemelte az orvos- és assistenscsere jelentőségét, a tudományos dolgozatok kicserelését és az ötévenként megrendezett Finn—Ugor kulturcongressusokkal kapcsolatosan a finn—magyar orvoscongressusok megrendezését. *Bilkei Pap Lajos* egyet. magántanár személyes tapasztalatai alapján fejtette ki a gyakorlati lehetőségeket és javasolta, hogy az „Orvosképzés" ünnepi finn számot adjon ki, előkelő finn orvosszerzők dolgozataiból. — *Gaskó Dezső dr.* adjunctus röviden ismertette a finn orvosképzés és egyetemi viszonyokat és bejelentette a magyar—finn orvoscsere gyakorlati megvalósulását, amennyiben március 13-án *Snellman Aarno dr.,* sebész és *Valle Aarne dr.* belgyógyász tanársegédek Budapestre érkeznek tanulmányútra, mint a magyar kultuszkormány és az Orvosi Továbbképzés vendégei. Az értékes előadások elhangzása után *Sutinen* finn követségi attasé magyar nyelven köszöntötte a megalakult Orvostudományi Szakosztályt, ezután *Groó Béla dr.* MOOSz és *Koritsánszky Ottó* a Magyar—Finn Gyógyszerészszakosztály nevében kívánt sok sikert az Orvostudományi Szakosztály tevékenységéhez.

Az Orvostudományi Szakosztály tiszteleti tagjai lettek: *Irjö Reenpää,* a Finn Duodecim Orvostársaság elnöke, *Martti Mustakallio dr.,* a Finn—Észt—Magyar Orvostársaság elnöke és *Verebélÿ Tibor dr.* egyetemi tanár. Elnök: *Belák Sándor dr.* egyetemi tanár, ügyvezető alelnök: *Keleti József dr.,* főtitkár: *Gaskó Dezső dr.* Elnökségi tagok a vidéki egyetemek professzorai közül *vitéz Berde Károly* (Pécs), *Berecz János* (Szeged) és *Jeney Endre* (Debrecen).

Az Egyesült Államokban feltünt, hogy a kábítószer élvezők között igen sokan szenvednek malária ban, (112 közül 40.) Ennek okát kutatva megállapították, hogy a méreg (heroin) befecskendezésére szolgáló fecskendőt tisztítatlanul kézről-kézre adják, s így a fecskendők sürün fertőzöttek malariával.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik 1938 február 15—21. közt. Ezen a héten a frontátvonulások száma kissé emelkedett, de a frontok átlagos erössége olyan csekély volt, aminő csak a koratavaszi és koraőszi időszakban szokott előfordulni. Általánosabb frontreactiók egyedül a február 19-ről 20-ra virradó éjjelen átvonult betörési front postfrontalis időszakában (este 23 órától kezdve) feltételezhetők. A meteoropathák túlnyomó többsége azonban a felsikl.ási frontok iránt praefrontalisan érzékeny; ezeknél legfeljebb február 16-án délután mutatkozhatott némi reactió. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Február	15	4	betörési	gyenge	Szélford. É. K.-ről É Ny.-ra
	16	13	betörési	gyenge	Kis postfront, hav eső
	16	19	felsiklási	mé sek.	Praefront. eső 17 ó.-tól 1 mm.
	18	22	betörési	gyenge	Postfront. szél ökések, 8 m/mp.
	19	11	betörési	erős	Ködoszlás. Pusztító szélvih. Kecskeméten
	20	9	betörési	mérsék.	Szélbetörés felhő nélkül, 8 m/mp.
	20	23	betörési	gyenge	Szélford Dny-ról É-ra, 5 m/mp.
	21	9	betörési	gyenge	Kis hózápor
	21	14	betörési	gyenge	Gyenge szelbetörés, 12 m/mp.

*)A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. 1938. évi 6. számban.

GLUTEPSIN

glutaminsavas sosav és pepsin

GYOMORSAVHIÁNY, GYOMORSAVCSÖKKENÉS
eseteiben
a gyomorszekréció legerősebb ingere

Mintát és irodalmat kívánságra megküld:

TRES R.-T. Budapest, 113.

HETIREND

Február 28-án d. u. 6 órakor: a Magyar Urologia Társaság ülése (Urologiai klinika tanterme). *Mező Béla* és *Molnár István „A vesegyulladás therapiája"* címel a mult ülésen tartott referátumához hozzászólások. Bemutatások: *Kolbenheyer Zoltán:* Perirenalis haematoma operált esete, — *Farkas Ignác:* Egyoldali veleszületett hydronephrosis operált esete 7 éves gyermeken, — *Bochkor Béla:* Rosszindulatú vesedaganat operált esete.

Február 28-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Mócsy János:* Anthrax. Malleus.

Március 1-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Biedermann János:* A hypotoniáról.

Március 2-án a Közkórházi Orvostársulat ülése. (Kir. Orvosegyesület, Semmelweis- terme). Bemutatások: *Cser Lajos:* Carcinoma penis, *Győri György:* Granulosasejtdaganat esete, *Patyi István:* Tüdötályogok conservativ kezelése. Előadások: *Telegdi István:* C-vitamin szükséglet hastyphusban, *Bodrogi György* és *Makara György:* Amoebás dysenteria előfordulása hazánkban.

Március 4-től április 8-ig: a Budapesti Királyi Orvosegyesület *előadássorozata* „Az előkészítés és utókezelés jelentősége a mütéti eredmények javításában" címmel. Március hó 4-én *Verebélÿ Tibor* bevezető előadása után *Boros József* a kérdés belgyógyászati; március 11-én *Issekutz Béla* gyógyszerkezelési és *Bakay Lajos* sebészi; március 18-án *Illyés Géza* urologiai és *Burger Károly* szülészeti-nőgyógyászati; április 1-én *Hainiss Elemér* gyermekgyógyászati és *Ratkóczy Nándor* röntgenologiai vonatkozásait ismerteti. Végül ápr.lis 8-án az előadássorozatot vitaest követi.

Somogyvármegye Közkórháza, Kaposvárott.
Ált. 252—1938. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Somogyvármegye kaposvári közkórházában megüresedett *belgyógyász főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 300—1935. évi B. M. sz. rendelet szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel kezdödik.

A pályázati kérvényeket vitéz Igmándy-Hegyessy László főispánhoz címezve és megfelelően felülbélyegezve *1938 évi március hó 9-én déli 12 óráig* a kórház igazgatóságához kell benyujtani. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetem tekintetbe.

A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. az egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. köszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítványt; 7. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. a különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. az 5 évi kórnázi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesítés igazolását, (1930—1932. N. M. M. 10. §. 1. bek.); 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. kívánatos a szakdolgozatok, különlenyomatok csatolása, vagy az azokra utalás.

A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják.

A mellékleteket bélyeggel kell ellátni.

Kaposvár, 1938. évi február hó 9-én.

Erdős Ödön dr. s. k.
helyettes kórházigazgató.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A nógrádvármegyei Mária Valéria közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 124.000—1926. 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, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények *1938 március hó 20-án déli 12 óráig* méltóságos Dr. Soldos Béla főispán úrhoz címezve a kórház igazgatóságához nyujtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. Szü'etési anyakönyvi kivonat; 2. Erkölcsi bizonyítvány; 3. Magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. Magyar orvosi diploma másolata; 5. Curriculum vitae; 6.Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyítvány.

Balassagyarmat, 1938. február 5.

Kenessey Albert dr. s. k.
kórházigazgató-főorvos.

A húgyutak infectióinak gyógyszeres kezelése számára a Richter-féle *Ambesid* jó hatású antisepticumnak bizonyult. Ambesidet a betegek jól türik, a húgyutakat nem izgatja, hatása nem függ a kiválasztás concentratiójától, minden bakteriummal szemben hatásos és független a vizelet vegyhatásától. Főleg ott használható jó eredménnyel, ahol az infectiót nem kisérik durva anatomiai elváltozások. Különösen k váló hatású acut, lázas infectiók esetében. A legfeltünöbb eredményeket cystitis, pyelitis, cystopielitis, pyelitis gravidarum, vesekö következtében jelentkező pyelitis, és neurosis nocturna alkalmával érte el. Bár a ma rendelkezésünkre álló vizsgálati módszerek alapján valamennyi antisepticum teljes hatóképességét megállapitani nem tudjuk, de klinikai és laboratoriumi megfigyeléseink összeegyeztetése alapján, az Ambesidet a húgyutak bármely bakterium által előidézett acut és chronikus infectiójában jó hatású antisepticumnak ismerték meg. (*Hencz László dr.:* Gyógyászat, 1937. évi 41. sz.)

Orvosi Hetilap 1888-as évfolyamát megvételre keresünk elméleti intézet számára.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt., Ujpest, *Neomagnol*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Magyarországon 1933 február 6 tól 12-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complig	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	4	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	1	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	1	—	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	8	—	—	1	—	—	—
3. Baranya	251.8>4	6	1	—	—	1	—	6	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	4	4	2	—	—	—
4. Békés	337.414	—	—	—	—	—	—	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	2	—	—	—
5. Bihar	181.746	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	3	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	18	3	10	3	1	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	1	—	—	—	—	—	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.013	1	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
9. Fejér	231.470	—	—	—	—	1	—	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	12	4	6	4	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	19	1	1	—	—
11. Hajdú	181.837	—	1	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1	5	1	1	—	—
12. Heves	323.712	2	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	19	4	2	6	—	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	3	1	—	—	—	—	7	1	6	—	—	—	—	—	—	—	30	6	3	1	—	—	—
14. Komárom-Esztergom	182.975	1	—	1	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	1	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	24	4	3	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	5	2	—	—	1	—	31	—	53	—	1	—	1	—	—	—	257	46	37	19	—	—	—
17. Somogy	390.794	2	—	—	—	—	—	5	2	10	—	—	—	—	—	—	—	63	9	7	1	4	—	—
18. Sopron	142 399	2	—	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—	—	1	—	—	9	—	4	—	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424 669	4	1	—	—	—	—	5	1	1	—	—	1	—	—	—	—	4	—	—	2	5	—	—
20. Szatmár-Ugocsa-Bereg	159.705	2	1	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	2	3	—	—
21. Tolna	265.884	3	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	—	—	—	—
22 Vas	272 599	9	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	5	7	3	1	—	—	—
23. Veszprém	248.310		—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	15	2	—	—	—
24. Zala	369.469	3	2	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	—	1	—	2	—	—
2 >. Zemplén	149.916	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—	2	—	—
I. Baja	30.774	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	6	—	—	—	—	—	43	1	70	2	—	—	1	—	—	—	339	81	19	9	—	—	—
III. Debrecen	125.368	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	15	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	82 360	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	—	—	—	—	—	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
X. Szeged	139 702	—	—	—	—	—	—	3	1	9	—	—	—	—	—	—	—	6	2	3	—	—	—	—
X'. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Összesen:	8,991.179	62	10	1	...	12	...	190	10	224	3	2	1	3	1	1	...	866	212	164	65	19	—	...
Medián 1931—37		60	8	2	...	10	...	304	21	221	4	2	...	2	1	2	...	594	156	160	33	1	—	...

Ovaklimax

A klimakterium összes zavarainál

Bromozott ovarium, papaverin, theobromin és calcium kombinációja.

50 tablettát tartalmazó üvegek.

PERHEPAR

Antianaemiás hatásu májkivonat.

Ampullák (à 2 és 5 cm^3), pulvis, tabletta, liquoid.

RICHTER GEDEON

VEGYÉSZÉTI GYÁR R.T., BUDAPEST X.

AKTEDRON – CHINOIN

tabletta és injectio

A szellemi működések és a hangulat stimuláló szere

Javallatok:

Egészséges egyéneken megerőltető szellemi teljesítmények, éjszakai szolgálat előtt, neurastheniás fáradékonyságban és nyomottság esetében, gátlások megszüntetésére, endogen climactericumi és toxikus eredetű depressiokon, melancholi könnyebb eseteiben, schizophreniában, elvonókúrák abstinentiális narcolepsiában, stb, stb.

NEM ALKALOIDA! NEM SZOKHATÓ MEG!

NEM ÁRTALMAS!

20 tabletta phiola

6 ampulla doboz

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Fogyasztókúra okozta szürke hályogképződés.

A világháború alatt a francia lőszergyárakban súlyos, olykor halálos mérgezéseket észleltek, melyeket pikrinsav gyártásakor keletkező dinitro-naphtholra vezettek vissza. E vegyületek pharmakodynamiájával számosan foglalkoztak már 1885 óta *(Cazeneuve* és *Lépine)*. *Heymans* (1929) a dinitro-naphthollal foglalkozott. 1932-ben *Magne, Mayer* és *Plantefol* alapvető állatkisérleteikben megállapították, hogy a 6 isomer alak közül az *1, 2, 4. dinitrophenol* a legerősebb hatású; a szövetek oxydatióját nagymértékben emelik (körzeti támadáspont), hyperthermiát és -pnoët okoznak. A halálos adag különböző állatfajokra nézve 5 cg/kg, függetlenül a bevitel módjától. Az említett szer sárga, könnyen oldódó, kristályos test. E rendkívül mérgező anyagot amerikai szerzők (*Tainter* és társai, 1933) elégtelen kisérletek után fogyasztási célból kezdték rendelni elhájasodott betegeknek és azt kiváló eredményeik alapján ajánlották is, noha szövődményeket ők is láttak. Az igen hatásos szer, ami mellett a diaeta tartása feleslegessé vált, hallatlan elterjedést mutatott. Az Egyesült Államokban közel 100.000 egyén szedett dinitrophenolt, mely az utóbbi években Európában is megjelent. Adagját 3—5 mg/kg-ban állapították meg. Angol szerzők a dinitro-orthokresolt ajánlottak, ami azonos toxicitás mellett 3-szoros erősségű. A különlegességek egész sora jelent meg az amerikai és európai piacokon különböző nevek alatt (dinitra, dikresyl, diphen, stb.); noha az orvosi körök óva intettek a szer nagy mérgező tulajdonságaitól, a dinitrophenolt gyakran minden ellenőrzés nélkül, sőt vény nélkül is kaphatta a közönség. Nemsokára megjelentek a híradások a halálesetekről (7) és súlyos mérgezésekről: allergiás jellegű bőrjelenségek, a vérképző szervek károsodásai (purpura, agranulocytosis), szívizom laesiók, stb. A kérdésre vonatkozó toxikologiai adatok, valamint a klinikai közlések pontos feldolgozása *Staub* kitünő közleményében található (Klinische Wochenschrift 14 k. 6. sz., 1935). A sejtek oxydatiójának fokozása talán úgy történik, hogy a nitrotestek a redox-rendszerben H-acceptorként szerepelnek, mely folyton regenerálódik. Tény, hogy az anyagcserefokozó hatás nem áll kapcsolatban a methaemoglobin képződéssel. Kétségtelen, hogy ezen igen differens szer állandó alkalmazása a vese- és májparenchyma súlyos bántalmazottságát okozhatja, kivált érzékenyebb, vagy legyengült szervezetben; a velük járó gyomor-atonia és étvágytalanság is „fogyasztó" hatású.

A szer érdekessége az, hogy az esetek egy kis részében (0.1—1%) *hályogot okoz*. Az első amerikai esetet *Boardman* írta le 1935-ben; azóta nagyszámban jelentek mey közlések, melyekről *Horner* számolt be részletesen (lásd ref. O. H. 1936. 47. sz.). Azóta Európában is jelentettek hályog eseteket; így elsőnek Finnországból (*Vannas*, majd *Helminen*), Hollandiából *(Van der Hoeve)*, Franciaországból *(Onfray)* és Svájcból *(Vogt)* (Zentr. Bl. 35—38. k.) Megállapítható, hogy a hályog éppenúgy, mint az általános mérgezés, a therapiás adag betartása mellett jöhet létre, viszont 28 kg-t eredményező 1½ éves kúrák dacára sem keletkezett. A dinitrophenol-hályogra jellemző, hogy golyóalakú, erősen fénytörő képletek jelennek meg a kéregben; a mellső tok ráncos, száraz felszínű; a hátsó kéreg fémfényű („aranyruha-tünet"). A hályog sárgás színű. Kezdetben túllátást és alkalmazkodási zavarokat észleltek. A hályog gyorsan halad előre és erősen duzzad; ennek következtében gyakori a nyomásemelkedés. A dolog természetében rejlik hogy mindig nőkről van szó; a hályog keletkezése független a bevett mennyiségtől. A kúra kezdetétől a hályog megjelenéséig átlag 15 hónap telik el; a kúra végétől számított idő, melyen belül még hályog keletkezhet, átlag ½ év. A kifejlődés 3—7 hónapig tart; a vége felé rohamos ütemű. Az öregkori hályog ellen ajánlott gyógyszerek itt sem befolyásolják a hályog kifejlődését. Említésre méltó azonban az intravenás C-vitamin bevitel *(Josephson)*, melynek van némi alapja.

A naphthalinnal ellentétben sem nyúlon, sem patkányon nem sikerült még kisérleti dinitrophenol-hályogot előidézni, az azonban kiderült, hogy a méreg nem változtatja meg a lencsetok permeabilitiását. — Mivel egy esetben tetaniás tünetek mutatkoznak *(Spaeth)*, felmerült a gondolat, hogy itt tulajdonképen parathyreopriv hályoggal állunk szemben. Ez ellen szól azonban a normal calcium-anyagcsere. *Onfray* szerint e testek májelégtelenséget okoznak és a szemelváltozások a vízanyagcsere megzavarásával (vízleadás, majd hirtelen felvétel) magyarázhatók; ő egy esetben glaukomás rohamot is észlelt. Mivel aránylag fiatal egyénekről és rendesen duzzadó hályogról van szó, linearis extractiót indicált. (Extracapsularis eljárás, öblítéssel összekötve.) Az eredmények igen jók voltak.

