

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSÓ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Kovács Ákos: A csigolyaközi ízületek betegsége és röntgenkórisméje. (965—968. o.)

Dósa András: A bórsavas natrium a hajás fejbőr gombás betegségei ellen. (968—970. o.)

Mödlinger Pál: Angolkór gyógyítása egyszeri nagy adag D-vitaminnal. (970—971. oldal.)

Greiner Károly: Hydrokephalus szokatlan tünetekkel. (971—972. o.)

Vitéz István: Pepsin-trypsin húsleves. (972—973. o.)

Irodalmi szemle: (973—974. o.)

Vámosy Zoltán: Nobel-díjas orvosok. (974—975. o.)

Grósz Emil: Közegészségügy a költségvetésben. (975. o.)

Grósz Emil: Az egyetemek költségvetése. (975—976. o.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Heirend: (976. o. és a borítólapon III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Szent Margit kórház röntgenlaboratóriumának közleménye.

A csigolyaközi ízületek betegsége és röntgenkórisméje.

Irta: Kovács Ákos dr. a röntgenlaboratórium vezetője.

Ha a végtagok ízületeit vizsgáljuk, a klinikai kórismézés igen két fontos módszere, a megtekintés és megtapintás mindig rendelkezésünkre áll. Vele duzzanatok, izzadmányok, légyrészt és csontelváltozásokat észlelhetünk. Más a helyzet a gerincoszlop ízületein, itt csak a durva mozgási korlátozottságokat és a jelentékenyebb alakváltozásokat figyelhetjük meg és ezekből következtethetünk esetleg az ízületek állapotára. A kopogtatási érzékenység csak -egy-két csigolyaszelvény érintettségét jelenti, az izomzat feszülési és tömörségi állapotának megváltozása pedig csak egy-egy csigolyacsoport betegségére utal. Még a szokásos frontalis és sagittalis irányból készült röntgenfelvételek sem adnak sok felvilágosítást a csigolyatestek mögötti részekre. Nem kétséges tehát, hogy a gerincoszlop sablonos röntgenvizsgáló eljárásain kívül szükségessé vált olyan módszer is, mely az ízületek állapotáról ad felvilágosítást.

A gerincoszlop csigolyaközi ízületeinek röntgenábrázolásával Dittmar foglalkozott először 1930-ban. Bár az általa ismertetett vizsgáló eljárás a diagnostika új területeit világítja meg, mégis ritkábban alkalmazzák, mint érdemelné. A vizsgáló eljárás jelentőségét fokozza Schmorl és Junghansnak a gerincoszlop kórbonctanával foglalkozó 1932-ben megjelent és Max Langenak a csigolyaközi ízületekkel foglalkozó 1936-ban megjelent munkája. E szerzők összegyűjtötték és rendszerbe foglalták a tárgykörre vonatkozó ismereteinket, alapját rakva le a röntgendiagnostika külön fejezetének.

A kis ízületek, mint ismeretes, lapos ízületek, egymással érintkező porcfelületeik vastagsága 1.5—2.5 mm s mivel a porc a röntgensugarat átereszt, a röntgenképen ennek megfelelő rés látható az izfelszínnek corticalisai között. (1. és 2. kép.) Az izfelszínnek sikkja a háton a frontalis síktól csak néhány foknyira tér el, a

nyakon az eltérés valamivel több és az ágyéki szakaszon az izfelszínnek sikkja a frontalis és sagittalis síkok között kb. a 40°-os szögállásnak megfelelően, néha majdnem a sagittalis síkban helyezkedik el.



1. kép. Csigolyaközi ízületek a háti szakaszon.

A röntgen vizsgálati eljárás módját Dittmar, Lyon és Lange nyomán alakult ki. Ehelyütt csak annyit jegyzünk meg, hogy a nyaki szakasz vizsgálatakor a fősugár hátulról előre haladva a frontalis síkkal 15—20°-ot, a háti szakasznál előről hátrafelé haladva 10—15°-ot, az ágyéki szakaszon ugyancsak előről hátrafelé haladva 40—40°-ot zár be. A nyaki és ágyéki szakaszon a lemezhez közeli, a háti szakaszon a lemeztől távoli ízület az ábrázolás célja.

Nehezebb dolog a talált viszonyok helyes értékelése. Kis eltérések a felvételi technikában már nagy projectiók eltolódásokat okoznak, amik helytelen következtetésekre vezethetnek. A gerincoszlop természetes és kóros görbületei, a keresztcsont-ágyéki szöglet külön-

böző foka, mind olyan körülmények, amik ítéletünket befolyásolhatják, tehát figyelembe veendők.



2. kép Csigolyaközi ízületek az ágyéki szakaszon.

A kóros elváltozások megértéséhez ismernünk kell a kisizület munkáját ép viszonyok között. A gerincoszlop mozgásait a hajlítást, feszítést és csavarást tulajdonképpen a csigolyaközi porckorong rugalmassága teszi lehetővé. A kisizületek, mint apró ütközők vagy fékek a mozgások sima befejezésében szerepelnek. Ilyenkor az izfelszinek egyrészt egymással szemben eltolódnak, másrészt egyik oldalukkal egymáshoz nyomódnak, másik oldalukkal egymástól elemelődnek. A mély háti izmok ereje a mozgások kivitele mellett, állandó tonusával támasztó és fékező berendezésként is szerepel. Tehát a mozgások kivitele alkalmával három tényező hiánytalan együttműködése szükséges: 1. porckorong, 2. kisizület, 3. izom. Akármelyik válik elégtelenné e három közül, a rendszer másik két tagja is megsínyli.

A kisizület elégtelenné válhat vagy azért, mert nem bírja a különben rendes igénybevételt, vagy mert a reá eső terhelés és igénybevétel fokozódott. Nem bírja a kisizület a normalis terhelést, ha porcfelszine, csontállománya vagy tokszalagja beteg lesz. Fokozódik a kisizület igénybevétele, ha a porckorong, izület, izomrendszer hármass statikai egység egyensúlya megbomlik. Az egyensúly megbomlásának leggyakoribb oka a porckorong együttműködésének kimaradása. A porckorongban degeneratív gyulladós folyamat vagy sérülés következtében repedések, szakadások, hiányok képződnek. A csigolyatestek egymáshoz képest elcsúsznak, fokozódik az ágyéki lordosis. A gerinc fokozottabb erejű és kiterésű mozgásai alkalmával a sérült porckoronggal kapcsolódó két csigolya egymáshoz képest nagyobb elmozdulást végezhet, tehát nagyobb lesz a kisizület izfelszínére eső terhelés, gyorsabb a lefékezés. Már közönséges degeneratív rugalmasság-csökkenés esetében is kimarad a porckorong puffer hatása s így még a mérsékeltbb mozgások is jobban igénybe veszik a kisizületek izfelszínét. A kóros mőködésre a szervezet kétféleképpen válaszol: vagy a csigolyatesteket rögzíti, vagy a kisizületeket igyekszik megerősíteni. Ha a rögzítés elég korán bekövetkezik és a csigolyatestek egymáshoz képest nem tudnak mozdulni, nem fejlődhetnek ki a kisizületi elváltozások, viszont, ha kifejezettek a kisizületi elváltozások, rendszeren alig találunk a csigolyatestek pe-

remin rögzítő kapcsolatokat. Ugyanígy megbomlik az egyensúly a gerincoszlop izmainak gyengeségekor, minden gerincmozgás mikrotrauma gyanánt éri a kisizületek izfelszínét, amikre a szervezet a típusos elváltozásokkal felel.

A csigolyaközi kisizületek kóros elváltozásai nagyjában megegyeznek egyéb ízületek kóros elváltozásaiival megváltozhat az *iznyújtványok alakja*, az *izületi rés*, a *tokszalag* és az *izfelszinek*. Az izületi nyújtványok alakja a rendestől eltérő lehet, de még nem pathológiás, ha sarló, vagy félhold alakú, ha irányát, vagy izfelszínének síkját kissé megváltoztatja. Az izületi rések általában 1—2 mm szélesek, a nyaki szakaszon kissé ék-alakúak, elől szélesebbek, mint hátul, ami a természetes lordosis következménye. A háti szakaszon a fiatal korban még párhuzamos izfelszinek később hátrafelé és lefelé nyitott szöveget zárnak be. Ilyenkor az alsó izfelszinek elülső-felső részén apró csontos kihúzódnások jelennek meg. Ezek nem egyebek, mint a tokszalag mentén kiinduló apró exostosisok, a tokszalag e részének megerősödése, ami egyrészt a teherbíró-képesség fokozódásával, másrészt minden valószínűség szerint a mozgékonyosság csökkentésével jár. Olyan gyakran fordul elő, hogy nem tekinthető kórosnak. Ép viszonyok között is különböző nagyságúak lehetnek az izfelszinek, peremük sűrűbb, sklerotizáltabb lehet. Kórosnak csak az tekinthető, ha az egész iznyújtvány sklerotizálódott, ha a porcpusztulás jeleként az izfelszinek közötti rés keskenyebbé válik, ha maguk az izfelszinek egyenetlenné válnak, ha a peremeken felrakódások képződnek.

Lange felosztása a kóros elváltozásokat a következőképpen csoportosítja:

- I. a csigolyatestek *helyzetváltozásával* kapcsolatos elváltozások;
- II. a *spondylarthrosis* kísérő elváltozások;
- III. a *gyulladásos* csigolyabetegségekkel kapcsolatos elváltozások. (Spondylarthritis, ankylopoetica, infect arthritis, csigolyagyulladások, mint tbc., osteomyelitis.)