Nálunk efajta mérgezést még nem észleltek, de tekintettel a dinitro-vegyületek nagy népszerűségére, idejekorán hívjuk fel a közegészségügyi hatóságok figyelmét e rendkívül veszedelmes szerekre, melyek helye a méreglistán van.

Grósz István dr.
szemklinikai tanársegéd.

Exphysinnel szerzett tapasztalatok.

A hypophysis hátsó lebenyéből köztudomás szerint sokféle élettani hatású anyag nyerhető, amelyekből *Kamm*nak sikerült a kizárólagosan csak a méhizomzatra ható oxytocint (pitocint) és a csak vérnyomást emelő vasopressint (pitressint) isolálva előállítani. A hypophysis hátsólebeny kivonatnak a méhre irányuló hatását *Dale* és *Kehrer* fedezték fel 1909-ben, a szülészeti gyakorlatba bevezetése *Foges, Hofstädter* és *Hofbauer* nevéhez fűződik.

Osztályunkon az Egger-gyár által *exphysin* néven forgalomba hozott 10 I. E.-et *) tartalmazó hypophysis hátsólebeny kivonat hatását figyeltük meg a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlat különböző eseteiben. Megfigyeléseink 83 esetre vonatkoznak, amelyek a következőképen oszlanak meg:

Túlhordás esetében (18 napos) egyszer adtunk exphysint Stein-kúra alakjában, 33 éves először terhesnek, zárt méhszáj mellett. 4 I. E. exphysin intramuscularis befecskendezése után 30 perccel a fájások megindultak s

*) I. E. azonos a Voegtlin-egységgel. A Voegtlin-egység = a *Voegtlin* eljárása szerint előállított normál hypophysis száraz porának 0.5 mg-jával.

3 óra mulva a méhszáj ujjnyira tágult. Újabb 4 I. E. intramuscularis exphysin után a szülés 9 óra és 35 perc alatt simán lezajlott.

IV—VI. hónapos *kezdődő magzatvesztés* (abortus) esetében 29-szer adtunk exphysint. A magzatvíz mind a 29 esetben előzőleg elfolyt, a méhszáj tágassága „ujjkúpnyi külső méhszáj és bőven ujjnyi nyakcsatorna" között mozgott s a betegek ¾ részben fájások nélkül kerültek osztályunkra. Miután ilyen állapotban legtöbbször napokig szoktak feküdni a fájások megindulásáig, az utóbbi időben szerfelett megnövekedett betegforgalom miatt célszerűnek látszott gyógyszeres úton siettetni a vetélés befejezését.

E célból két módszert alkalmaztunk:

Az első sorozatban óránkint 10×0.10 gr. chinint adtunk per os, a harmadik chinin után 10 I. E. exphysint intramuscularisan.

21 ide tartozó esetünk közül 12 órán belül befejeződött 6, 1 napon belül 1, a 2-ik napon 7, a 3-ik napon 2, a 3—6-ik napon belül pedig 4. Egy esetben a 6 napon át folytatott kezelés eredménytelen maradt.

A második sorozatban 0.10 gr. chinint adtunk per os és 2 I. E. exphysint intramuscularisan, félóránként váltakozva.

8 így kezelt eset közül 12 órán belül befejeződött 7, 2½ nap alatt 1.

A napi maximum az utóbbi esetben nem haladta meg az 1. gr. chinin és 20 I. E. exphysin mennyiségét.

Fentiek szerint tehát az utóbbi módszer sokkal eredményesebbnek mutatkozott.

VII. hónapos terhesség esetén, egyébként az előbbi csoport eseteihez hasonló állapot mellett (elfolyt víz, „ujjkúpnyi külső méhszáj — ujjnyi nyakcsatorna") 4 esetben próbáltuk ki az exphysint. Az első módszer szerint kezelt 1 eset 12 órán belül fejeződött be.

Placentáris vérzés miatt 3 alkalommal adtunk 10 I. E. exphysint intravenásan. A vérzések a szülés után 15—30 perccel léptek fel, befecskendezésre mind a 3 esetben gyors méhösszehúzódás lépett fel és a vérzés megszünt. Egy esetben az injectio adása után spontán távozott az ép lepény, két esetben csak expressióra.

Szívósan tapadó lepény (placenta adhaerens) miatt 5 esetben adtunk 10 I. E. exphysint a szülés után 1 órával. Ezek közül 1 esetben magától távozott az ép lepény, 4 esetben további 1 óra múlva a befecskendezést meg kellett ismételni és expressiót kellett alkalmazni; a lepény így is csak töredezetten, hiányosan távozott, úgy hogy mindannyiszor méhüri betapintásra volt szükség.

Közepes fokú *atoniás vérzés* (kb. 1 liter vérveszteség) miatt adott 10 I. E. intravenás exphysin befecskendezés és massage hatására három esetben láttunk jó eredményt, a méh mindannyiszor jól contrahálódott, a vérzés megállt.

Az injectiót a venákba mindig lassan adtuk, shokhatást egy esetben sem láttunk. Kisfokú elhalványodástól eltekintve csak egy esetben panaszkodott a beteg forróságérzésről, egy esetben pedig hányásingerről.

A *méh hiányos visszafejlődése* miatt a gyermekágyban és a velejáró bővebb vérzés vagy szanyes folyás miatt 22 esetben adtunk 10 I. E. exphysint intramuscularisan. A méh fundusának állását mindig üres hólyag mellett vizsgálva, hogy az ebből származható hibaforrást kiküszöböljük, 24 órával a befecskendezés után a méh fundusa 2 esetben két-, 11 esetben egy harántújjal állt mélyebben, a véres folyás pedig színessé változott; 5 esetben a méh viszafejlődése megállapítható volt ugyan (fundus egy harántujjal mélyebben), a folyás azonban nem változott. Négy esetben végül csak a befecskendezések több napon át történő ismétlése után következett be a várt javulás.

II—III. hónapos *tökéletlen magzatvesztés* (abortus incompl.) miatt végzett méhkaparás kapcsán fellépő atoniás vérzéskor, mely a méhüreg tökéletes kitakarítása után sem csökkent, két esetben adtunk intravenásan 10 I. E. exphysint, amire a méh mind a kétszer gyors összehúzódással reagált, a vérzés megszünt. Kisfokú elhalványodáson kívül más kellemetlen mellékhatást ezekben az esetekben sem észleltünk

Osztályunkon hasi műtétek után a *bélműködés megindítása* céljából először a műtét után 24 órával kap a beteg 2—3 dl. kamillás csőrét, azután 36 órával később 1½—2 liter sennás beöntést. Erre a legtöbb esetben megindul a peristaltica és ½—1 órán belül a beteg kielégítő mennyiségű székletet ürít. 13 olyan esetben, amikor a műtét utáni bélhüdés kifejezettebb volt és a fent leírt módon a bélműködés megindítása nem sikerült, adtunk intravenásan 10. I. E. exphysint, a shok-hatás elkerülése céljából 40%-os invertoséval hígítva és ügyelve a befecskendezéskor, hogy az lehetőleg lassan történjék. Ezen esetek közül 12-ben, egyesekben az injectio beadása közben, legkésőbb azonban néhány perccel utána, bő széklet és szél-ürülés következett be erős bélkorgás kíséretében. Ugyanez a hatás a 13-ik esetben csak 2 óra múlva állt be.

A betegek a befecskendezéseket jól tűrték, csak két beteg panaszkodott hányásingerről.

Végül *septikus abortus* kapcsán kifejlődött általános peritonitis egy esetében, amikor a csőrék és a beöntések eredménytelenek maradtak, szintén 10 I. E. exphysint adtunk intravenásan a fenti leírás szerint székletindítás céljából két egymásután következő napon, jó eredménnyel. Széklet és szelek a befecskendezés után bőven távoztak.

Összefoglalás: Fentiek alapján tehát az exphysin

1. túlhordott terhesség esetén alkalmas a szülés megindítására.

2. Mint *physiologiás fájáskellő* megindult IV—VI. hónapos magzatvesztés és koraszülés esetében, főleg tört adagokban, a folyamat befejezését sietteti.

3. Minden olyan vérzés esetében, amely a méh izomzatának ellazulása következtében lép fel, intravenás alkalmazása jó méhösszehúzódást vált ki és a vérzést megszünteti.

4. Gyermekágyban a méh involutióját sietteti, a velejáró folyást kedvezően befolyásolja.

5. Hasi műtétek után, valamint hashártyagyulladásból származó *bélhüdés* esetében peristalticát indít meg.

Miután kellemetlen mellékhatásokat, eltekintve az egy-két esetben panaszolt hányás-ingertől és kisfokú elhalványodástól, adagolása kapcsán nem tapasztaltunk, mondhatjuk, hogy az exphysin mindazoknak a követelményeknek megfelel, amelyeket a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban a hypophysis hátsólebeny kivonatokkal szemben támaszthatunk.

Kiss László dr.
a budapesti Szent István-kórház
II. szül. oszt. orvosa.

Helyreigazítás. Az O. Gy. K. f. é. 5-ik számában *Góth Endre dr.* „C-vitamin kezelés javallatai" c. közleményében az 1. hasáb 9. sorában „valamennyi" helyett *„valamely"*; a 2. hasáb 2. bekezdésének 1. sorában „thrombosis" helyett *„thrombopeniás"*; a 2. hasáb 3. bekezdésének 14. sorában „bakteriumok hatására" helyett *„továbbá bakteriumok hatására"* olvasandó.

Dysenteria.

Dysenteriának a bakteriologiai leletek bizonytalansága miatt oly klinikai kórképet nevezünk, melyet fertőző volta az alsó bélszakaszok fekélyesedése, gyulladása által okozott véres hasmenések jellemeznek.

A fertőző mivoltuktól eltekintve hasonló tüneteket látunk uraemiában, higanymérgezésben és leukaemiában.

A fertőző dysenteria két alakját különböztetjük meg, ú. m.: az amoeba és bacillaris dysenteriát. Az előbbi tropusi betegség és az amoeba hystolytica (egysejtű protozoon) okozza. Székletből kimutatása úgy történik, hogy a bélből vett székletet melegített tárgylemezre tesszük és középnagyítással vizsgáljuk. Az amoebák 20—30 mikron nagyságúak és amoeboid mozgásukról könnyen felismerhetők. Az általuk okozott fekélyek rektoromanoskoppal vizsgálva igen jellegzetesek. Mivel az amoeba a mirigycsövecskéken át a submucósába nyomul, fekélyei alávájt szélűek lesznek. Klinikai tünetek: makacsul ismétlődő véres-nyákos székletek, feltünő anaemia és a flexura sigmoidea fájdalmas kötegkénti tapintata. Ha az amoebák kimutatása sikerül, akkor az igen gyakori májtályog után kell kutatnunk. A májtályogos betegeket igen jellegzetes fakó arcszín árulja el először. Máj-tüdőhatár korlátolt kitérés, lázak, fehérvérsejtszám szaporulat, a máj fájdalmassága, megnagyobbodása főleg felfelé, mind a tályog mellett szólnak. Diagnostisálása esetén sebészi beavatkozás. Az amoeba-dysenteria specificus therapiája az ipecacuanha alkaloidája, az emetin. Különben gyógykezelése megegyezik a bacillaris dysenteriáéval.

A bacillaris dysenteriát leggyakrabban a toxintermelők Shiga Kruse F. csoportja és a Flexner bacillusok okozzák. Fertőzési módjuk hasonló a typhuséhoz. Lappangási idejük 2—6 nap. Kezdődhetnek bizonytalan prodromákkal: gyengeség, bágyadtság, fej- és hasfájás, de legtöbbször hirtelen beálló akár ájulást okozó görcsös hasfájdalom — colica — az első tünet. Ezt hamarosan követi a tenesmussal járó hasmenés. Faeculens jellegét a széklet hamar elveszti és véres-genyes nyákcafatok teszik typusossá. A tenesmus és a székelési inger igen sokszor folytonos. Prolapsus ani és hólyagtenesmusok is előfordulnak. Peritonealis tünetek: hányás-csuklás rossz prognostikai jel. Láza lehet a betegnek, de anélkül is lefolyhat a betegség. Toxinhatás következménye a feltünő kimerültség, neuromuscularis gyengeség. A has behúzódott, nyomásra érzékeny, főleg a kötegszerű sigma. A spasmusok miatt a beteg valójában obstipál, mert folytonos székelési ingerével csak a vastagbél gyulladásos termékeit üríti ki. Ezért hashajtással sokszor igen nagy mennyiségű székletet távolíthatunk el. Ez alatt a beteg igen nagyfokban legyengül és ha recidivák fejlődnek ki, cachexiában, perforatióban, peritonitisben vagy bélvérzésben veszthetjük el. Szerencsére az ilyen súlyos lefolyás nagyon ritka, legtöbb betegünk 5—8—10 nap alatt gyógyul.

Jellemző a dysenteriára: a Löwy-féle reactio. (Adrenalin befecskendezésre a pupilla tágul). Vizeletben a diazo-reactio állandóan positiv. Diaetahiba, megfázás kapcsán, de sokszor minden kimutatható ok nélkül recidivák jelentkeznek. A javulást, mely felülről halad lefelé rektoromanoskop vizsgálattal is ellenőrizhetjük.

Mint complicatiók szerepelnek a dy. rheumatoidok, melyek toxikus eredetűek és főleg a térdizületet támadják meg. — Sokszor igen súlyos lefolyásúak. Urethritisek, iridocyclitisek és különböző neuritisek is előfordulnak. Közismertek a betegség kapcsán fellépő achyliák. Emiatt jó eredménnyel adagolunk sósav + pepsint, vagy dipankrin tablettákat.

A legtöbb dy. hashajtásra, dieatára, egyenletes ágymelegre gyógyul. Súlyosnak tűnő friss esetben (2x24 órás) a polyvalens dysenteria serum jó hatása tagadhatatlan.

A kezelést glaubersós hashajtással kezdjük, amit szükség esetén meg is ismételünk. — Egyenletes ágymeleg. — Jól fűtött szobában a tenesmusok miatt az ágytálnál előnyösebb a szobaklozet. Tenesmusok ellen igen jól bevált: Papaverini hydr. 0.08 + Ac. phenylaethylbarbit. 0.02 + Extr. Bellad. 0.01 pilulákban napjában 3x1 szemet. Emellett csak ritkán van szükségünk opiumtinctúrára. Néhány nap mulva összehúzószerekre térünk át: Tannocarbon, Bismuth subgallicum. Beöntések csak a betegség későbbi szakában — elhúzódó esetekben. — Ez állhat kamillateából, később 0.5-1.0%-os Tannin, 0.2%-os Rivanol, 1%-os Yatrein testhőmérsékű oldat 200—400 ccm-el. Természetesen szükség szerint coffein, camphor és injectiók, Cardiazol, Coramin, Tetracor, cseppekben és 20%-os Dextrose 40—100 ccm-je intravenásan. A cukoroldathoz minden esetben C-vitamint is adunk, aminek tagadhatatlan jó hatását nemcsak a vérzés csökkenésében látjuk. A jó hatás még fokozható nagy adag máj (Procythol, Exhepar) intramuscularis adásával. Ezirányú vizsgálatok még folynak az osztályomon.

A dysenteriát és az entero-kolitiseket egyesek újabban a szervezetben felszabaduló histaminszerű anyag által okozott megbetegedésnek gondolják. Ennek megkötésére szolgálna a „Torantil" mely tényleg egyes esetekben használható szernek bizonyult. A *Fornet* által leírt és szerinte minden friss esetben sikerre vezető lóserum beöntésekkel nem sikerült hasonló eredményt elérnünk. —

Legújabban pár esetben orosz szerzők ajánlatára Chlorvizes (1:50.000) oldattal adott beöntésekkel értünk el kedvező eredményt. Súlyos betegeken a Ringer-oldat + Glycose infusiótól látunk jó eredményeket. Legsúlyosabb esetekben itt sem nélkülözhetjük a ma már oly sok betegségben életmentőnek bizonyult vérátömlesztést. (Vércsoport? Wa?). Diaetában a következő sémát tartjuk a legmegfelelőbbnek:

I. szak: (Gyakori véres-nyákos-genyes széklet, tenesmusok.) Hashajtás (100 g. Mira viz), utána 12—24 órai koplalás, mely alatt a beteg csak saccharinos citromos teát kap. Utána: reggeli, tízórai, ozsonna: tea, vagy vizes cacaó kétszersülttel. Ebéd és vacsora: csontleves (zsírtalan!), benne elkeverve burgonyapure, rízs, vagy dara. Pirított burgonya, héjában sült burgonya, pirított dara, rizs, mindez növényi zsírral készítve. Almafőzelék. Súlyos esetekben célszerű 1—1 almanap közbeiktatása (24 órán át csak alma, esetleg reszelve és tea.).

II. szak: (Ha a széklet véres-nyákos jellege megszünt, kezd pépessé válni.). Növényi zsírral készült főzelékfélék, pureék, fölözött tejből készült kávé, vagy cacaó, esetleg száraz hús vagdalva, főzve (becsinált) vagy olajban sütve.

III. szak: (Rendes, összeálló szélet). Fokozatosan át térünk a rendes étrendre.

A gyakori recidivák miatt igen fontos, hogy a gyógyult még hónapokig diaetán éljen és óvakodjék az átfázástól. A leginkább kerülendő ételek: nyers gyümölcsök, — kivéve alma, banán, — zsíros, erősen fűszerezett füstölt húsok, száraz hüvelyesek, káposztafélék és a barna Graham-kenyér.

vitéz Cseley József dr.
közkórházi belgyógyász főorvos.