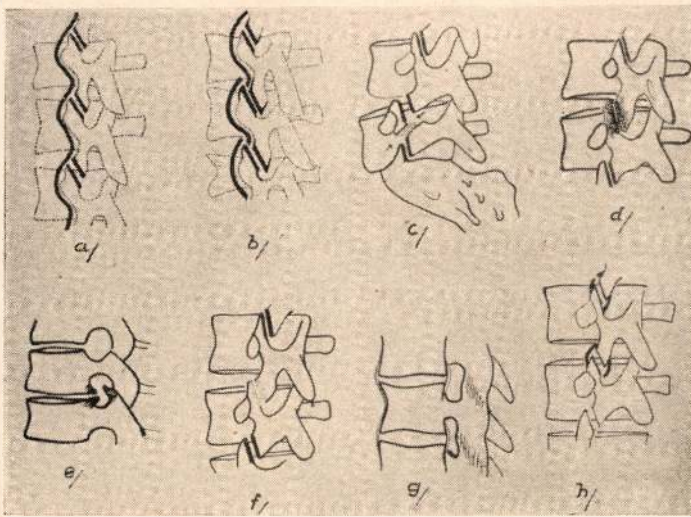
I. *Helyzetváltozás*. Elsőlegesen megváltozik az izfelszinek helyzete izolált izületi nyújtvány törések esetén, általános szalaggyengeségek nyomán (rachitis, skoliosis). Ilyenkor a hirtelen, vagy lassan megváltozott helyzetben az izület rögzítődik. Az új helyzetet mindig a ható erők iránya szabja meg. — Már a subluxatiókat is könnyen felismerhetjük, ha megfigyeljük az iznyújtványok contourját követő vonalat. Ez ép viszonyok között szabályos hullámvonal, ha az izfelszinek egymáshoz képest eltolódnak a hullámvonalban törés vehető észre. (3. a) és b) kép.)

Skoliosis esetén az elváltozások a kis izületek izfelszínének eltolódásában és az izületi rés alakjának megváltozásában nyilvánulnak meg. Az egymáshoz képest eltolódott izfelszinek, később, az idők folyamán, lassú appositio és ellenoldali felszívódás folytán átépítődve, ismét egymással szemben találhatók, ilyenkor már azonban az izomnyújtványok alakja az átépítés folytán megváltozott, alkalmazkodva a gerincoszlop új alakjához. Az izületi részek a homorú oldalon szűkebbek a domború oldalon tágabbak lesznek, a keskenyebb, egymáshoz nyomott izületek kiszélesednek és később a túlzott igénybevételnek megfelelően arthrosisos csipkék és kapsok képződnek rajtuk.

Kyphosisban a legnagyobb görbületi pont alatt lévő izfelszinek egymáshoz nyomottak, a legnagyobb görbületi pont felett lévők tágabbak. A felső nyújtvány vége

gyakran a csúcsi részen háromszög alakban sklerotizált (Kezdődő arth. def.)

A csigolyatestek megkeskenyedésével, vagy lelapulásával járó betegségekben *paltyspondylia*, *csigolya-compressio*, *Kümmel-féle betegség*, *osteoporosis senilis*, *spondylosis* az iznyújtványok különbözőképpen viselkedhetnek. Ott, ahol a kisizületek nincsenek nagyon megterhelve (nyaki és háti szakasz), csak a gerincoszlop alakja változik meg. A csigolyatesteknek megfelelően rövidülés következik be, míg az iznyújtványok változatlan távolságot tartanak fenn, így a nyakon a physiologia s lordosis kiegyenesedik, a háton a kyphosis fokozódik. És mivel így a terhelés mindinkább a csigolyák elülső pereme felé tolódik el, kifejlődik az ú. n. ék-csigolya. Nagyobb testsúly esetében, vagy az ágyéki szakaszon a kisizületek szalagjai is engednek és subluxatio következik be, ami azután esetleg később kapcsolatokkal, vagy a szalagok elcsontosodásával rögzíthetők is.



3. kép A csigolyaközi ízületek betegségeinek gyakrabban előforduló alakjai.

Spondylolisthesis. Valódi esetén az interarticularis részben hasadákképződés látható, a hátsó rész az ívek, iznyújtványok és proc. spinosusok helyben maradnak. Az elülső rész a csigolyatesttel előre csúszik. Az ízület túlterheltsége arthrosisos következményekkel jár. (3. c) kép.) Pseudospondylolisthesis rendszeren akkor fejlődik ki, ha fokozott ágyéki lordosis és a kisizületben osteoarthrosis elváltozások észlelhetők. Valószínűleg a kisizületelváltozások is a fokozott lordosisal járó túlterhelés következményei.