Pseudotuberculosis bacillusok.

Az emberre kórokozó tuberculosisbacillus górcsövileg a *saválló saprophytákkal* téveszthető össze. A pseudotuberculosis bacillus saprophyták a természetben ubiquitaeren találhatók. Gyakori lelőhelyük a vízvezeték fémcsapja, gummi és üvegeresztéke, az irrigáló készülékek, gummicsöve, a padló pora és különösen a föld. Továbbá vajban, tejben, sajtban, füvön, szénán, szemétben, iszapban, a laboratoriumi állatok bőrén és szerveiben valamint az ember külső nemiszervein (mykobakterium smegmatis) lelhető. Kiemelendő, hogy saválló saprophytát a szájürgben is találni, ami köpetvizsgálatkor összetévesztésre adhat alkalmat. Másrészt kimutatható nem gümőkóros folyamatokban, mint amilyen a tüdőüszők, a hörgtágulat, továbbá a nyelv, a fogak és a mandulák lepedékében. Fémből készült fúvós hangszerek sípjában nagy mennyiségben található (trombitabacillus) és tenyészetileg a vizvezetéki bacillussal egyező módon viselkedik. — E saprophytákat találati helyüknek megfelelőleg különbözőképen nevezik: 1. Mykobakterium phlei (fűbacillus timotheebacillus). 2. mykobakterium butyricum és berolinense (vajbacillus.) 3. mykobakterium lacticola (tejbacillus). 4. mykobakterium stercoris (szemétbacillus). 5 mykobakterium smegmatis (smegmabacillus). 6. trombitabacillus. 7. Vízvezetékbacillus.

Morphologiailag a tbc.-bacillushoz hasonlók, viszont abban különböznek, hogy a tbc.-bacillussal szemben közönséges táptalajon és alacsony hőmérsékleten (25—30 C°) jól fejlődnek, bouillonban sárga és narancssárga hártyát képeznek, gelatinát nem folyósítanak, lakmustejet nem alvasztanak. Morphologiai és festődési szempontból leginkább a *smegmabacillus* hasonlít a tbc. bacillushoz. A külső nemiszervekben található, karcsú, enyhén hajlott, polymorph mikroorganismus, amely rövidebb, mint a gümőpálcika, gyakran coccus alakot ölthet: *sav- és alkoholálló*. A smegmában (tehát nem kulturában) *Ziehl—Neelsen* szerint kezelve a bacillusok festődésüket könnyen elveszthetik. Egyesek ilyen módon különböztetik meg a tbc. bacillustól. Ez a pálcika tengerimalacot illetően nem kórokozó. Némely saválló saprophyta azonban kis laboratoriumi állatokra pathogen. Ilyen a mykobakterium phlei, amely nagyobb mennyiségben intraperitonealisan adva a tengerimalacot megöli. Tej- és vajbacillus befecskendezését követőleg a kisérleti állatban tuberculosishoz hasonló kóros elváltozás mutatható ki: a májban, lépben, vesékben és a tüdőben sajtos, nekrotikus gócok találhatók a retroperitonealis és mesenterialis nyirokcsomók elsajtosodásával társulva. Viszont a lép és máj megnagyobbodása hiányzik és a szervekben üveges, szürke gócocskák sem találhatók. Az elváltozás jellegének eldöntéséhez szövettani vizsgálat szükséges. Egyes fű- és vajbacillus törzsek a tengerimalac bőre alá ojtva kifelé törő, majd begyógyuló tályogot hoznak létre; a közeli nyirokcsomók és a belső szervek gócokat tartalmazhatnak. A folyamat azonban nem tovaterjedő jellegű és rendszerint nem halálos.

Halban, békában, teknősbékában, kígyóban és alligátorban a normalis és kórosan elváltozott szervekben saválló bakteriumok találhatók, amelyeket *a hidegvérűek tbc. bacillusának* neveznek. Morphologiai és festődési szempontból a tbc. bacillushoz hasonlók, aerobok és 25 C°-nál nőnek a legjobban. Hidegvérűekben szaporodnak, emlősökben és madarakban azonban nem. Egyesek azt tartják, hogy a hidegvérűek bacillusa nem egyéb,mint a fentnevezett állatok által a vízből és iszapból felvett saprophyta. Neves kutatók a *teknősbéka-tuberculosisbacillust* tulajdonképen *trombitabacillusnak* ismerték meg.

Puder Sándor dr.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: IV. hónapos, életjelenségeket mutató, vagy VI. hónapos, vagy azon belüli élve vetéltet be kell-e a szülések anyakönyvébe vezetni, és az életjelenségek megszünte után kell-e halottvizsgálati jegyzőkönyvet kiállítani, a halotti anyakönyvbe beírás végett ott, hol az új szülészeti rendtartás be van vezetve? Consignatióba való anyakönyvezető általi beírása nem elegendő-e? Halottvizsgálati jegyzőkönyv kiállítását az A. U. 98. §. 3. bekezdése alapján az anyakönyvvezető jegyző követelte. *B. A. dr.*

Felelet: A 80.000—1906. B. M. sz. rendelettel kiadott Anyakönyvi Utasítás 98. §-a 3. bekezdése értelmében bármely koraszülött magzat, ha az anya testétől történt elválasztása után az életnek valamely jelét adta, élveszülöttnek tekintendő és ennek folytán, ha nyomban meghalt is, úgy születése, valamint halála az anyakönyvbe bejegyzendő. Ebből következik, hogy az életjelenségek megszünte után halottvizsgálati jegyzőkönyvet ki kell állítani.

Az Anyakönyvi Utasítás 98. §-ának 2. bekezdése értelmében azok a halvaszülöttek, melyekre nézve teljes bizonyossággal megállapítható, hogy hét hónapnál rövidebb ideig voltak az anya méhében, nem jegyzendők be az anyakönyvbe. Ezekre vonatkozik a 97.000—1928. B. M. sz. rendelet, amely szerint „a bejelentett elvetéléseket nem kell anyakönyvezni, hanem egy külön nyilvántartásba kell a szülők nevének, lakhelyének (lakásának), foglalkozásának és a bejelentő bába nevének és lakóhelyének (lakásának) feltüntetése mellett feljegyezni." Azok az éretlen (elvetélt) magzatok azonban, amelyek életjelenségeket mutattak és így az Anyakönyvi Utasítás 98. §-ának 3. bekezdése értelmében az anyakönyvbe bevezettettek, a 97.000—1928. B. M. sz. rendeletben megjelölt külön nyilvántartásban nem vezetendők be.

Mindezek a törvényes rendelkezések függetlenek az új Szülészeti Rendtartástól. *Grosch Károly dr.* min. osztályfőnök.

*

Kérdés: A magasfrequentiás villamos kezeléssel kapcsolatban vagyok bátor néhány kérdésre feleletet kérni:

L) A gyógyászatban már évtizedek óta használatos magasfrequentiájú villamos gépen *Zeileis* végzett-e lényeges átalakítást ill. ujítást?

2. Mitől gyullad ki a neoncső a gépkörüli kb. 2 m-es körzetben?

3. Igaz-e, hogy az ilyen gép elektrodjából efluvium kezelés közben rövidhullámok is indulnak ki és igy az u. n. Zeileisgéppel elért erdmények nem csupán autosuggestión alapultak, hanem a — bár nem tudatosan használt — rövidhullámu kezelésben is?

4. Igaz-e, hogy az ilyen gépnek már a primaer rezgőköréből is indulnak ki elektromos hullámok?

5. Nincs-e valamilyen módon ártalmas hatással ez a gép a mellette álló, sorozatos kezeléseket végző orvosra?

6. Van-e magyar-, vagy németnyelvü, modern (utóbbi 1—2 évben megjelent) munka, amely teljes részletességgel foglalkozik a magasfrequentiás villamos kezelésnek úgy a fizikai, mint az orvosi részével? *B. L. dr.*

Felelet: 1. *Zeileis* a magasfrequentiájú villamosgépen semmiféle lényeges változást nem csinált.

2. A neoncső a gép körül a kibocsátott elektromágneses hullámok következtében gyullad ki. Minden váltóáram, tekintet nélkül a frequentiára, elektromágneses hullámokat bocsát ki a térbe. Ilyenek az adóantennából kisugárzó rádióhullámok is. Az ultrarövid hullámu orvosi készülékek azonban nem ezeket a térbe szétsugárzó hullámokat, hanem magát az inductor secundaer tekercsében folyó áramot használja fel eltolódási (capacitiv) áram alakjában.

3. Az elektródokból minden váltóáramban hullámok indulnak ki, ezeknek azonban számbavehető hatásuk akkor sincs, ha a gép magasfrequentiájú. Époly kevéssé, mint a világ minden részéből jövő rádiósugaraknak, melyeknek özönében járunk, de róluk tudomást nem vehetünk, csupán a rádiókészülék mutatja ki őket. A Zeileis kezelésnek semmiféle orvosi eredménye nincs.

4. A magasfrequentiájú gép elsőleges köréből is indulnak ki hullámok, ezeket azonban a secundaer kör felfogja. Ezáltal terjed az elektromosság vezeték nélkül az egyik körről a másikra.

5. A gép a kezelőorvosra nincs ártalmas hatással.

6. Egyéb részletre vonatkozólag tankönyvekre utalunk. Ezek közül közérthetően irt magyarnyelvü: *Kövesligethy (Büben):* A rövidhullámok klinikai alkalmazása. (Novák kiadása 1937). A németek közül ajánlható: *Fritsch-Schubart:* Kurzwellentherapie. (Urbon u. Schwarzenberg. 1935.)

Kelen prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Heveny gyomorvérzés műtéti kezelése.

A gyomorfekély ismert szövődményei közül: a szabad hasüregbe történő átfúródás, a makacsul ismétlődő chronikus vérzések és a heges pylorusszűkület esetén a sebészi beavatkozás szükségessége vita tárgyát nem képezheti. Megállapíthatjuk, hogy ebben a kérdésben ma már nemcsak a sebészek egyeztek meg egymással, de a belgyógyászok és sebészek álláspontja is teljesen fedi egymást. Nem egészen így áll a dolog a heveny, súlyos gyomorvérzéssel. Itt a conservativ és radicalis kezelés körül folyó évtizedes vita még mindig nem jutott teljesen nyugvópontra, sőt e kérdésben nemcsak a belgyógyászok és sebészek, de itt-ott tapasztalt és nagytekintélyű sebészek között is éles ellentétek mutatkoznak. Egészben véve mégis úgy áll a dolog, hogy — eltekintve a radicalis irányzat egyes túlzó képviselőitől — a műtéti beavatkozást illetően ma nemcsak a belgyógyászok, de a sebészek körében is erősen tartózkodó álláspont kezd érvényesülni és sok jeles sebész teljesen feladta előbbi radicalis álláspontját. Ez természetes is, ha figyelembe vesszük a következőket: Heveny, foudroyans vérzés esetén többnyire erősen kivérzett, súlyos anaemiás állapotban levő, collabált beteggel állunk szemben, akinek érverése szapora, gyenge, sokszor alig tapintható; vörösvérsejtszáma nem ritkán a 2 millió, haemoglobinja az 50% alá esett. Ilyen betegek a többnyire igen nagy beavatkozást jelentő műtétet még akkor is csak kivételesen birják ki, ha állapotukat előzetes vérátömlesztésekkel sikerült valamennyire feljavítani. A helyzet itt egészen más, mint pl. méhenkívüli terhesség esetén, amikor a műtő csaknem mindig biztos diagnosissal, céltudatosan fog a műtéthez és a vérzés forrását percek alatt megtalálva, a műtétet a legrövidebb idő alatt befejezheti. Ezzel szemben ulcusvérzés esetén a vérzés forrásának biztos kiiktatása és az újabb vérzés veszélyének elhárítása legtöbbször csak a legradicalisabb műtét: gyomorresectio által lehetséges, aminek halálozási száma még a nem heveny vérzés miatt végzett esetekben is 4—8% között ingadozik. Egyéb e célból ajánlott és végzett egyszerűbb eljárások, ú. m. az art. pancreatico-duodenalis és gastro-duodenalis lekötése, a fekély kimetszése, gastro-entero-anastomosis, palliativ gyomorresectio, stb. még a vérzés csillapítását illetőleg sem nyujtanak teljes biztosítékot, ha egyes szórványos esetekben (*Clairmont* és mások) ez sikerült is. A legnyomatékosabb érv a heveny nagy gyomorvérzés sebészi kezelése ellen azonban nem is ez, hanem az, hogy a vérzés csupán az esetek egy részében fekély-eredetű, számos esetben a vérzés oka sklerotikus ér repedése, gyomor vagy nyelőcsővarix, portalis pangás, haemorrhagiás diathesis, peliosis rheumatica, sőt tabeses krisis is lehet. Világos, hogy ily esetekben a műtéttel célt nem érünk, sőt azzal csak árthatunk.

A műtéti beavatkozás indicatiós körét már az is nagymértékben szűkíti, hogy igen gyakran olyan betegek sorsáról kell döntenünk, akiket előzetesen észlelni nem volt módunkban, kórelőzményi adataikat sem ismerjük, akiken előzetes röntgen- és egyéb laboratóriumi vizsgálatokat nem végezhettünk, mert már a hirtelen fellépett súlyos belső vérzés tüneteivel kerültek kezelésünk alá. Itt tehát csak a nagyfokú haematemesis vagy melaena és az ezzel kapcsolatos heveny vérszegénység az egyetlen tünet, amiből esetleges fekélyvérzésre lehet következtetni. Véleményem szerint ilyen teljesen bizonytalan eredetű gyomorvérzés esetében a műtéti beavatkozás szóba nem jöhet.

Ha a különböző belgyógyászati és sebészi statistikák idevágó pontjait átvizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy amíg a tisztán conservative (belgyógyászilag) kezelt nagy gyomorvérzések még a legrosszabb esetben is csak 9% halálozást mutatnak, addig az operative kezelt esetek kb. 30% mortalitással járnak.

Ezek az adatok teszik érthetővé, hogy a heveny gyomorvérzés műtéti javallatáról ma a legjelesebb és igen nagy gyakorlattal biró gyomorsebészek is felette óvatosan nyilatkoznak. Így *Verebély* a gyomorsebészet három nagy kérdéséről tartott classikus Korányi-emlékelőadásában (O. H. 1935. 51. sz.) kiemeli, hogy bármily ijesztőek is a heveny tünetek, az „egyszeri nagy vérzés aránylag ritkán halálos; a veszedelem a vérzés *megismétlődésében* van." Sürgős beavatkozást tehát csak ez utóbbi igényel, míg egyébként a műtét a vérzés ellen beállított belső kezelés után 12—14 nappal praeventive elvégzendő, ha a klinikai fekélylelet positiv volt. A budapesti Orvosegyesület 1937. november 12-én tartott ülésében *Kubányi* előadásához fűződött vitában a sebészek többsége ugyancsak a heveny vérzés alatt végzett műtét ellen foglalt állást. *Matolay* a Verebély-klinika több mint 2000 fekélyműtétének tanulsága alapján oda nyilatkozott, hogy a súlyos gyomorvérzés conservativ kezelésre rendszerint megszűnik, tehát a műtéttel várni lehet, amíg a beteg erőbeli állapota megjavul. A német sebészek 1937 októberében tartott tübingai congressusán is általában a conservativ kezelés mellett nyilatkoztak. Még *Clairmont* is, aki régebben a rögtöni radicalis beavatkozás egyik legmeggyőződésebb híve volt, újabban szerzett kedvezőtlen tapasztalatai miatt a műtét elleni aggályait hangoztatta, rámutatván arra, hogy a megfelelő eszközökkel végzett várakozó kezelés az esetek túlnyomó részében sikerrel jár.

A várakozó álláspontot nagymértékben megkönnyíti az az általam is többízben tapasztalt tény, hogy ismételt vérátömlesztéssel akárhányszor sikerült még a legsúlyosabb ismételt vérzések után teljesen kivérzett, már-már elveszettnek látszó beteget is megmenteni, vagy legalább is olyan állapotba hozni, hogy a műtétet későbbi időpontban sokkal kedvezőbb körülmények között végezhetjük el. Bár szorosan véve nem tartozik ide, de érdekessége miatt megemlítem, hogy legújabban *Meulengracht* prof. (Kopenhága) még massiv gyomorvérzés esetén is bőséges és rendkívül liberálisan összeállított étrendet (pl. vajaskenyér, hús, hal, pudding, felvágott, tej quantum satis, stb.) engedélyez. Ilyen eljárás mellett 368 esetéből csak 5 (1.3%) halt meg, szemben a szokásos éheztető therapia 10%-os mortalitásával, miért is vérző gyomorfekély esetén szerinte a műtét egyáltalán nem jöhet szóba.

Ha ezek után röviden összegezni akarjuk a heveny súlyos gyomorvérzést illetően ma kialakult és a mérvadó sebészek többsége által osztott álláspontot, úgy a következőket mondhatjuk. *Foudroyans* nagy vérzés közben collabált betegen a műtét kilátása a lehető legrosszabb s ezért a jobb eredménnyel kecsegtető conservativ kezelés feltétlenül előnyben részesítendő. Ha a vérzés folytatódik ugyan, de a beteg erőbeli és általános állapota transfusiók hatására javul, akkor a beavatkozás biztos fekélydiagnosis esetén elvégzendő, de minden esetben egyénileg kell mérlegelni, vajjon a beteg műtéti teherbirása

olyan-e, hogy a nagy beavatkozást jelentő gyomorresectio esélyének kitehetjük-e. A fentiekből következik, hogy e rendkívül kényes és felelősségteljes helyzetben minden eset egyéni elbírálást igényel s az eredmények csak olyan sebész kezében lesznek kielégítők, aki az e téren szerzett nagy tapasztalata mellett megfelelő kifogástalan műtéti technikával is rendelkezik.