Következésményes módon megváltozhat az izfelszinek helyzete a gerincoszlop majdnem minden betegségében, mert a gerincoszlop statikai egység és bármelyik szelvény elváltozása módosítja még az aránylag távoleső csigolyák s így a kisizületek helyzetét is.

II. Az arthrosisos elváltozások proliferatívok (osteoarthrosis felrakódások) és degeneratívok (percpusztulás és atrophia) lehetnek. A peremfelrakódásokat kiváltó erők nyomó- vagy húzóerők. Azokon a helyeken, ahol az izfelszinek egymásra nyomódnak arth. def. jelei: az izfelszint kiszélesítő felrakódások sklerotizatiók képződnek. (3. d) kép), ahol a szalagok szétfeszülnek, a feszülés mentén peremtüskék képződnek. Ankylosis csak súlyos skoliotikusokon és ott is csak kivételképpen található fel, mint az arth. def. végkimenetele. Az izfelszinek minden kóros helyzetváltozása alkalmasabbá teszi őket arra, hogy különösen ott, ahol a functionalis igénybevétel is fokozottabb, arthrosis def. fejlődjön ki. Mint

egyéb ízületeken, a folyamat itt is 3 szakaszból áll: először a subchondralis csont-izfelszinek sklerotizálódnak, később a porcpusztulás folytán az ízületi rés megkeskenyedik, végül az ízület kapcsolatokkal rögzítődik.

A fájdalmasságot két körülmény váltja ki: az arthrosisos folyamattal járó érzékenység és az idegnyomás. Az előbbieket egy része mellett nincsenek panaszok a fájdalmasság nem ezekkel van kapcsolatban, hanem az izfelszinek állapotával. Kisebbségi porcdefectusok jelentékeny fájdalmakkal járhatnak. A kezdődő és középfokú elváltozásokkal járó folyamatok rendszeren sokkal fájdalmasabbak, mint a sok elváltozással bíró, szép röntgenlelettel rendelkező kifejlődött, megnyugodott folyamatok, ahol már az ízületek mozgékonyasága beszűkül, kevesebb a lehetőség a fájdalmas felszinek izgatására. Idegrendszeri jelenségek különösen a nyaki spondyloarthrosisban gyakoriak a folyamat előrehaladásával. Az izfelszinek elülső pereméről a foramen intervertebrálékba nyomuló tüskék a gyökeret, vagy a spinalis ganglionokat izgatják, esetleg az idegyök körüli sűrű venahálózatban okoznak pangást, (Braun és Ehrlich), ami azután közvetve gyakorol nyomást az idegelemekre. (3. e) kép). Ha a gyulladásos jelenségek túlsúlyban, a gyulladásos vizenyő is okozhat idegnyomást. A végtag gyengeségérzése, paraesthesiák, fájdalmak nagyon ritkán motorikus reflex-zavarok jelentkezhetnek. Skoliosisokban, spondylitisekben a kisizületek osteoarthrosis elváltozásai gyakrabban okoznak idegrendszeri jelenségeket, mert itt a megváltozott statikai viszonyok maguk is szűkítik egyoldalón a nyílásokat és így fokozott mértékben teszik lehetővé a nyomás kifejlődését. Brocher elveti az idegnyomásos lehetőséget, mert aránylag ritkán talál reflexzavarokat. Szerinte a fájdalmak hasonlóan az anginás karcfájdalmakhoz és a hasi gyulladásos folyamatokban jelentkező defense-hoz, a sympathicus idegrendszer által a peripheriára kivetített fájdalmak. A kisizületek tokszalagjának beidegzését a rami communicantes útján a sympathicus végzi, tehát az alsó ágyéki csigolyák kisizületeinek betegsége kivetítődhet a nervus ischiadicus területére és a nervi clunei medii et superiores által ellátott sacroiliacalis tájakra. Magasabb szelvényeken a bordaközi izmokra átterjedő fájdalom övszerű. A fájdalom mechanizmusában szerinte a peripherián bekövetkező érzékszűkülés szerepel, ami természetesen minden vérbővítő kezelésre javul.

A kisizületi arthrosis gyakori formája a Kienböck leírta *trophostatikus lumbosacralis és sacroiliacalis arthrosis*. Ez a betegségforma, mivel a lumbosacralis ízület a röntgenvizsgálat számára könnyen elérhető terület, már régóta közismert. Rendszeren 50—60 év tájban, a testsúly növekedésével kapcsolatban, jelentkeznek. A fájdalmakat rendszerint egy rossz lépés, egy lökés váltja ki. Tünetei: egy pont nyomásérzékenysége mellett keményedések a környéki izmokban, scoliosis és a röntgenképen a lumbosacralis arthrosishoz megfelelő elváltozások. A fájdalmasság az esetek nagyobb részében a scoliosis domború oldalán található. Lógóhas, fokozott lordosis és a tokszalagapparatus gyengesége esetén az arthrosisos jelenségek mellett a két utolsó ágyéki kisizületben subluxatiókat találhatunk, 1 cm-re is eltolódhatnak ilyenkor egymástól az izfelszinek.