Milkó Vilmos dr.
egyet. c. rk. tanár.

A szülést siettető újabb eljárások.

A szülés lezajlásának megrövidítése úgy az anya, mint a magzat szempontjából életbevágóan fontos lehet, amiért is állandóan napirenden vannak azok a törekvések, amelyek a szülőtevékenység fokozását, illetve pótlásának tökéletesítését célozzák.

A szülőerők fokozása az ismert gyógyszertani tényeken alapszik, amelyek szerint a chinin és részben származékai, valamint a hypophysis hátsó lebenyének hormonja a méh sima izomelemeire ingerlő befolyásúak. A chinin, főként a szülés kezdeti szakában hatásos és adagolásának optimumát újabban kis adagokban látják. Így ma 5—10 ctg. chininum muriaticumot adagolunk óránként öt ízben egymás után. Ez a sorozat minden ártalmas mellékhatás nélkül szükség szerint több ízben is megismételhető.

A hypophysis hátsólebeny hormonja a szülés minden szakában hatásos; ha különleges ellenjavallata nincs, veszélytelenül adagolható. A forgalomban lévő glanduitrin, pituitrin, pituisan készítmények mellett újabban az Orasthin nevű készítményt adagolják, amelynek előnye az, hogy a hypophysis hátsólebeny hormonnak tisztán a méhizomzatra hatásos anyagát tartalmazza és így adagolása minden esetben veszélytelen, mert mentes a nemkívánt mellékhatásoktól. Adagolható oly esetekben is, amidőn a többi készítmény vérnyomást emelő és szívreható mellékhatása ártalmas lehet (praeeklampsia, eklampsia, stb.). — Csak már megindult szülés esetében hatásos. A hátsó lebeny hormonjának adagja 2—3 Voegtlin-egység, mely szükség szerint fél-egy órás időközökben szintén négy-öt ízben adagolható. Ha nem sikerült megfelelő eredményt elérni, az injectiók néhány óra mulva ugyanígy megismételhetők.

Nagyon jó és főként a tágulási szakban bevált készítmény a thymus hormonjával combinált thymophysin, amelynek hatása és adagolása teljesen megfelel a többi hypophysis-készítménynek.

A szülés gyorsítására a contractiós-részben elért fájásokon kívül arra is törekedni kell, hogy a distractiós részben (cervix) ellazulás jöjjön létre. Ha ez magától be nem következik, úgy legcélszerűbben belladonna -, atropin-, morphium-készítményekkel érhető el végbélkúpok vagy injectió alakjában adagolva. A folytonosan ismétlődő, de nem elég erős contractiók a szülés lefolyására károsan is hathatnak, amennyiben eredmény nélkül kifárasztják a szülőnőt, illetve a méh izomzatát. E káros contractiók kiküszöbölésére és a méhizomzat pihentetésére ugyancsak az előbbiekhez hasonló készítményektől látunk jó hatást, különösen a spasmalgintól, melynek injectiója után a hatás nem egyszer frappáns eredményben nyilvánul.

Egyesek tapasztalata szerint gyorsítja a tágulást subcutan adott cardiazol-injectio, de csak thymophysinnel kapcsolatban. Szintúgy jó eredményt láttak 100.000 egység folliculus-hormon adagolásától, aminek magyarázatául felvették, hogy a folliculus-hormon a hypophysishormonnal szemben sensibilisálja a méh izomzatát s így utóbbi hatása fokozódik.

A szülés gyógyszeres befolyásolásán kívül a *műtétes* befolyásolás az a másik lehetőség, amellyel a lezajlást gyorsítani lehet. Ez két módon lehetséges: újabb beavatkozási módozat, illetve újabb eszköz bevezetésével és a régi eljárások javallatainak kibővítésével.

Az első csoportba tartozik a *Willet*-féle galea-fogó. Ezzel a Museux-höz hasonló eszközzel a magzat fején a galea redőbe fogva fogható meg és húzható lefelé. Ennek segítségével, az ágyban csigán átvetett ½ kg. súlyterhelés húzórejének beiktatásával, a fej állandóan húzás alatt tartható, ami egyrészt a helyes irányban történő fixálódását, másrészt a méhszáj passiv tágítását eredményezi s így a szülés lefolyását gyorsítja. Az eszköz okozta kis sérülés Mikulicz-kenőcsös kötésre zavartalanul gyógyul. A méhszájnak ujjal, sőt félkézzel tágítását újabban ismét gyakrabban ajánlják. A passiv tágításon kívül ezen eljárásnak reflectorikusan fájást keltő, illetve fokozó hatása is van és így ez előnyösen befolyásolhatja a tágulást. Ezt a tágítási módozatot lumbalis anaesthesiában célszerű végezni, ami egyrészt az eljárást fájdalmatlanná teszi, másrészt a fentiek értelmében az alsó szakasz ellazulása folytán lényegesen hozzájárul a beavatkozás hatásosabbá-tételéhez.

A szülés gyorsításának másik lehetősége a műtétes beavatkozás, amelynek javallatkibővítése által mind több és több szülés ideje rövidíthető meg. Vonatkozik ez elsősorban a fogóműtétre, amelyben az alkalmazás időpontjának a régi sémától eltérő megválasztása s ezzel a fogónak korábbi feltevése a szülés siettetésének hathatós eszköze. Míg ugyanis a classikus szülészeti műtéttan az anya életveszélyén kívül fogó javallatául csak azt fogadta el, ha vagy a magzati szívhangok tartós rosszabbodása annak életveszélyét jelzik, vagy ha a fej 4 órán túl nyomja egy helyben a légyrészeket s így súlyos sérülés veszélye fenyeget, — addig ma már nem várakozunk ily sokáig, hanem, ha a szülés fájáskeltők ellenére sem halad és fogó feltételei adottak, *rövidebb* várakozás után is elvégezzük a veszélytelen műtétet.

A szülés minden időpontjában gyors befejezést nyujtó császármetszés a másik műtét, amelynek javallata az utóbbi évben lényegesen bővült. A régi indicatiókon kívül ma már csaknem rendszeresen végezzük placenta praevia miatt, továbbá gyakrabban praeeklampsia, eklampsia, primaer tartós fájásgyengeség elhúzódó szülés megfelelő eseteiben, idős primiparák szülésekor és supravaginalis amputatióval kapcsolatban, hosszantartó, lázas, fertőzésre gyanus szülések befejezéseként.

Mindezen eljárások természetszerűleg lényegesen siettetik a szülés lezajlását s így elejét veszik azoknak a súlyos szövődményeknek, amelyeket régebben úgy placenta praeviával mint eklampsiával és az elhúzódó szülésekkel kapcsolatban észleltünk.

A szülés időtartamának megrövidítésére épp úgy, mint annak fájdalmatlanná tételére irányuló munkálatok, mint idealis törekvések, még előreláthatólag hosszú ideig maradnak állandóan napirenden.

Liebmann István dr.

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

A kanyaró kórisméjéhez.

A kanyaró jellege az elmult két évtizedben enyhülni látszik. A typikus, súlyos, deliriummal, szövődményekkel, jelentős halálozási aránnyal járó esetek száma az utóbbi években fokozatosan csökkent.

Az ez évi tavaszi és nyárelejі kanyaró-járványban is különösen sok enyhe, alig typikus vagy nehezen felismerhető eset fordult elő: enyhe hurutos tünetek, mérsékelten lobos pofanyálkahártya gyakran „Koplikfolt" nélkül, halvány kiütés, mely pigmentátiót nem hagyott, „tarka" vérkép és hőemelkedés, vagy alacsony láz volt a gyakori lelet.

Ugyanebben az időben megszaporodott a *rózsahimlő*, (rubeola) esetek száma is. Érthető, hogy az elkülönités az abortiv kanyaróformák és a rózsahimlő között gyakran nehézségbe ütközött. Éppen ezért a rendelkezésünkre álló anyagon tüzetesen megvizsgáltuk a tapintható nyirokmirigyeket, valamint a betegek vizeletét diazo próbára. Ezek segítségével a kórjelzést biztosabbá reméltük tenni.

A kanyarót és a rózsahimlőt sokáig ugyanazon betegségnek tartották és csak félszázada, hogy az utóbbit önálló betegségnek veszik. Az elkülönitésben a Koplikfolt hiánya mellett legfontosabb jelnek a tapintható tarkó és hátsó nyaki mirigyeket tekintik.

A Theodor-féle jel szerint rózsahimlőben valamennyi peripheriás mirigy tapintható; ez a többi heveny fertőző betegségektől megkülönbözteti. E tapintható mirigyek ritkán nyomásérzékenyek, gyakran fájdalmasak. *Hanzmann* szerint rózsahimlőben gyakori a két jól tapintható mirigy a tarkó-tájon, vagy a sternocleidomastoideus mentén gyöngysorszerűen; bár a nyaki mirigyek kanyaróban is tapinthatók, de nem oly rendszeresen. *Jochmann* szerint is fontos és jellemző rózsahimlőben a tapintható tarkómirigy már az exanthema megjelenése előtti időben; kanyaróban a tarkó és nyaki mirigyek csak mérsékelten duzzadtak. *Feer* szerint rózsahimlősökön jelentős és szabályszerü a peripheriás mirigyek duzzanata főleg a nyaki és tarkó-tájon, esetleg láthatók is; de rendszerint kanyaróban is megnagyobbodnak kissé a tapinthatóvá váló mirigyek.

Glanzmann és *Leitner* szerint a rózsahimlő legfontosabb jele a tarkómirigy; tapintható már az exanthema előtt 2—4 (8) nappal és utána 3—6 hétig. *Stooss* szerint is a rózsahimlő legfontosabb jele a mirigyduzzanat, exanthema nélkül is biztosítja a diagnosist (rubeola sine exanthemate). Az utóbbi járványok tapasztalata alapján — *Klaatsch* szerint — sötétben is diagnostisálható a rózsahimlő a megnagyobbodott mirigyek révén, ha tudjuk, hogy a beteg heveny fertőző betegségben szenved.

Az alábbiakban közöljük 280 kanyarós beteg tarkótáji mirigyének vizsgálatát. Tapintható mirigynek a borsónyi, vagy ennél nagyobbat vettük. Akiken a tapintható mirigyet gümőkór, fülbaj, vagy egyéb betegség magyarázta, azokat a táblázatból kihagytuk.

Év	Tapintható nő	Tapintható férfi	Nem tapintható nő	Nem tapintható férfi
0—4	66	68	6	4
4—14	44	52	6	18
14—15	5	2	7	2

Táblázatunkból kitünik, hogy 280 kanyarós közül 237 esetben (84.6%) és a gyermekeket véve (14 éven alul) 264 közül 230 esetben (87.1%) megtalálható a rózsahimlőre jellemzőnek tartott tapintható tarkómirigy.

A kanyarósok tarkómirigye is megjelenik már a lappangás utolsó hetében. Legkifejezettebb az exanthema idején, többnyire borsónyi, esetleg mogyorónyi, néha csoportos, ritkán láncszerü, némelyik nyomásérzékeny, a nagyobbak kezdetben fájdalmasak és még a lábbadozásban is megtalálhatók.

A rózsahimlőre jellemzőnek tartott Theodor-Klaatsch-féle mirigy tehát a két betegség elkülönitésére nem alkalmas.

Elvégeztük a diazopróbát is kanyarós és rózsahimlős betegeink vizeletében. Régen ismeretes, hogy a diazopróba kanyarósok vizeletében positiv szokott lenni és hogy ez a diagnosisban is felhasználható. Mindamellett ez a próba ma a kanyaró felismerésében alig használatos.

Feer, Glanzmann és *Jochmann* szerint a diazopróba kanyaróban majdnem mindig erősen positiv; az exanthema megjelenése előtt negativ. Rózsahimlőben mindig negativ. *Stooss* és *Benzing* szerint igen súlyos rózsahimlőben elvétve positiv a diazopróba.

Az alábbiakban közöljük 312 kanyarós beteg vizeletdiazopróbájának vizsgálatát.

Év		Előző nap		Az exanthema megjelenésétől számított nap 1		2		3		4		5		6	
		+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—
0—4	♀	0	2	0	1	10	7	23	6	3	1	1	0	2	0
	♂	0	1	0	0	11	7	18	8	4	1	0	1	1	1
4—14	♀	0	1	3	2	12	5	20	15	14	3	3	2	3	1
	♂	0	4	2	1	15	7	23	18	13	2	0	2	1	1
14—45	♀	0	1	0	0	2	5	4	1	2	1	1	1	0	0
	♂	0	0	0	1	0	2	4	2	0	2	0	1	0	0
		0	9	5	5	50	33	92	50	36	10	5	7	7	3

Ebből kilenc vizsgálat az exanthema előtti napra esik negativ eredménnyel, ami megfelel az irodalmi adatoknak. *(Glanzmann, Jochmann, Feer)*. Ezeket az eseteket a továbbiakban nem tárgyaljuk. 303 esetből 195-ben (64.3%) positiv volt a diazopróba, tehát az esetek több, mint felében , de nem „majdnem mindig". A harmadik és negyedik napon találtuk a legtöbb positiv vizeletet. Vizsgáltuk külön az enyhe és súlyos esetek diazopróba arányát és egyforma sok positivot találtunk mindkét csoportban. Nem a betegség enyhülése tehát az oka annak, hogy a diazopróba csak 64.3 %-ban, nem pedig „majdnem mindig" positiv. Rózsahimlős vizeletét kb. 30 esetben vizsgáltuk, mindig negativ volt.

Mahnberg szerint összefüggés van a leukocytaszám és a diazopróba közt: ha a fehérvérsejtszám csökken, a diazo positiv lesz, ha emelkedik: negativ. Erre vonatkozólag is feldolgoztuk anyagunkat. Evégből sorozatos leukocytaszám és diazo vizsgálatokat végeztünk.

Leukocytaszám	csökken		nő	
diazo	+	—	+	—
	27	19	26	12

Nem igazolhatjuk tehát azt a megállapitást, hogy a fehérvérsejtszám csökkenésekor positiv, emelkedésekor negativ a diazopróba. Ez az eredmény várható is az előbbi táblázatból, mert legtöbb positiv diazopróba a 3—4-ik napon van, ez pedig már a leukocytosis ideje. Nem vettük be azokat az eseteket, hol a leukocytosist szövődmény magyarázta, mert ez még jobban emelte volna a növekedő fehérvérsejtszámú positivok számát. Utóbbi esetek diazo-eredményei: positiv: 11 (tbc., typhus, pneumonia stb.), negativ: 2 (Pneumonia, otitis).

Összefoglalás: A kanyaró és rózsahimlő elkülönitésére a Theodor-Klaatsch-féle jel nem alkalmas, mert mindkét betegségben megtalálható. A diazopróba jól használható, mert kanyaróban az esetek nagyobb részében positiv, rozsahimlőben mindig negativ.

Telegdi István dr.
a Szt. László kórház segédorvosa.

Gingivitis-stomatitis ulcerosa és Plaut-Vincent angina kezelése „Medobis" kupokkal.

Az OTBA. orr-torok-gége rendelésén utóbbi időben a budapesti gégeklinika közleménye alapján *(Zoltán István dr.,* O. H. 1937. febr. 6-iki száma) megkíséreltük a heveny tonsillitisek medobissal kezelését és hasonló eredményekről számolhatunk be. Az alább részletesen leírt két esetben heveny tüszős mandulagyulladáshoz társult súlyos stomatitis-gingivitis ulcerosaban is igen jó volt az eredmény és szülte a gondolatot, hogy önálló stomatitis-gingivitis esetekben szintén megkíséreljük a medobis-kezelést. Jó eredményeket annál is inkább remélhetünk, mert közismert a bismuth-készítményeknek a foghús szövetéhez vonzódása, ami túladagolás esetén az iny bismuthszegélye alakjában nyilvánul meg.

Kísérleteinkben a Chinoin-gyár által rendelkezésünkre bocsájtott medobis végbélkúpokat használtuk. Egy kúp 0.135 g. medobist tartalmaz cacaóvajas alapanyagában s ez a mennyiség 0.045 g. fémbismuthnak felel meg. A gyógyszer végbélkúpos alakját azért választottuk az injectiós alkalmazás helyett, mert így a magas lázzal küzködő betegeket kezelésre berendelnünk nem kell, viszont nekünk sem kell a többnyire távol lakó betegeket lakásukon e célból felkeresnünk.

Stomatitis ulcerosa 15 esetében próbáltuk ki a medobis-kúp hatását. Valamennyi esetünk teljes gyógyulással végződött. Alább közölt első esetünk kivételével a betegek egyszerű szájöblítőn kívül más gyógyszert nem kaptak. A gyógyulás mindig egyöntetűen és gyorsan zajlott le, úgy, hogy 3 érdekesebb eset kivételével csak általánosságban jegyezzük meg, hogy a betegek átlag megbetegedésüknek 3—4-ik napján jelentkeztek magas lázzal (39° körül), vérzékeny, lepedékes, kifekélyesedett foghússal, szájbűzzel, nagy fájdalmakról panaszkodva, igen gyakran fájdalmas, duzzadt nyaki nyirokcsomókkal. Naponta egy medobis-kúpot rendeltünk angicid és kamillás szájöblítésekkel. Már a következő napon subjective, főleg fájdalom szempontjából lényeges javulást jeleztek a betegek, noha objective ennek nem sok jelét láttuk. Kimutatható javulás rendesen a kezelés 4-ik napján indult meg igen nagy mértékben és teljes gyógyulás rendesen a 7-ik nap körül következett be.