A gyulladásos betegségek helyük szerint vagy egyes ízületeket érintenek csak, vagy ráterjednek az összes kisizületekre. Egyes ízület gyulladásos folyamata ritkán fordul elő, vagy legalább is ritkán diagnosztizálják. Megfelel a végtagizületek infect monarthritisének. Arthrosishoz hasonló elváltozásokkal, vagy ankylosissal

gyógyulnak. Gyakoribb a *spondylarthritis ankylopoetica*. A klinikus számára mind a kezelés, mind a prognózis szempontjából fontos a közismert bambusz nádforma kifejlődése előtt a korai elkülönítés. Minthogy a folyamat majdnem mindig a kisizületekben kezdődik, ezek röntgenvizsgálata igen nagy jelentőségű. Anélkül, hogy kutatnánk, hogy a folyamat, mint *Güntz* találta, az ízületi porcoknak a betegsége-e, vagy egyéb hereditaer vonatkozás, mint pl. a kötőszövet elcsontosodásának hajlama, játszik főszerepet, leírjuk a kisizületekben látható elváltozásokat. Kezdő szakban csak az ízületi nyújtványok atrophiját, az ízfelszínek contourjának elmosódottságát lehet látni, amiből lassan az ízületi rések beszűkülése, majd ankylosis fejlődik ki. Felrakódások, kapcsok soha sincsenek, az ízületi nyújtványok a tok-szalag elmeszesedésével és az ankylosissal egyidőben meszesebbek, sűrűbb állományúak lesznek, ízületi résznek nyoma sem látható, a csigolyaíveket egyenes szerkezetű hidak kötik össze.

Hasonló képet okozó *rheumatikus kisizületi gyulladásokat* többen leírtak. Ezek általában enyhébben folynak le, de több szakaszban bekövetkező rosszabbodás után hasonlóképen a teljes elcsontosodáshoz vezetnek. Sokizületi gyulladás esetében tehát feltétlenül figyelemmel kell kísérni a gerincoszlop kisizületeit is.

A gyulladással eredetű kisizületbetegségekben a fájdalmas jelenségek nagyrészt idegrendszeri eredetűek és a sensibilis és sympathicus rostok izalmában nyilvánulnak meg. *Schmorl* és mások szerint az idegrendszeri izalmakat a gyulladással a folyamatnak az izületekről a szomszédos idegyökökre áttérése okozza. Az ankylosis előrehaladásával a gyökök kilépésére szolgáló foramen intervertebralis is szűkülnek ugyan, mivel a folyamat előrehaladásával a fájdalmak inkább csökkennek, általánosan elfogadott álláspont, hogy a szűkületek nem okoznak idegnyomást. A betegség késői szakában ismét súlyosbodnak a Bechterew-kórra jellemző idegrendszeri jelenségek. Az alsó végtagokon fokozott spasmus, az összes izmokban hypertonia, a bőrön herpes zosterek észlelhetők. Ezek a késői idegrendszeri tünetek már inkább tekinthetők a gerincoszlop anatómiai elváltozásának (csigolyaközi nyílásszűkület, ganglion izg.) következményeként (*Pap Lajos*). Esetünkben (3 g) kép.) a nyaki foramen szűkülete oly nagyfokú volt, hogy közvetlenül, vagy közvetve vénás pangás fentartása által okozhatott gyöki izalmat. Gondoljunk csak a nyaki borda analógiájára. Ilyenkor a lágyrészek között haladó plexusnak összehasonlíthatatlanul több kitérés lehetősége van, mint az aránylag szűk csatornában futó gerincvelői gyöknek, mégsem vonjuk kétségbe a borda okozta idegnyomást, annál kevésbé sem, mert műtéti eltávolítása a panaszokat egycsapásra megszünteti.

Csak a *kisizületek szalagjaira* helyezkedő elváltozásokat írtak le újabban (*Bakke*) spondylosis ossificans ligamentosa localisata néven A röntgenvizsgálat alkalmával az ízfelszínek épségben maradásával elmeszesedett tokszalagokat találunk. (3. h) kép.) Mivel a tokszalag maga nagyon vékony, csak a tangentialisan talált rész rajzolódik ki a két iznyújtványt összekötő csontlemezek formájában. Nem szabad ezt az alig feltűnő elváltozást lekicsinyelni, nem szabad úgy tekinteni, mint a spondylosison látható, panaszt egyáltalán nem okozó kapcsokat. *Bakke* kórbonctani megfigyelések alapján állítja, hogy a röntgenvizsgálattal talált elváltozások mindig csak egy részét teszik azoknak a makroszkopos elváltozásoknak, amiket később a boncolás kimutat. Nyugodtak lehetünk tehát, hogy ha ez elváltozásokat értékeljük, nem esünk abba a hibába, hogy