Érdekesség okából részletezzük az alábbi, két legelső és harmadiknak legutolsó esetünket:

1. H. Gy. 18 éves tanuló. 39.8°-os lázzal jelentkezik, erős torok- és szájfájdalmakról panaszkodik. 3 ik napja beteg, eddig chinint szedett, torkát öblítette, ennek ellenére állapota állandóan rosszabbodott. Heveny tüszős mandulagyulladást találtunk, áttörőben lévő alsó bölcseségfogakat, melyek körül a gyulladás legsúlyosabb tünetei mutatkoznak, az alsó és a felső fogsort szegélyező foghús és az ezzel érintkező pofanyálkahártya igen erősen belövelt, fellazult, kifekélyesedett, vérzékeny. Nagyfokú szájbűz, igen erős szájzár, fájdalmas, duzzadt nyaki nyirokcsomók. Naponta medobis végbélkúpot, angiciddel felváltott kamillateás szájöblítést és a nyirokcsomókra borogatást rendeltünk. Másnap a láz 38.2°, fájdalmak enyhültek, klinikai kép változatlan. Harmadnap tonsillák feltisztultak. 4-ik nap javulás a foghúson is megindult, szájzár javulóban. 5-ik napon láztalan, ettől kezdve a beteg állapota fokozatosan annyira javul, hogy 10-ik napon teljesen gyógyultan bocsátjuk el.

2. H. M. előző betegünk 24 éves nővére két héttel öccse gyógyulása után jelentkezik annyira hasonló tünetekkel, hogy még a bölcseségfogak áttörési zavarai is megegyező jelenségeket mutatnak. Kezelés és gyógyulása teljesen hasonló.

3. L. J. 2 éves gyermek. Otitis media és tonsillitis lacunarisszal kezdődő megbetegedése 4-ik napján 40°-os láz mellett jelentkeznek a legsúlyosabb stomatitis-gingivitis ulcerosa tünetei. A kis beteg gargarizálni, száját öblíteni nem tud, így a lázcsökkentőn kívül egyedüli gyógyszer a másodnapra rendelt ⅓ medobis végbélkup, melynek hatására fokozatos javulással a 8-ik napon következik be, a teljes gyógyulás.

Plaut-Vincent angina 11 esetében alkalmaztuk a medobis végbélkupot, egy eset kivételével igen jó eredménnyel. Az első 6 esetben a medobison kívül glycerines-neosalvarsan emulsióval ecseteléseket is végeztünk. 5 esetben kísérletképen még a szokott helyi fekélyecseteléseket is elhagytuk s ennek ellenére a gyógyulás szintén az 5-ik napon mindannyiszor már befejeződött. Az említett sikertelen esetre nézve csak annyi a megjegyezni valónk, hogy ismételt, igen gondos bakteriologiai vizsgálatok ellenére mást, mint bac. fusiformist és spirochaetát kimutatni nem sikerült. A gyógyulás sehogyan sem akart megindulni, bár a medobis hatástalanságának láttára intravénás neosalvarsan befecskendezésekkel és a legkülönbözőbb helyi kezeléssel is probálkoztunk. Gyógyulás csak a 21-ik nap körül állt be oly körülmények között, hogy egyáltalán nem volt tisztázható, vajjon a sok gyógyszer közül melyik hozta meg tulajdonképen a gyógyulást.

Orsó Géza dr.
OTBA h. főorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Jugoszláv állampolgár, orvos, aki a háború előtt Magyarországon szerzett orvosdoktori oklevele és 4 évi magyarországi szakintézetben töltött gyakorlata alapján Jugoszláviában mint szakorvos működik, kérdi, hogy ha Magyarországon marad, jogosultságot szerezhetett volna-e szakorvosi cim használatára?

Felelet: A szakorvosi cim használatáról Magyarországon először az 1924. évi december hó 1-én kiadott 149.000—1924 N. M. M. számú rendelet intézkedett. E rendelet értelmében a szakorvosi címet használhatta az a gyakorlatra jogosított orvos, aki igazolta, hogy a rendeletben megjelölt orvosi szakmák valamelyikével tudományegyetemi klinikán két évig vagy gyógyintézetnek gyakorló éves orvos alkalmazására feljogosított osztályán három évig, hivatalos alkalmazásban vagy rendszeresített bejáró orvosi (externista) minőségben megszakítás nélkül foglalkozott. A fogorvosi cim használatához a rendelet egy évi gyakorlatot irt elő.

Ez a rendelet nem vonatkozott azokra az orvosokra, akik a rendelet hatálybalépése előtt már mint szakorvosok működtek. Ezek az orvosok a szakorvosi címet továbbra is használhatták, ha annak tényleges használatát a letelepedési hely szerint illetékes törvényhatóság első tisztviselője előtt megfelelően igazolták.

Az említett 149.000—1924. N. M. M. számú rendelet érvényben volt 1936. évig, amikor a m. kir. belügyminiszter 1936 évi julius hó 18-án „A szakorvosi cim használatának szabályozása tárgyában" a 237.600—1936 B. M. számú rendeletet adta ki. Ez a rendelet az orvosi szakokra előirt gyakorlati időt egyes szakmákon 4 évre emelte és a cim engedélyezését képesítő vizsgához kötötte.

Ez az utóbbi rendelet, amely jelenleg is érvényben van, a régebbi rendelettel szerzett jogokat nem érinti. Ugyanis kimondja, hogy azok az orvosok, akik a rendelet hatálybalépése előtt a szakorvosi cim használatára jogosultságot nyertek, a szakorvosi cimet továbbra is használhatják.

A levéliró jugoszláviai orvos, ha Magyarország területén marad és a 149.000—1924. N. M. M. számú rendelet értelmében igazolja, hogy a szakorvosi cimet a rendelet életbelépése előtt már használta, vagy hogy 4 évig közkórházi hivatalos alkalmazásban állott, a „belbetegségek szakorvosa" cim használatára engedélyt nyerhetett volna.

Szerkesztő.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A porphyrinekről.

Az utolsó években nagyon sokan foglalkoztak a porphyrinekkel (P), melyeknek diagnostikai jelentősége már régebben ismeretes, de klinikai és pathologiai szempontból keveset tudunk róla. A P. vörös, vöröses-barna festékanyagok, melyek egy része a vér festékanyagából a haemoglobinból a szervezetben normalis körülmények között is keletkezik, valószínűleg a csontvelőben, kóros körülmények között pedig mennyiségük hatalmasan megszaporodhatik. Biologiai hatásuknál fogva ilyenkor érdekes és súlyos tünetcsoportot hoznak létre. A P. más része a haemoglobintól független és úgy a szervezetben, mint a szervezeten kívül synthetikusan keletkezik. Akik a kérdéssel behatóbban nem foglalkoztak, általában a „haematoporphyrin" elnevezést ismerik. Ezt olvashatjuk általában a kórtörténetekben is, pedig ez a P. féleség sem a szervezetben, sem a természetben nem található meg és csak mesterségesen állítható elő. A rengeteg synthetisálható P-féleség közül pathologiai szempontból bennünket csak proto-, deutero-, kopro- és az uro-P érdekel, mint amelyek kóros körülmények között megszaporodhatnak, ill. maguk is kórtüneteket hoznak létre. — Kimutatásuk a betegágyban általában székletből, vizeletből és duodenalis váladékból történik, sectiók alkalmával ezenkívül a belső szervekből, különösen a csontokból történő kimutatás is szóba kerülhet. A P. kimutatása az egyes P.-féleségek identifikálása és quantitativ meghatározása nem egész egyszerű dolog. Elsősorban a P. különböző oldhatósága jön tekintetbe. A fenti sorrendben az első három jégecettel kevert aetherben (1:6) jól oldódik, míg az uro-P. nem. Ez utóbbi csak sósavban, sodabicarbonában, sósavas alkoholban és különösen pyridinben oldódik jól. A leggyakrabban vizeletből kell a P-t kimutatni, ami úgy történik, hogy rázótölcsérben a vizeletet jégecettel kevert aetherrel extraháljuk. Mivel ezt a kivonatot vízzel sokáig kell mosni egészen neutralis vegyhatásig, a kirázást célszerűbb aether aceticussal végezni. Kevés anyag hozzáadására használhatatlan emulsiók keletkeznek, különösen, ha sok a fehérje, vagy ha a serumban keresünk P.-t, tehát legalább egyenlő mennyiség veendő. A kirázás után a vizeletet leengedve a tölcsérben maradt ecetaethert 25%-os sósav 1—2 ccm-el rázzuk ki, majd a sósavba átment P-oldatot kémcsőben felfogva igyekezünk a P-t ebben kimutatni. Ha a vizeletben sok a zavaró festékanyag (urochrom, urobilin), úgy az ecetaether előtt ezeket chloroformmal távolítjuk el, ami P veszteséget nem okoz. Vonatkozik ez a székletre is, ahol a zavaró festékeket tiszta aetherrel, alkohollal és acetonnal kell eltávolítani. A sósavas extractum elég sok P. jelenlétében halvány vörös elszíneződést mutat. A további vizsgálat egyszerű spektroskoppal történik, amikor is az egyes P.-féleségeknek és az oldószereknek megfelelő jellegzetes elnyelési csíkok láthatók. Absorptiós spektrumot csak bizonyos concentratiójú oldatok adnak, (kb. 5 gamma, 2.5 ccm HCl-ben), ennél hígabb oldattal pedig gyakran akadhat dolgunk úgy a betegágyban, mint a kisérletekben. Itt nagy segítségünkre szolgál a P. azon általános tulajdonsága, hogy fekete és kék üveggel szürt és szemeink számára már láthatatlanul alacsony hullámhosszú quarzfényben (Woodfény) bíborpiros szinben fluorescálnak. Ilyen fénycsóva nem csak a Reichert-féle specialis és mikroskopos vizsgálatra is alkalmas berendezéssel, de bármilyen quarclámpával is előállítható. Ilyen módon a P. hihetetlenül kicsiny mennyiségei is kimutathatók. Ha a fluorescáló vörös fényt vizsgáljuk spektroskoppal, úgy az emissiós spectrum intensitásából photometerrel a P. quantitative is meghatározható. Bizonyos P. mennyiség felett a vörös fluorescentia nem csak ecetaetheres és sósavas extractio után (secundaer fluoresc.), hanem a vizsgálandó anyag: széklet, vizelet, vagy boncoláskor kapott szervek direct megvilágításakor is látható (primaer fluoresc.). Vörös szinben természetesen más anyagok is fluorescálnak, így a chlorophyll zöldszinű, alkoholos oldata, neutralvörös és más festékek is; zavarnak a vizeletben és székletben, valamint a szervekben jelenlévő más szines festékanyagok is, különösen az urobilin, urochromok, exogen pigmentek, mint a prontosil, vestin, stb., is, de gyakorlati szempontból a fenti tisztító eljárások betartása mellett a vörös fluorescentia biologiai anyagban a P.-re jellemző.

Ami a P. hatást illeti a szervezetre, úgy azt kell mondanunk, hogy az a P. minőségétől függ. A fenti sorrendben az első három P-nek főleg a belekre és az izomrendszerre gyakorolt hatása ismeretes, míg az uro-P, mint photosensibilator tünik ki. Ezalatt azt értjük, hogy bizonyos anyagok (P, eosin és ált. a fluorescáló festékek) hatására a szervezet fényérzékennyé válik. P. injectio után egeret vagy más kisérleti állatot napfény vagy közönséges quarzlámpa hatásának téve ki, az állat csakhamar izgatott lesz, a fényből menekülni igyekszik, hevesen vakaródzik; ha a besugárzást ilyenkor abbahagyjuk, úgy néhány nap mulva, vagy hamarább is a bőr kipirosodik, hólyagok, majd genyedések, sőt gangraena keletkezik, különösen a rosszabb keringésű helyeken. Ha a besugárzást folytatjuk, úgy az állat bizonyos idő mulva „fényhalál"-ban elpusztul. Azon kórformákat, amelyekben a P. ártalmas hatásai képezik a főtüneteket, *porphyrinopathiának* nevezzük. Megkülönböztetünk ismert (toxikus) és ismeretlen (idiopathiás) aetiologiájú P-pathiákat. Ez utóbbi ismét lehet acut és chronicus. *Az acut P-pathiában* a főhatást a koproP fejti ki és legfeltünőbb tünete a rohamokban fellépő nagy hasi görcsök. — *Gyakori a téves kórjelzésen alapuló hasműtét.* A kólika mellett hányás és súlyos obstipatio észlelhető. Jellemző, hogy a heves spontan fájdalom mellett a nyomási érzékenység kevés és défense nincs! Oliguria, kis lázak és psychikus zavarok egészítik ki a kórképet. A roham néhány nap alatt rendesen oldódik, majd hetek, hónapok, évek mulva ismétlődhetik. A vizeletben és székletben rendkívül sok, főleg kopro-P mutatható ki. Ha uro-P is megjelenik, úgy minimalis fényérzékenység is kimutatható (pigmentatio, dermatitis). Későbbi rohamokhoz polyneuritises jelenségek csatlakozhatnak, a psychikus tünetek is kifejezettebbek, súlyosabb depressiók, öngyilkossági kisérletek, deliriumok, stb. észlelhetők és a halál nyelés bénulás és szövődményei, vagy légzésbénulás, esetleg Landry-hüdés tünetei között következik be. *A chronikus vagy congenitalis P-pathiában* az uro-P által létrehozott tünetek dominálnak. E betegségekben már egész kora gyermekkorban jelentkezik a fényérzékenység, tavasszal fellépő bőrhólyagcsák (hydroa aestivalis v. vacciniforme), erős napfény-dermatitis pigmentiók, stb. képében, amiből a súlyos esetekben genyedések, üszkösödések és a napfénynek kitett helyeken, arcon, kezeken, leprához vagy lupushoz hasonló csonkítások és hegesedések keletkeznek. Székletben és vizeletben az uro-P mellett más P-k is találhatók. Vannak átmenetek a két alak között. *A toxikus P-pathiák* legrégebben is-

mert oka a sulfonalmérgezés. Ugyancsak P kiürítéssel és feltünően sötét-vöröses színű vizeletkiürítéssel járhatnak a trional, veronal, luminal, phanodorm, somben, stb. mérgezések, sőt túlérzékeny egyéneken *therapiás adagok* is. Az ólommérgezésnek nagyon jellegzetes tünete a vizeletben a kopro-P és kisebb mértékben az uro-P megjelenése. A P kiürítés nagyjából párhuzamosan halad a klinikai tünetekkel. Nagyon feltünő az ólomkólikának az acut P-pathiás rohamokhoz hasonlósága, valamint az idegrendszeri tünetek (polyneuritis és bénulások) a psychikus és agyi tünetek (enkephalopathia saturnina) hasonlósága. Ugyancsak közös vonás a csontrendszerhez vonzódás; ugyanis az ólom a csontokban „méregtelenítődik", congenitalis P-pathiában szenvedők csontváza pedig feltünően vörösesbarna az ott lerakódott P-től. Ez utóbbi tünemény fiatal állatokban mesterségesen is létrehozható, főleg uro-P befecskendezésével. Calciuminjectiók hatására az ólommérgezéses tünetek javulásával párhuzamosan a keringő ólom és a kiürített P. mennyisége is megfogy; mindkettő a csontokban rakódik le. Porphyriával jár minden nagyobb haemolysissel járó folyamat. Hatékony arsenmedicatio eleinte haemolysissel jár. Ugyanekkor a vizeletben P jelenik meg. Az As. fényérzékenység, vagy a pigmentatio ismert következmények (v. ö. As. polyneuritis, hasi kólikák.) — Haemolytikus ikterus, anaemia perniciosa, malaria fokozott P-uriával járhatnak. Salvarsan után, lázas megbetegedésekben, vagy láztherapia alatt ugyancsak megszaporodik a kiürített P mennyisége (pneumonia, ty. abd., pyrifer kura, stb.). A májparenchyma laesiója (csökkent kiválasztás) ugyancsak P-uriával jár és a P. vizsgálata a májártalomnak nagyon érzékeny kimutatási módszere, természetesen más vizsgálatokkal együtt értékelve. Terhességi toxicosisok, ha májlaesióval együtt jelentkeznek általában fokozott P. kiürítéssel járnak. Végül még azt kell megemlítenünk, hogy nem csak az ereken belüli haemolysis, hanem a tápcsatornában történő vérfesték leépülés is P-uriához vezet. Vérmentes táplálkozás esetén a székben kimutatható P. szaporulat (különösen deutero-P!) szinte biztos jele az occult vérzésnek. Ez nagyon fontos lehet olyan esetekben, ahol a daganat-gyanú mellett vérző nodus v. fissura ani akadályozza a Weber-próba exact kivitelét. A bélcsatornában a vérfesték bontásában és a P termelődésében elsősorban a bakteriumoknak kell fontos szerepet tulajdonítanunk. Ugyanezeknek a szerepe világítódik meg azon megismerésekben, amelyeket szétesö bélfekélyek (ty., dysenteria, cc. stb.), valamint a tüdő, garat, uterus, izomzat, daganatok eves-üszkös gyulladásainak eseteiben felszaporodó P. tömegek kimutatása alkalmával nyerhetünk.

A P-nek nem csak káros, de therapiás hatásai is vannak. A mészforgalomhoz szoros kapcsolatuk magyarázza a kisérleti rachitist gyógyító hatásukat. A psychére gyakorolt hatás pedig magyarázza azon kedvező eredményeket, amelyek az endogen depressiónak és a melancholiának P. („Photodyn", Nordmark-Werke) kezelésére beállnak. A P-pathiák kezelésében elsősorban calcium és májtherapia, alkaliás étrend és esetleg méregtelenítő nehézfémekkel történő gyógyítás (különösen réz) jöhetnek szóba. Toxikus P-pathiák esetén elsősorban az okot kell kiküszöbölni.*)

Sümegi István dr. egyetemi magántanár.

*) Az itt közölt adatok alapját a budapesti Kórbonctani Intézetben *Balogh Ernő* professor úr által vezetett rendszeres vizsgálatok, valamint *Balogh:* Orvosképzés 1937. 2. füzet és Verhandl d. Deutsche Path. Ges. 1937, *Carrié:* Über Porphyrine 1936. és *Vanotti:* Porphyrine und Porphyrinkrankheiten 1937. c. monographiák képezik.

Az influenza egyszerű abortiv gyógyítása.*

Az 1918—19. évi súlyos járványban és az ezt követő évek enyhébb járványaiban is igen jó eredménnyel alkalmaztam az alább leírt kezelést. *A gyógyszer:* Chinin. hydrochlor., Phenacetin, Acid. acetylosalicyl. aa 0.30—0.33 g. Felnőttek részére tehát egy por 0.90—1.0 g. Gyermekeknek: 5—6 év között ¼ adag, 8—10 év ⅓, 12—14 év ½, 15—16 év ⅔, 17 év ¾, 60—65 év ¾, 65—75 év ⅔. Fejlettség és erőbeli állapot szerint megváltoztatható. A porkeverék néhány hónap mulva megsárgul és összeáll, ekkor újjal cserélendő fel.

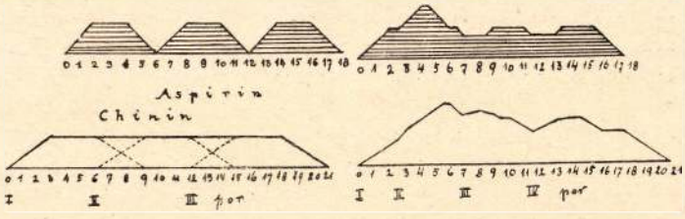
Kezelés: a tünetek jelentkezésekor azonnal, vagy legalább is az első 24 órán belül adjuk az I. port, 2½ óra mulva a II., ezután 4½ óra mulva a III, újabb 4½ óra mulva a IV. port. Az első négy por pontos bevétele döntő jelentőségű a kezelésben. *A bevétel pontos terminusai akkor is betartandók, ha a beteg alszik, vagy éjjelre esnék a bevétel ideje.* Jókor kezelt esetek a négy por bevétele után rendszerint láztalanok. Ha a kezelést itt abbahagynók, az esetek egy része egynapi láztalanság után recidiválna. Ezért a IV. por bevétele után 3—4 órára gyengébb, 0.50—0.60 g-os porokkal folytatjuk a kezelést 3½—4 óránként. A második napra tehát kb. 4 gyengébb por esik és ugyanennyi a harmadik napra. Ha a beteg subfebrilis maradna, rendszerint a későn kezeltek, vagy talán vegyes fertőzés esetén, úgy még néhány napig 4 gyengébb port adunk napjában. A porok bevétele előtt ajánlatos mindig valamit enni (tea, kávé, kétszersült, cakes, stb.)

Köhögési inger, erős nátha esetén 1—2 aethylmorphin por napjában (0.02). A köhögés korai megszüntetése a betegség tovaterjedésének meggátlása céljából is igen fontos.

A sikeres abortiv kezelés után sem ajánlatos azonnal felkelni.

A gondolatmenet tehát: *a korai kezelés,* az első két por félidőre összetolt, *halmozott* hatása, a megszakítás nélküli, *folytatólagos* kezelés, még éjszakán át is és a legyőzött betegségnek, illetve esetleges maradékának *két napon át* kisebb adagokkal végleges kiirtása. Mivel a korai kezelés egyik fontos tényező, ezért célszerű a gyógyszert epidemiák idején kéznél tartani.

A reggel, délben, este és a fenti módszer szerint adott porok sematikus hatásfelületei közötti különbséget mutatják az álabbi ábrák:



1930-ban bevezette a kezelési eljárást a M. Kir. Honvédség.

1937 januárjában IF. 397—1937. sz. körrendeletében az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap kipróbálásra ajánlotta orvosainak az eljárást.

Március 1-ig 157 válasz érkezett. 20 jelzi, hogy járványuk nem volt, 20 válasz nem értékesíthető, mert a betegség kezdetére és lefolyására vonatkozó adatai részben hiányosak, részben ellentmondóak. A maradék 117 válasz három csoportra oszlik:

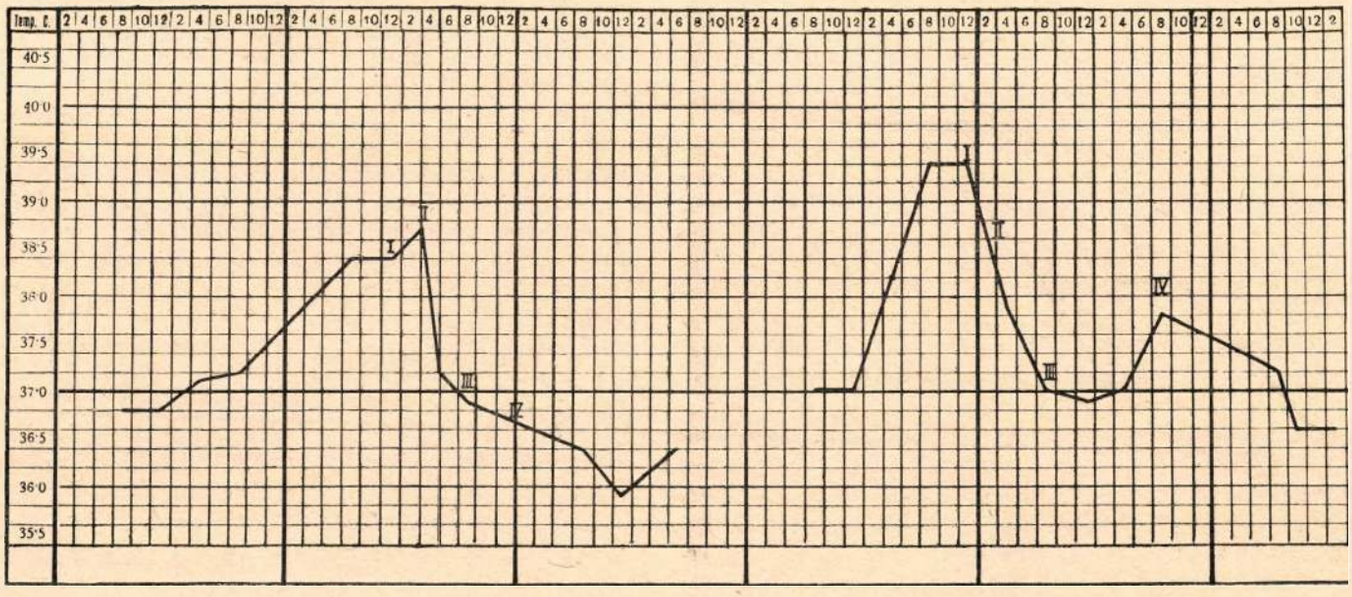
*) O. H. 1918. 44. sz. Münch. Med. Wschr. 1918. 51. sz. Practitioner, London, 1930. February.

I. csoport: 105 válasz sikeresnek mondja az ajánlott kezelést, mert jókor adva abortiv módon szünteti meg a betegséget. Ezekből 24 válasz nem közöl külön eseteket, hanem általánosságban jegyzi meg, hogy a korai esetekben: kitünő, igen jó, vagy legjobb eredménnyel alkalmazták. Közülük egy 18 év óta használja és hogyha az első 24 órán belül elkezdheti a kezelést, azt 98%-ban eredményesnek mondja. Egy 10 éve, négyen évek óta használják. A többi 51 referáló 1230 esetben alkalmazta és sikeresnek találta a kezelést 1111 esetben (90.32%-ban). Lytikus, illetve elhúzódó volt a gyógyulás 88 esetben (8.13%-ban), szövődmény 19 esetben (1.54%-ban) (6 esetben otitis media, ebből 2 régi ujult ki, 4 bronchopneumonia, 1 pleuritis, 1 Highmor-gyulladás, 1 orchitis és 6 diff. bronchitis). A szövődmény néhány esetben a defervescálás után mint enyhébb, gyorsabban gyógyuló complicatio jelentkezett.

esetben chinintúlérzékenység, igen erős főfájás és méhtáji fájdalom (nem gravid nőkön). 3 orvos ajánl valamivel kevesebb chinin-adagot, néhányan pedig, súlyos esetekben a kezelésnek Omnadinnal kiegészítését.

Hibaforrás lehet a statistika szempontjából, ha a betegség kezdetére vonatkozó anamnesis nem pontos, valamint a gyógyszer pontatlan szedése és a szedésnek korai beszüntetése. A betegek, ha már kissé jobban érzik magukat, általában hajlandók beszüntetni a gyógyszerek bevételét, az előírások ellenére. Pedig a legyőzött betegségnek kisebb adagokkal üldözése, igen lényeges része a kezelési eljárásnak. Az acut, lázas bronchitiseket és más meghüléses betegségeket sokszor nehéz az infuenzától elkülöníteni, úgy hogy bizonyára ilyen esetek is szerepelnek a fenti összeállításban.

Az OTBA nagyarányú kisérletének eredménye: a kezelési eljárás az első 24 órán belül alkalmazva igen



K. A. 43 é. férfi. A családjában a negyedik infuenza eset.

W. Sch. 7. é. fiu. A IV.-ik por késői adása miatt recidiva-hajlam.

II. csoport. 5 válasz 41 esetről számol be. 13 esetben (31.7%) volt sikeres a kezelés és 28 esetben (68.3%), elhúzódó a gyógyulás, 1 otitis, 1 pneumonia és 3 bronchitis ac., mint szövődmények. A jelen 41 esetnek kb. a felében azonban kétesnek vehető a kezelésnek az első 24 órában megkezdése.

III. csoport: 7 válasz. Ebből 3 csupán rövid általános megjegyzést közöl esetszám nélkül, 4 pedig 44 esetet említ meg összegszerűleg, nem részletezve. Ez a csoport nem lát a kezeléstől különösebb eredményt, ill. jobb hatást, mint az eddig alkalmazott szerektől. A 7 válasz közül 6 nem említ adatot a betegség kezelésére vonatkozólag, 1 válasz pedig 6 esetével a kezelés megkezdését a 6—36 órák közötti időre teszi.

Előrehaladottabb stadiumban lévő betegségben alkalmazva az eljárást, a vélemények eltérők. Sokan itt is jó hatást láttak, bár megközelitőleg sem azt a biztos hatást, mint az első napon kezelésbe vett betegeken. Mások viszont a kései esetekben a hatást bizonytalannak látják.

A szerrel kapcsolatos mellékhatásról tesz említést néhány beszámoló. 7 gyomorpanaszokat említ, az egyik mindjárt megjegyzi, hogy a szer bevétele előtt elrendelt kis étkezésekkel a gyomorpanaszok a bevétellel kapcsolatban megszüntek. Fej- és fülzúgásról, mint erősebb panaszról tesz említést. Egy betegen collapsusszerű állapot a második por után és egy esetben 74 éves erősen hypertoniás betegen decompensáltság jelei mutatkoztak. Két

nagy százalékban abortiv módon gyógyítja az influenzát. A kezelés után szövődmény ritkán jelentkezik. 24 óra után alkalmazva a jó hatás annál valószínűbb, minél közelebb vagyunk az első naphoz.

Az orvosok közül sokan említik, hogy a betegek későn jelentkeznek, előbb magukat házi szerekkel, chininlabdacsokkal kezelgetik. Ezek a jókor kezeltekkel szemben lefolyásban elhúzódóak voltak, elég gyakori szövődménnyel.

A sikeres kezelésnek és így az epidemia megfékezésének előfeltétele *a betegek elég korai segély-igénylése.* Erre a közönségünket minden rendelkezésünkre álló eszközzel nevelnünk kell. Ha tudomást szerez egy egyszerű, abortiv kezelés lehetőségéről akkor azt bizonyára szívesen és jókor fogja igénybe venni.

Ha az orvost influenzás beteghez hívják, ne elégedjen meg csak a beteg kezelésével és általános hygiénés védekező módszerek hangoztatásával, hanem főgondját képezze *a környezetben várható következő megbetegedés* korai felismerése és kezelése. Csak ha így jár el, épít valóban gátat az infectió elé.

A fenti egyszerű eljárás birtokában az influenza epidemiák sikeres és gyors leküzdését egészségügyi szervezési kérdésnek tekintem. Egy példát szeretnék megemlíteni. 1918 októberében több felvidéki faluban, ahol szintén rendkívül kiterjedt és súlyos szövődményes járvány pusztított, ajánlásomra megszervezték a járvány le-

küzdését. Orvosi segítségre számítani tulajdonképen nem lehetett, mert az otthon maradt kevés idősebb orvos, részint maga is betegen, nem volt képes a súlyos járványt ellátni. Minden faluban egy-egy ottlakó vagy kiküldött, ápoláshoz értő, intelligensebb személy lett a hygienikus, akit megtanítottunk erre az egyszerű kezelésre és a gyógyszereket is kézhez kapta. A falukban kidoboltatták, hogy eddig sokan pusztultak el mindenfelé a súlyos járványban, de egy új kezelés birtokában képesek vagyunk a beteget rövidesen kigyógyítani, ha: a betegség kitörését a kezelő személynél haladéktalanul bejelentik. Orvosra várni, mint tudják, céltalan. A szervezet jól működött, a betegeket elég pontosan jelentették. Talán része volt a sikerben annak is, hogy a gyógyszereket ingyen kapták. A szövődmények elmaradtak, a járvány rövidesen lezajlott.

A gyakran pandemia jellegű, csaknem minden évben visszatérő influenza nyom nélkül nem hagyja el a szervezetet. Activál megnyugodott folyamatokat, mint általános népbetegség a legnagyobb figyelemre érdemes. Ameddig csak enyhébb acut epidemiák vannak, nagyobb veszély nincsen. De ha minden emberöltő meghozza a súlyos járványt, mint 1890, 1918, úgy a következő 1943—48 között várható. Ajánlatos volna jobban felkészülve várni reá.

Nesnera Ödön dr.

A tonsillák röntgentherapiája.

A tonsillák röntgentherapiája azon nagy sugárérzékenységen alapul, mellyel a lymphoid szervek — s így a tonsillák is — a röntgensugárral szemben viselkednek. A bécsi *Menzel* alkalmazta elsőízben 1911-ben. Főleg az Amerikai Egyesült Államokban szerzett nagy népszerűséget ezen eljárás, hol sok-sok ezer esetben alkalmazták tonsilla hypertrophiában, a különböző szerzők szerint 50—90%-os eredménnyel. Európában a tonsillák röntgentherapiája minden valószínűség szerint azért nem terjedt el szélesebb körben, mert az első kisérletek nem jártak teljesen kielégítő eredménnyel. A besugárzott betegek kínzó garatszárazságról panaszkodtak, amin többé nem lehetett segíteni. Egyrészt elvinte túlságosan nagy adagokkal dolgoztak, másrészt a sugár minősége nem volt mindig megfelelő. Nem állottak rendelkezésre a mai teljesen megbízható, pontos dosismérő eszközök és eljárások, melyek nélkül úgyszólván elképzelhetetlen az eredményes therapia. Mint a legtöbb eljárásnak, természetesen ennek is vannak hívei és ellenzői. A röntgentherapiának kétségtelen előnye egyrészt a teljes fájdalmatlanság, a beteg nincsen akadályozva munkájában, nyugodtan folytathatja rendes foglalkozását, nincsen mortalitás; másrészt, hogy nemcsak a tons. palatinát, hanem az egész Waldeyer-féle nyirokgyűrűt sugározzuk be egyszerre. Hátránya a tonsillektomiával szemben, hogy nem mindig vezet sikerre, s hogyha később mégis műtétre kerül a beteg, egyes esetekben erősebb vérzésekkel kell számolnunk. Ennek oka az erek intimájának nagyfokú sugárérzékenységében keresendő. A hajszálerek elzáródnak, az érújraképződések kapcsán pedig helyenként ektasiák keletkezhetnek. Mikor alkalmazzunk tehát röntgentherapiát? Általában mindazon esetekben, hol az előzőleg elvégzett tonsillektomia eredményre nem vezetett, vagy a mandulák kiirtása valamilyen okból nem volt kivihető. Vagyis:

1. Ha a beteg az ajánlott műtétbe nem egyezik bele.

2. Olyan inficiált tonsillák esetén — tályog, chr. tons. follicularis, — hol az esetleges bakteriaemia folytán sepsis fenyeget.

3. Tonsillaris eredetű gócfertőzésekben, hol a tonsillektomia nem végezhető el az igen kicsi, sorvadt, heges tonsillák miatt.