a rendestől eltérőt már tüneteket okozó kóros elváltozásnak tartjuk. Szigorúan körülhatárolt körképről természetesen csak akkor beszélhetünk, ha az elváltozás kizárólag az intervertebralis izületekre vonatkozik és sem a csigolyaperemek, sem a hosszanti szalagokban, sem pedig a porckorongokban más elváltozás nem mutatható ki. Az aetiológia felől a vélemények eltérők: egyesek rheumatoid arthritisnek, mások rheumás periarthralis kötőszövetgyulladásnak, ismét mások a szalaghasználat következtében támadó degeneratív folyamatnak tartják. (Hasonló elváltozásokat találunk biztos degeneratív folyamatokban is. Így spondylosisok alkalmával néha a lig. longitudinale ant.-ban egyes csigolyák között, biztosan a szalagra localizálódó meszesedés figyelhető meg. A degeneratív aetiológia mellett szólna az a körülmény is, hogy az elváltozások ott a leggyakoribbak, ahol a szalagok igénybevétele a legnagyobb, közelebről ott, ahol a lumbalordosis a háti kyphosisba megy át, ahol a kisizületek szalagrendszerre a legtöbbet dolgozik, hogy a túlzott előrehajlást megakadályozza.)

A csigolyaközi röntgenizületek elváltozásai bizonyítékok számunkra, amelyek fennálló, vagy lezajlott folyamatot, minőségileg gyulladást, degeneratív folyamatot, vagy hosszabb tartamú statikus zavart jelentenek. Az ezen tünettől alapján meginduló adatgyűjtésnek kell majd választ adnia azokra a kérdésekre, hogy ez elváltozások mikor jelentenek gyógyult folyamatot, mely esetben tekinthetők csak egy lezajlott csata emléktáblájának; mikor követik megkésve a subjectív tüneteket és a ki nem mutatható, de a szövetekben már meglévő elváltozásokat; mikor fejlődnek ki azokkal párhuzamosan és egyidejűleg; s végül mikor sietnek előre jelezve a klinikai állapot bekövetkezendő rosszabbodását.

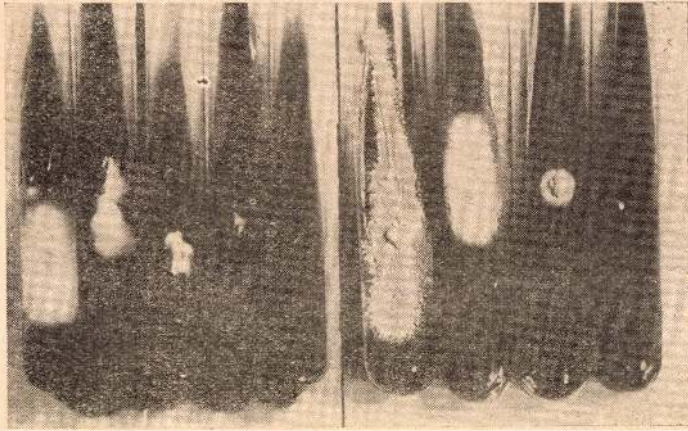
A Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Melcer Miklós ny. r. tanár.)

A bórsavas natrium a hajas fejbőr gombás betegségei ellen

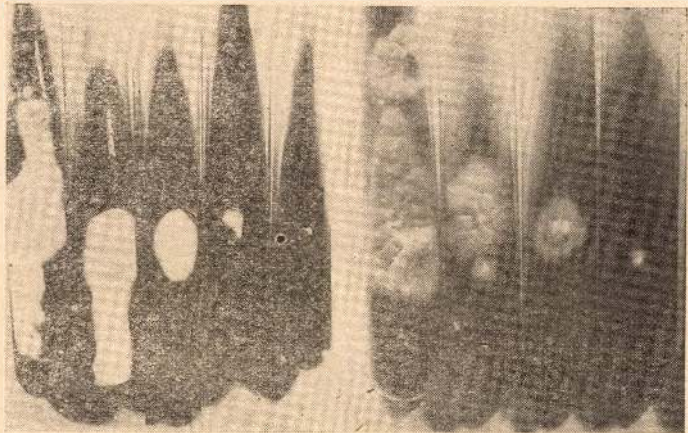
Írta: Dósa András dr.