4. Olyan betegeken, akiknek tonsillaris eredetűnek feltételezett gócfertőzése előző tonsillektomia után nem javult.

5. Ha előrehaladott kor miatt arteriosklerosis következtében nagy utóvérzés fenyeget.

6. Tüdőtuberculosis eseteiben, hol a vérveszteség és gyenge táplálkozás folytán súlyos leromlás veszélye fenyeget.

A besugárzás után néhány óra, esetleg egy nap múlva egyes esetekben helyi és általános reactiók észlelhetők. A helyi reactiók kisfokú oedemák, nyakfájdalmak. Általános reactiók polyarthritisekben, nephritisekben jelentkezhetnek. A fennálló izületi fájdalmasság fokozódik, a vizeletben több fehérje mutatható ki. Ezen reactiók ideje különböző, néhány napig, vagy akár egy hétig is elhúzódhatnak. Kedvező esetekben a reactio után, vagy ha reactio nem következett be, a besugárzás után néhány órával már csökken az izületi fájdalom a beteg végtagban, s rövid idő, esetleg néhány óra múlva már végleg megszűnik. Az eredmény szempontjából a reactio fellépése vagy elmaradása teljesen jelentőség nélküli. Egyes esetekben minden reactio nélkül megszűnik a fájdalom, viszont más esetekben semmiféle javulást nem észlelhetünk. Megtörténik, hogy az izületi fájdalom erős fokozódása után következik be gyors javulás, viszont más esetekben a fellobbanás után ismét az előbbi állapotban marad a beteg. Ezen utóbbi esetekben minden valószínűség szerint már másodlagos gócok keletkeztek a szervezetben. A besugárzott tonsilla palatina, illetve a Waldeyer-féle nyirokgyűrű 3—4 hét múlva sorvadni kezd, megkisebbedik, az előzőleg mély árkok, krypták kisimulnak, eltűnnek.

Kétségtelen, hogy a tonsillák, illetve a Waldeyer-féle nyirokgyűrűk röntgentherapiája nem műtétet megelőző *(Windholz)*, illetve helyettesítő eljárás. Azonban igen nagy jelentősége van mindazon esetekben, hol a tonsillák eltávolítása valamilyen okból kivihetetlen, vagy eltávolításuk eredményre nem vezetett.

Szabó István dr.
kórh. röntgenlaboratoriumvezető, műtőorvos (Tatabánya).

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 1. Mennyi a hexylresorcin adagja ascarisok ellen s különböző életkoroknak megfelelően, hol szerezhető be s veszélytelen-e?

2. A *Rumpel—Leede* tünet scarlatina, morbilli, kiütéses typhus esetein kívül mely betegségekben positiv még s azok mely stadiumban válik positivvá? *M. L. dr.* Szolnok.

Felelet. 1. A hexylresorcinol adagja 0.20 gr és 1,60—2.0 gr. között van, az életkor mellett esetleg az elhajtandó ascarisok számát is tekintetbe kell venni. Egyetlen alkalommal adjuk, a szokásos mennyiség felnőttnek kb. 1.20 gr, 2—3 éves gyermeknek 0.20—0.30 gr.

A hexylresorcinol a magyar gyógyszerkönyvben eddig nem szerepel s legjobb tudomásom szerint egyik hazai gyár sem foglalkozik előállításával. Orvosi célra használható tiszta készítményt több amerikai gyár hoz forgalomba. A vegyület az előírt adagban egyáltalán nem mérgező.

2. A Rumpel—Leede tünet positiv mindazon betegségekben, melyek az érfalat károsítják, s attól az időtől kezdve váltható ki, amelyben ez a károsítás megkezdődött. Így megjelenik a tünet vörhenyen, kanyarón és kiütéses typhuson kívül influenzában, luesben, némelyik haemorrhagiás diathesisben, lupusban, endocarditis lenta, arteriitis nodosa egyes eseteiben, magas vérnyomással járó chronikus vesegyulladásokban. Megjelenhet menstruatio alatt, terhesség első idejében, klimakterium kezdetén. Leírták gonorrhoea, ekzema eseteiben is.

Véghelyi Péter dr.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KERDÉSEI

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

Az ujjsérülések ellátásának irányelvei.

Az ujjak és a kéz sérüléseinek nagy jelentőséget egyrészt az ad, hogy rendkívül gyakoriak — az összes sérüléseknek körülbelül egyharmadát, sőt ipari centrumokban azok felét t szik, — másrészt az hogy a kéz és ujjak heveny fertőzései mindig sérülések — igaz, hogy sokszor észre sem vett, vagy figyelemre n m méltatott apró sérülések — után fejlődnek. Haematogen eredetű ujjfertőzés ugyanis ismeretlen és sértetlen bőrön át történő bakterium bevándorlásnak nincsen — bár kisérletileg igazolható — gyakorlati jelentősége. Ez k szerint a gyakorlat számára az a megállapítás irányadó, hogy az ujjfertőzések keletkezésének feltétele: a bakteriumoknak kaput nyitó sérülés. Ha meggondoljuk továbbá, hogy az összes rokkantságok kb. felének h veny fertőzésen, ill. ezt megelőző sérülésen alapuló ujjmerevség az oka és hogy a teljes munkaképtelenségek 10%-a az ujjak és a kéz fertőzéseiből származik, a kérdés nagy gyakorlati és socialis jelentősége nyilvánvaló. Világos ezek alapján, hogy a kézfertőzések megelőzése és a kéz működésének lehetőleg hibátlan megőrzése céljából, az ujjsérülések helyes ellátásának döntő jelentősége van.

Nagy nehézsége e kérdésnek a gyakorlatban az, hogy az ujjsérülések egyrésze simán gyógyul és ezért ezekkel a betegek általában nem szoktak orvoshoz fordulni. Ha viszont már erősebb fájdalom jelentkezik egy ujj sérülése nyomán, vagy ahogy ez lenni szokott, ennek türhetetlenésge űzi orvoshoz a beteget, akkor a fertőzést megelőző kezelés ideje már elmult.

Az ujjsérülések kezelésének is az a megállapitás az alapja, hogy minden alkalmi sebet fertőzöttnek kell vennünk. Első feladatunk tehát ezen elsőleges fertőzés leküzdése és a másodlagos fertőzés távoltartása. Complicált sebzés esetében — in-, csont-sérülés, nagyobb bőrdefectus — a jó functio helyreállítása céljából a szövődmények lehetőleg primaer ellátása és reparatiója ugyan szintén fontos és elvégzendő, de ez egyrészt már sebész szakorvosra tartozik, másrészt ennek a r parativ beavatkozásnak jelentősége háttérbe kell szoruljon azon szabályokkal szemben, melyeket a sebnek a fenti alapelvnek megfelelő — a fertőzés megelőzését célzó — kezelése követel.

Mit tehet és mit tegyen a gyakorló orvos ujjsérülés esetében? Egyszerű kisebb, metszett, szakított, szúrt sebek esetén első teendő a jó kivéreztetés, amit a kéz csüngetésével és az ujj alapjának leszorításával segítünk elő. A vérzés kimossa a sebből a behatolt fertőző csirákat és ilyen módon nagy valószínűséggel megakadályozza a fertőzés kifejlődését. A kivéreztetést követi a seb környékének megtisztítása, majd kiadós jódtincturás ecsetelése, mely nemcsak a másodlagos fertőzést gátolja desinficiáló hatásával, hanem mert localis vérbőséget is okoz, a localis védekező erőket is mozgósítja a fertőzés ellen. Kicsiny, felszinesen gyorsan összetapadó sebzés esetén jól bevált az ú. n. „planierozás". Ez abból áll, hogy a seb körüli, arra lapszerint ráfekvő és azt elzáró epidermist és cutist ollóval, vagy laposan állított késsel eltávolítjuk és igy a rekeszes, öblös sebből, tátongó lapos seb válik, mely most alapjáig nyitva van és aseptikus kötés alatt gyorsan gyógyul. A sebbe esetleg bekerült idegentestek (fém, fa, üvegszilánk) lehetőleg már az első sebellátáskor kiveendők, mert vagy fertőzéshez vezetnek, vagy begyógyulásuk után fájdalmat és működési zavart okoznak. Ha az idegentest azonnali eltávolítása nem végezhető el könnyen, egyszerü kihuzás — vagy kiemeléssel, (pl. varrótű) mielőbb műtéti úton kell eltávolitani, árnyékot adó testeket röntgen localisatio után. Az ilyen „műtéti" idegentest-eltávolítás mindig komoly beavatkozás, tehát megfelelő előkészítést, felszerelést, és készség t követel.

A fentiek szerint ellátott sebre steril száraz fedőkötés kerül, majd a sérült ujj, szükség esetén az egész kéz, feltétlenül nyugalomba helyezendő, legegyszerübben úgy, hogy az ujjat fa lapocon rögzítjük. A 3—4 napra alkalmazott rögzítés még primaeren, súlyosabban fertőzött sérülés esetén is majdnem biztosan meggátolja a fertőzés kifejlődését. Nagyobb sérülés esetén a rögzítést természetesen tovább kell fenntartani. Tilos a kicsiny ujjsérüléseken az egyebütt bevált primaer sebexcisio kisérlete, valamint szigorúan tilos, a sajnos még mindig alkalmazott massage, mert biztosan mélyebbre viszi a fertőzést és ezért veszélyes. Pára kötések friss sérüléskor kerülendők, és legfeljebb alkoholos, nem légmentesen záró, hanem u. n. kiszáradó kötés jöhet szóba. Ha okunk van súlyosabb primaer fertőzés felvételére(nagyon fertőző anyaggal foglalkozók, orvosok, halászok, mészárosok, állatápolók sérülései), jó hatású az azonnal alkalmazott passiv vérbőség. A pangásos kezelés ugyan az ambulans praxisban nehezen vihető ki exakt módon, de vékony gummiszalaggal (pl., gummi ujjvédő gyürüje) vagy circularisan alkalmazott és középerősen meghuzott ragtapaszcsikkal kielégitően elvégezhető. A pangásnak nem szabad fájdalmat okoznia sem a leszorítás, sem a sérülés helyén.

Összefoglalva: egyszerű, kisebb sérülések esetén kivéreztetés, jódozás esetleg planierozás, idegentest eltávolítás, aseptikus száraz kötés, szükség esetén pangás és feltétlenül rögzítés az ujjsérülések ellátásának módja.

A nagyobb és komplikált sérüléseket általános sebészi elvek szerint kell ellátni, szem előtt tartva mindig a legnagyobb fokú, bár józan conservativismust és conservválást (főleg a kézműködés szempontjából legfontosabb hüvelyk és mutató ujjon), valamint a kéz specialis anatomiai — biologiai adottságát és hajlamosságát fertőzésekre. — Nagy sérülések és sérüléses csonkolások esetén az ideális eljárás a teljes sebdebridement, fontos részek feláldozása nélkül. Az egyszerü sebviszonyok jó áttekintést nyujtanak a complicatiok megitélésére. Ha sikerült teljes n tiszta, sima sebviszonyokat teremteni és a sérülés és sebészi ellátása között legfeljebb 4 óra telt el, a seb zárása a logikus és követendő eljárás. Drainezés helyett jobb a laza sebegyesités, nem sürűn elhelyezett csomós varratokkal. Izületi sérülést el kell varrni. A működés szempontjából fontos tört csontokat r ponáljuk és csak a teljesen levált csontrészeket távolítjuk el. — Sima sebviszonyok esetén elsőleges gyógyulás érhető el akkor is, ha csont és in sérült, ha izület is megnyilt, sőt akkor is sokszor megtartható az egész ujj, ha majdnem teljesen le volt vágva. Ha megnyugtató sebdebridement nem vihető ki, vagy ezzel már elkéstünk, mindent el kell követni, hogy legalább a fertőzést akadályozzuk meg. Ezért ilyenkor tilos idegentestek, drót vagy s lyem behelyezése, a seb pedig nyitva kezelendő. Inséülés esetén a helyes álláspont az, hogy miután a fertőzés tönkreteszi a legszebben végzett műtét eredményét is, a sérült inat elsőlegesen csak akkor egyesítsük, ha tisztán metszett sebről van szó, ha a sérült kéz practice tiszta volt, ha az első segély alkalmával steril kötést kapott, ha legfeljebb 4 óra telt el a sérülés óta és

EGYETEM

végül, ha hozzáértő sebész, jól felszerelt műtőben, gondos asepsis mellett végezheti a műtétet. Ha ezek a feltételek nincsenek meg, jobb a debridált sebet néhány varrattal egyesíteni és a kezet rögzítve, megvárni a gyógyulást. Különösen óvatosnak kell lenni a hüvellyel biró inak sérülése esetében, tehát az ujjak hajlító oldalán. — Az ujjak feszítő oldalán ugyanis a varrt in enyhe fertőzés ellenére is jól gyógyul. A tenyéri felszinen viszont, könnyű fertőzés is tönkreteszi az eredményt, az infectio terjedése, az in elhalása folytán, ami a későbbi correctiót is lehetetlenné teheti. Másrészt kétségtelen, hogy — bár a secundaer invarrat eredményei általában rosszabbak, — insérülés esetén késői műtéttel is kitünő eredmény érhető el, ha összenövések elkerülésére szabadon átültetett autoplastikus zsirlebennyel burkoljuk be az inat. Hogy a secundaer invarrat mikor végezhető, az attól függ, hogy mennyi idő alatt gyógyult a seb és milyen volt a váladéka, bakteriumtartalma. Elsőlegesen gyógyult sérülés után már három hét mulva operálhatunk. Ha erősen gennyedt a seb, tanácsos a gyógyulás után három hónapig várni, nehogy a fertőzés fellobbanjon.

Természetes, hogy mindezek a primaer és secundaer reparativ műtétek, miután kényes és komoly beavatkozások, csak intézetben és nem ambulanter végzendők és intézetben tartandók legalább is addig, mig a fertőzés veszélye biztosan elmult.

Az égések kezelése azonos egyébb testtájékokéval, csak különösen fontos a kézen és ujjakon a hirhedt égési hegek képződésének megfelelő irányitása, összenövések és ferdülések megelőzése céljából. Az ujjak harmadfoku fagyásai után be kell várni a spontan demarkálódást, igy a defectus kis bb lesz, mint korai csonkító műtéttel. Fagydaganatok kezelésére értorna, diathermia és főleg röntg n therapia jön szóba. — Luxatio után (leggyakoribb a hüvelyk alappercének dorsalis ficama) mielőbbi repositio. Repositiós akadály esetén (izületi tok, kis izmok, flexor pollic. interpositiója) véres repositio. Ha igy sem sikerül a repositio, metecarpus fejecs resectiót kell végezni. A többi ujjak luxatioi sokkal ritkábbak és rendesen könnyen reponálhatók. Luxatio után 2—3 heti rögzités szükséges, hogy a tok és szalagok sérülései gyógyulhassanak és recidiva ne fejlődjék.

Az ujjsérülések késői következményeinek megitélésében és kezelésében a socialis factornak van döntő jelentősége. A késői károsodások közül fontosak: 1. a bőratrophia és súlyosabb k ringési zavarok; megelőzhetők a sérüléseknek és defectusoknak jól táplált, ép bőrrel fedésével; ha kifejlődtek, bőrtransplantatio jön szóba. 2. Contracturák miatt az alapok szerint bőr, in, vagy izületi plastikát lehet végezni, melyekkel a működés sokszor még megjavítható. 3. Az elég gyakori posttraumás ossificáló periostitis a phalanxokon legjobban mérsékelt flexioban rögzítéssel, meleg fürdőkkel, diathermiával vagy rövid hullámu kezeléssel befolyásolható.

Schmidt Lajos dr.
egyet. c. rk. tanár.

Diétás eljárások idült colitisek kezelésére.

Mielőtt egy baj gyógyításához fognánk, természetes, hogy pontos, minden részletre kiterjedő kivizsgálást tételezünk fel, mert csak biztos kórisme esetén lehet a kezelésünk eredményes. Fokozottabb mértékben áll ez a gyomor-bél betegségeire. A „colitis" diagnosissal legyünk nagyon óvatosak, mert van némi alapja a nagy író: *Axel Munthe* gunyolódásának aki azt mondta, hogy ha az orvosok nem tudják, mi a beteg hasi panaszának az oka, akkor ráfogják, hogy colitise van. Nem szabad arról sem megfeledkeznünk, hogy colitis esetén mindig a gyomor és a vékonybél állapotát is meg kell vizsgálni. A colitis ugyanis gyakran enteritissel szövődik, melynek kiindulási pontja a gyomorban lévő anacid gyulladás is lehet.

A fentiekből önként következik, hogy colitis gyanuja esetén meg kell állapitani a gyomor secreciót, a gyomor kiürülését, a vékonybél állapotát s elsősorban azt, hogy a vastagbél mely h lyére localisálódik a baj. További eljárásunk során elsősorban a szék minősége, menynyisége lesz a döntő. A széket górcsövileg és vegyileg is meg kell vizsgálni. E célból a betegek *Schmidt-Strassburger* féle próbadiétát tartanak 3 napon át. Ezen próbadiéta a következőkből áll:

Reggeli: ½ liter kakao tejjel, zsemlye v. kétszersült, vaj, esetleg tojás.

10 órakor: Zabnyákleves vagy lisztes leves v. zabnyák.

Délben: 125 gm. vagdalt marhahus vajjal jól átsütve, belül félig nyersen, 250 g. burgonyapüré tejjel elkészitve.

Uzsonna: mint reggel, csak tojás nélkül.

Vacsora: ½ liter tej vagy leves (mint 10 órakor); zsemlye, vaj, esetleg 1—2 lágy tojás.

A beosztáson változtatni lehet, de 3 napig csak ezt szabad enni, a 4-ik napi szék kerül vizsgálatra s ez a mérvadó.

Természetesen nagy gyakorlatot igényel az eredmény értékelése, csak kifejezett elváltozások számitanak kórosaknak. Főleg a vékonybél elváltozásainak megitélésére szolgál. Azt látjuk belőle, van-e: erjedés-rothadás vagy u. n. zsir dyspepsia. Jelen vonatkozásban azért fontos ez, mert ha nemcsak a vastagbél beteg, hanem a vékonybél is, úgy ezen alapon rendeljük el a diétát: ha rothadás van, adjunk erjedéses diétát, s ha erjedés, rothadásos diétát stb. Ezekre itt nem térhetek ki, csak hangsúlyoznom kell, hogy a colitis gyakran együtt jár enteritissel s ilyenkor diaetás előírásainknak első sorban ezek ellen kell, irányulni.

Ezen régi próbadiéta helyett adhatunk ma egyszerü vegyes diaetát is, amely áll kb. 100 g. zsírból, 100 g. husból és 300 g. keményitőt tartalmazó ételekből (kenyér, krumpli, rizs, tészták stb.). De főzelék, gyümölcs, kompót, gyümölcsíz, hüvelyesek, fekete kenyér ne szerepeljen benne. Az eljárás menete olyan, mint a classikus Schmidt-féle próbadiaetában volt. Mint látni fogjuk, próbadiaeta nemcsak diagnostikus célt szolgál hanem mivel bélkimélő is, felhasználható beiktatva a rendes diaeta közé, kezelésre is. Ha tiszta vastagbél megbetegedéssel állunk szemben, elsősorban fontos annak megállapitása, hogy a colon, melyek részére localisálódik a baj. Teljesen más lesz a therapiás eljárásunk typhlitis esetén, s ha a sigma vagy a vastagbél egész distalis része a beteg. — Két fő domináló tünet fogja megszabni elsősorban teendőinket, legalább is a diaeta szempontjából, s ez az, hogy hasmenés, vagy obstipatio áll-e fenn, mert mindkettő lehet kisérője, vagy tünete az idült vastagbélhurutnak. — Mi-

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt 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.

előtt ennek tárgyalásába bocsátkoznék, két külön csoportot szeretnék kiragadni, mert ezek oly körülhatárolt kórképet alkotnak, amelyek külön elbírálás alá esnek: ezek a colitis ulcerosa és a colitis muco membranacea. A colitis ulcerosa súlyos betegség, ma még ismeretlen aetiologiával. Fokozott peristaltica, hasmenés esetén igyekezni kell a belet nyugalomba helyezni. Adjunk leveseket, kakaót, rizst, darát különböző alakban, tojást, gyúrt tésztákat, puha, fehér husokat, nem zsíros, vízben kifőtt halakat, túrót. A tejet kerüljük. Gyümölcsleveket, vörösbort adhatunk. Főzelékeket csak később, ha a szék formálttá válik. Székrekedéssel járó alakjában kerüljük a durva ételeket s inkább vegyi hatást kifejtő ételekkel: tejcukor, gyümölcslevek, stb. tegyünk kisérletet. A colitis muco membranacea mai felfogásunk szerint nem gyulladásos eredetű baj, hanem vegetativ neurosis s így egyesek helyesen colica mucosáról beszélnek. Ilyen esetekben helyénvaló a salakdús diaeta: durva kenyérféleségek (Graham és Schrott), hüvelyesek, nyers gyümölcs, főzelékek, melyek sok rostanyagot tartalmaznak át nem törve, egészben. Ezen diaeta részletezésére még kitérek az idült vastagbélhurutok székrekedéssel járó fajainak megbeszélésekor.

Idült colitisben leggyakrabban a hasmenéses tünetek dominálnak. — Ha a vizsgálatkor kiderül, hogy nincs gyomor-vékonybél együttes megbetegedés is jelen, ahol ezekre is tekintettel kell lennünk, akkor bátrabbak lehetünk. A leghelyesebb egy koplaló nappal kezdeni s e napon csak tea cukorral fogyasztható. E helyett ma kiterjedten alkalmazzuk az ú. n. alma-napokat: 24 óráig csak 1½ kg. alma fogyasztható, nyersen, vagy sülve, vagy compót alakjában vegyesen, hozzá tea, cukor és citrommal, bármilyen más étel tilos e napon.

Ezután beiktathatunk 2—3 Schmidt—Strassburger-féle próbadiaetás napot. Súlyos esetekben a koplaló-napok, vagy az alma-napok számát felemeljük: 2—3-ra is. Az alma-nap helyett vegyes gyümölcsnapot is adhatunk, pl. banánt, barackot, sárgadinnyét. Fontos, hogy a koplaló- és az alma-napok idején a beteg keveset mozogjon, ha lehet ágynyugalmat rendelünk el. A tulajdonképeni diaeta a következőből álljon: legyen só- és zsírszegény, adjunk igen kevés folyadékot, mert a vastagbél víz-felszívódása csökkent. Olyan anyagokból álljon a diaeta, melyek jórészt a vékonybélben emésztetnek meg és nagyrészt felszívódnak, kevés salakot képezzenek s ne izgassák a belet váladék képződésre. Nyáklevesek, kétszersült, cakes, pirított zsemlye, puha tészták, puha tojás, tojásos ételek, jól átfőzött rizs, burgonyapürée, puha átsült husok, hal, (mindez nem rántva) lesznek eleinte előírásaink. A tej kerülendő. Csak 2 hét mulva adjunk áttört főzeléket, kompótot, amit kiegészíthetünk metélt, makaróni, sago, tarhonya hozzáadásával. A tejtermékek közül: 3 napos kefir és joghurt, créme sajtok, turó, elsősorban vaj adható. Italnak adhatunk a teán kívül fanyar vörösbort, áfonyabort. Ezen étrend huzamosabb alkalmazásakor ne feledkezzünk meg a vitaminszükségletről s adjunk bőven gyümölcsleveket, gyümölcsborokat (Jólé almabor), továbbá friss főzelékféléket, áttörten, vagy levesben. Minél mélyebb részében a vastagbélnek ül a gyulladás, annál inkább bátrabbak lehetünk. A vakbélre vonatkozó gyulladásokban (typhlitis) főleg, ha székrekedéssel járnak, igen ajánlatos Graham-kenyeret adni már korán is. Más a helyzet, ha székrekedés dominál, úgy minden eszközzel azon leszünk, hogy ezt küzdjük le s így cellulose tartalmú anyagokat kell adnunk:, de helyes ha itt is alma-napal kezdjük a kezelést, amelyhez már az első napon adjunk 150 g durva, sótlan, korpás, barna kenyeret (Schrott-kenyér). Ennek mennyiségét növeljük napi 300 g-ig is szükség szerint. De a nyers gyümölcsöt, salátát, retket, paradicsomot kerüljük eleinte. Míg a vakbélre szorítkozó alakokban tilos a főzelék, addig a vastagbél egyéb részeire localisált alakokban adjunk bőven főzeléket, hüvelyeseket is, de csak jól felpuhítva (24 óráig vízben áztatva és újra felfőzve). Azonkívül bőven salátákat, tejcukrot, gyümölcsnedveket, gyümölcsöket is. Ha felváltva van valakinek hasmenése és székrekedése, meg kell állapítani előbb, melyik a primaer s aszerint, hogy a székrekedés, vagy a hasmenés a primaer a fenti módok szerint járhatunk el. A diaeta mindig egyéni legyen, mert minden egyes beteg bélrész tolerantiája más és más. Ne feledkezzünk meg a túlérzékenységről sem, vannak bizonyos allergiás jelenségek a bélrendszerben is, melyekre nagyon is tekintettel kell lennünk, s csak hosszabb próbálkozással tapasztalhatjuk ki azt, mi lesz adható. Sovány egyének étrendjét máskép állapítjuk meg, mint a kövérekét, előbbieknek, ha tolerantiájuk jó, bátran adhatunk zsiradékot, főleg vaj formájában, míg kövérektől vonjuk meg ezeket, vagy legalább is csökkentsük a bevitelt. — Az idült colitis minden alakjának diaetájában a sószegénység legyen vezérelvünk, mert ez antiphlogistikusan hat s ezáltal a gyulladás gyorsabban lezajlik. Diaetás előírásainkat igyekezzünk hosszú ideig keresztülvinni, mert idült bajok hajlamosak a kiujulásra. Ne legyen diaetánk túl egyhangú, mert ezt a beteg megúnja s nem tartja be. Végül a *Noorden* által ajánlott cikk-cakk-diaeta is megszívlelendő, ami gyakorlatilag abból áll, hogy iktassunk a kimélő napok közé megterhelő napokat s fordítva, azaz: vagy iktassunk be alma- vegyes gyümölcsnapokat, vagy korpás kenyérben bő napokat, esetleg néhány próbadiaetás napot is.

Friedrich László dr. főorvos.

Éhségfájdalom

Az éhségfájdalom azon tünetek sorába tartozik, melyhez önkénytelenül a duodenalis ulcus fogalma kapcsolódik. A tapasztalat azonban azt bizonyítja, hogy ez a jellegzetes gyomorpanasz több más emésztőszervi megbetegedés kisérő jelensége is lehet. Ahhoz, hogy egy tünet diagnostikailag értékesíthető legyen, szükséges, hogy a tünetek keletkezésének feltételeit tisztázzuk. A helyes klinikai megfigyelés már évtizedekkel ezelőtt megalkotta az ú. n. pylorikus syndroma fogalmát, mely a periodicitásból, késői fájdalomból és éhségfájdalomból tevődik össze. Valóban. a pylorus-táj megbetegedéseiben e tünetek különböző változatban periódikusan jelentkeznek.

Mik tehát az éhség- és késői fájdalom keletkezésének feltételei? Az éhségfájdalom főétkezések után 5—8 órára jelentkezik. Különösen jellegzetes az éjjel mutatkozó éhségfájdalom. A késői fájdalom étkezés után 1—5 óra mulva fejlődik ki. Bár az éhség- és késői fájdalom tünettanilag rokonok, — kóroki szempontból nem vonhatók egy kalap alá. A késői fájdalom előfordul ulcus duodeni, ulcus ventriculi, gastritis, cholecystitis, pankreatitis esetén. A fájdalom intensitásában nem éri el az epekő, vesekő kólikában és colitisben mutatkozót, de azért nagyon kínzó, tartós epigastrialis nyomás, vagy feszülésérzésében nyilvánul meg. Gyomorégés nem kiséri rendszeresen. Felböfögésre, nagy adag alkália bevételére, atropinra, néha forró ital elfogyasztására enyhül. Az éhségfájdalom, — különösen annak éjjel mutatkozó alakja, már kínzóbb és ulcus duodeni, gastritis és cholecystitis esetén jelentkezik. Fájdalmas éhségérzés és legtöbbször igen heves égés kiséri. Étkezésre, nagy adag alkalia bevételére szinte szabályszerűen enyhül, vagy megszünik.

Mindebből következik, hogy az éhségfájdalom —, bármennyire összeforott a duodenalis ulcus kórképének fogalmával, — nem par excellence ulcus tünet. Az éhségfájdalom jelentkezése mögött különböző okokat sejtenek. Ezek között szerepel a hyperacid gyomornedv gastrosuccorhoeás felszaporodása, fájdalmas éhomi gyomorcontractio, a gastritises nyálkahártya, esetleg a fekély sósav iránti túlérzékenysége. A késői fájdalom az ú. n. korai (Frühschmerz) fájdalomhoz hasonlóan inkább pylorus-spasmus folytán áll elő, vagy, amint *Hurst* szellemesen megállapítja, ezen esetekben az ürülés és pylorus-játék disharmoniája forog fenn.

A vita, hogy fájdalmas izomcontractiók, vagy pedig a gyomornyálkahártya fájdalmassága szerepel-e a tárgyalt tünetek esetében — eldöntve ezidőszerint nincsen, minden amellett szól azonban, hogy a kórkép mindkét tényezőn együttesen épül fel.

Tapasztalataim alapján azt kell állítanom, hogy a gastritises nyálkahártya elváltozásának aránytalanul nagyobb, — a legtöbb esetben elsőleges szerepe van a késői, — de különösen az éhségfájdalom kiváltásában. — Erre utal azon ismeretes tény, hogy minden ulcust, de különösen a pylorus környéki fekélyeket, valamint az epehólyagmegbetegedéseket szabályszerűen antrum-gastritis, esetleg duodenitis kiséri. Ezen felfogás helyességét erősiti meg az a tapasztalat, hogy az éhségfájdalom fokozatosan erősödik, ami nyilván lépést tart a mindjobban kifejlődő éhomi sósavsecretiónak a beteg gyomornyálkahártyára gyakorolt ártalmas hatásával. Hogy az érzékeny nyálkahártya fájdalmas reactiója fokozott gyomorcontractiókra, estleg pylorus-görcsre vezethet, az egész természetes. Mint döntő bizonyítékot kell megemlítenem az O. H. hasábjain már közölt eljárásomat, — a therapiás gyomornedvoltásokkal nyert észleleteimet. Az oltásra javult esetekben az éhségfájdalom megszünt. Miután a beteg saját gyomornedvének intracutan beoltása desensibilisatiós gyógymód, amelynek célja az allergiásan megbetegedett gyomornyálkahártya érzékenységének specifikus csökkentése — az éhségfájdalom eltünése az oltás hatására, a gyomornyálkahártya szerepének aetiologiás bizonyítéka. *Ezen felfogás értelmében az éhségfájdalom jelentkezésének feltételei mindazon esetekben fennforognak, midőn a hurutosan beteg gyomornyálkahártyát, vagy a duodenalis fekélyt az üres gyomorban az állandó, vagy fokozatosan erősbbödő sósavreactio folytán insultus éri.* Ez bekövetkezik tehát duodenalis ulcus, hyperacid gastritis (alkoholos gastritis) és cholecystitist kisérő gastritis eseteiben Innen van, hogy acut gastritis esetén, amikor a nyálkahártya megbetegedett ugyan, de a sósavsecretio átmenetileg depressiv jellegűvé válik, — éhségfájdalmat soha nem észleltünk. Ezzel ellentétben a késői és korai fájdalom a fent leírt elváltozások nélkül is kifejlődhet minden esetben, amelyben a gyomor kiürülése bármilyen okból akadályozott. Ezek: a gyomor-motilitás zavarai, — ulcus ventriculi, ulcus duodeni, valamint cholecystitis okozta viscero-visceralis úton létrejött és gastritis acuta, vagy hyperaciditas okozta pylorus-görcs.

Mindebből therapiás következtetések is levonhatók. Az éhségfájdalom, amely a nyálkahártya bántalmazottsága folytán pylorus-görcsre vezetett, néhány korty tejre is megszünhetik. Ahol az éhségfájdalom hatalmas mennyiségű hyperacid gyomornedv secretiója útján jött létre, esetleg csak nagy adag alkalia bevétele, vagy hányás mesterséges kiváltása nyujt segítséget. Az achyliás gastritises késői vagy korai fájdalom eltünhetik nagy adag sósav bevétele után, a reflectorikus úton kifejlődött pylorus spasmus sokszor csak atropin adagolására oldódik.

Mindebből nyilvánvaló, hogy a gyomorbetegek tüneteinek gondos értékelése különböző vizsgálatok nélkül is lehetővé teszi a helyes diagnosis megközelítését és sok esetben az eredményes gyógykezelést.

Weidlinger Imre dr.
poliklinikai assistens.

A fülbe sugárzó fájdalmak. (Otalgia irradiata.)

Gyakran fordulnak betegek nemcsak a szakorvoshoz, de a gyakorló orvoshoz is fülfájdalmak miatt, amelynek oka sem a középfülben, sem a hallójáratban nem található meg.

A kisugárzó fájdalmak okát rendszerint megtaláljuk a környéki szervek valamelyikének megbetegedésében, ahonnan idegösszeköttetés útján sugárzik ki a fájdalom a fülbe.

Leggyakrabban a fogak, elsősorban az alsó fogsor megbetegedései szerepelnek mint előidéző okok. Pulpitis, periodontitis rendszerint éjjel okoznak fülfájdalmat hanyattfekvés okozta vérbőség következtében. Foghúzás után 2—3 hétig is eltarthatnak a kisugárzó fájdalmak. A III. nagyőrlő előbújása kapcsán, főleg ha az meg van nehezítve valamilyen oknál fogva, gyakran panaszkodnak a betegek fülfájdalmakról.

Az orr-melléküregek gyulladásos és daganatos megbetegedései is előidézhetnek fülbe sugárzó fájdalmat, úgyszintén az orr-garatüregben a tuba szájadéka körül lejátszódó folyamatok.

Az állkapocs-izületben fellépő izületi gyulladás — arthritis temporomandibularis, mely főleg rágáskor a ropogással okoz a betegnek kellemetlenséget, gyakran jár fülbe sugárzó fájdalommal is.

Gyakran szerepelnek előidéző ok gyanánt a torokmandulák gyulladásos megbetegedései, főleg a mandulakörüli szövet beszűrődése tályog kapcsán okoz igen erős fülbe sugárzó fájdalmakat nyelés alkalmával. Mandulaműtét után, főleg az 5—8. napon panaszkodnak a betegek fülfájdalmakról. Úgy a mandulák, mint a nyelvgyök fekélyes folyamatai természetszerűleg gyakran okozói a fülfájdalmaknak, sőt azok első tünete is lehet. Sokszor keresik fel az orvost ilyen fülfájdalommal a betegek, amelynek az oka a nyelvgyöki, vagy mandula-carcinoma.

Soha ne mulassza el a gyakorló orvos sem a beteg gégéjét megtükrözni, ha a fülfájdalom okát nem találja meg a fülben. A kisugárzó fülfájdalmak egy jelentékeny része a gégéből származik. A gégebemenet, elsősorban az epiglottis fekélyes folyamatai (főleg tbc.) gyakran okoznak fülfájdalmat.

Negativ füllelet mellett fennálló fülfájdalmak esetén, ha ennek okát sehol nem találjuk a fentemlített helyeken, csak végső esetben elégedjünk meg a neuralgia kórismézésével, amely kórfolyamat, bár ritkán, de itt is előfordul és részben a nervus auricularis, részben a nervus auriculotemporalis neuritise okozhatja.

Ami a gyógykezelést illeti, az önként adódik, amint a fájdalom igazi előidéző okát megtaláljuk.

Szende Béla dr.
klinikai tanársegéd.