Mind a magam, mind a mások klinikai tapasztalatai azt mutatták, hogy a bórsavas natrium igen jó eredménnyel alkalmazható nemcsak a felületes bőrsor, hanem fonálgomba okozta felületes bőrbaj ellen is; ezért érdemesnek tartottam a szer hatásmódját megvizsgálni. Előző kísérletemben táptalajvizsgálatokat végeztem annak kiderítésére, hogy a borax a táptalaj lugosítása révén vagy pedig fajlagosan a bórnyomhoz kötötten hat-e? Azt tapasztaltam, hogy különböző töménységű borax-, natrium carbonicum-, natrium hydrocarbonicum- és bórsav-tartalmú Sabouraud-féle malátaagarban a leglúgosabb natrium-carbonátos táptalaj gátolta legkevésbé a beojtott fonálas és sarjadzó gomba szaporodását. A pH. sorozatnak megfelelően utána sorrendben a natrium-hydrocarbonat bizonyult a legkevésbé ártalmasnak, viszont a semleges pH-jú borax és a savi oldal felé irányuló bórsavnak már igen kis százaléka megakadályozta a gombák növekedését. A táptalajok, pH. értékének lúgos irányú eltolódásával arányosan fokozódott rajtuk a gombatelepek növekedése. Ezek szerint a borax hatását nem lúghatásnak, hanem fajlagos borax-hatásúnak kell tartanom. Ámbár a bórsav hatás a táptalajban valamivel erősebbnek bizonyult a boraxénál,

— ha a molos töménységét vettem tekintetbe —, mert már kisebb töménységben meg tudta akadályozni a gombák növekedését, mégis klinikai tapasztalataink alapján gyógyítás céljára elsőbbséget kellett adnunk a boraxnak. Ez nem egészen egyedülálló ellentmondás. *Jadassohn* szerint is számos anyag van (pl. kankó elleni szerek), melyek kémcsőben hatásosnak bizonyulnak és ugyanakkor a gyógyításban csődöt mondanak.



1. ábra.



2. ábra.

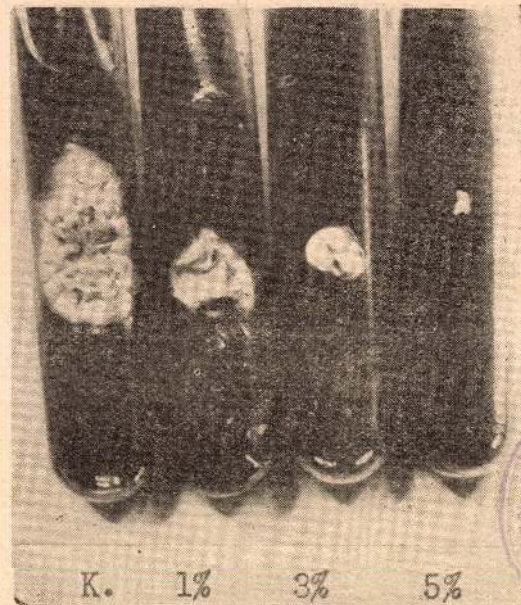
Minthogy a bórsav nem ártalmas a bőrre (*Darier*), a borax pedig még töményen sem okoz bajt, a további kísérleteimben csak a boraxszal kívánok különösképen foglalkozni.

Előző kísérleteimben a táptalajba adtam a boraxot, miközben felmerült az az aggodalom, hogy a hatást nem tisztán a borax, hanem a táptalajfehérje és a borax között keletkezett valamelyes alkalmi fehérjeborax vegyület okozná. Ezért olyan kísérleteket is kellett végezni, melyben a borax közvetlen hatásának tettem ki a gombákat. Evégből a borax különböző töménységű oldatába helyeztem a vizsgált gombafajta tenyésztését, oly módon, hogy a gomba a folyadékban ússzon és 24 óra múlva ültetést végeztem belőlük *Sabouraud*-féle malta-agarra.

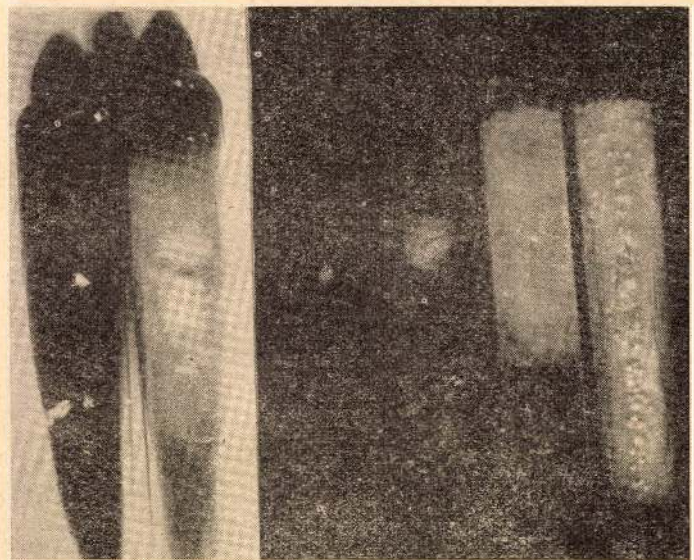
A gyakorlatban jelentősebb fonalas és sarjadzó gombacsoportokból a kísérletemhez úgy válogattam össze az anyagot, hogy a kisebb lobkeltő hatású emberi eredetű gombákon kívül (*trich. Kaufmann—Wolf*, mikrosporon *Audouini*, *achorion Schönleini*, *monila* stb), a nagyobb lobot okozó állati eredetűek is szerepeljenek (*achorion Quinckeanum*, *trich. gypseum ast.*, mikrosporon *fulvum*).

Telepeinket két hét elteltével lefényképeztem és növekedésükből megállapítottam, hogy a boraxoldat a behelyezett valamennyi gombára 24 óra alatt olyan

nagymértékű gátló hatást fejtett ki, hogy azok a megszokottnál sokkal lassabban növekedtek. Minél nagyobb volt az oldatban a borax töménysége, annál inkább gátolta a boraxos oldatbantartás a tenyészet fejlődését, s egy bizonyos töménység mellett gombatelep már egyáltalán nem is nőtt. (l.: 1—4. ábra.)



3. ábra.



4. ábra.

Jelenleg is, miként a megelőző kísérletemben a boraxszal szemben legellenállóbbnak a sarjadzó gomba, legérzékenyebbnek a *Kaufmann—Wolf*-féle gomba bizonyult. Az állati eredetű gombák növekedésének a teljes gátlására sokkal nagyobb töménységű boraxoldatos fűrösztés volt szükséges, mint az emberi eredetűekre. Ezt legszembetűnőbben a mikrosporon gombákkal tapasztaltam. A mikrosporon *Audouini* növekedését ugyanis már a borax $\frac{1}{4}$ % oldata megakadályozta, míg ugyanakkor az állati eredetű mikrosporon *fulvum* növekedésének a teljes megakadályozására 10%-os oldatra volt szükség. (l.: 3. ábra.)

Eddigi klinikai tapasztalatainkkal tehát nagymértékben egybehangzó a kísérleti eredményem, miért is minden támpontunk meg van arra, hogy még kiterjedtebben alkalmazzuk a boraxot gyógyítási célra. *Liebner* szerint legújabbán a csecsemők és fiatalokúak gombá-

san fertőzött ekzemáin 2%-os kenőcsben próbálta ki sikerrel. Eleddig a boraxot klinikánkon a szőrtelen területek gombás elváltozásaiban és különösebben a hajlatok sarjadzó gomba okozta elváltozásaiban használtuk. A siker láttán a hajás fejbőr felületen gombás elváltozásai közül 50 mikrosporia, 30 trychophytia és 25 favus esetében alkalmaztuk.

Kísérleteimben általában 5—10%-os oldat gátolta a gomba növekedését. Minthogy a hajás fejbőrön a gomba a hajszál mentén mélyebb rétegekbe is behatol, a szert jóval töményebben (15%) alkalmaztuk, kenőcs (Rp.: Boracis veneti, Aquae destillatae aa 15.0, Lanolini, Vaselini flavi aa 35.0; Mfung, stb.) és borogató alakjában. Annál is inkább tehetjük ezt, mert ilyen nagy töménységben is minden ártalom nélkül elviselte a boraxot a hajás fejbőr. A hajszálak hetenkénti ellenőrző vizsgálata amellett szolgált, hogy a boraxos kezeléssel gyógyulás mérhető el. A borax a gyógyulást igen nagy mértékben megrövidíti; ezért mint kiváló gombaellenes szert, most már nemcsak a szőrtelen területek, hanem a hajás fejbőr gombás betegségei ellen is szerfelett ajánlhatom. E kezelés beiktatásával a gombás betegségek elleni eljárásainkat változatosabbá tehetjük, ami nem lekecsinyelendő, mert a gombás betegségek elleni küzdelemben az eredményt nem egyszer az alkalmazott gyógyszerek kellő változtatása teszi sikeressé. — A lobkeltő gombaellenes szerek huzamosabban nem alkalmazhatók. Ilyen szerekkel szemben a borax feltétlen előnyben részesítendő már csak azért is, mert a bőrt, ruhaneműt nem piszkítja s lobkeltő hatása igen kicsi.

Klinikai tapasztalataim alapján a borax kenőcsben oldatban 1—5% töménységben nem csupán a piheszőrös, hanem 10—15% töménységben a hajás fejbőr felületesebb gombás bajai (trichophytia, mikrosporia, favus) ellen kiváló szernek bizonyult.

A Fehér Kereszt Gyermekórház III. osztályának közleménye. (Főorvos: Göttche Oszkár egyet. c. rk. tanár.)

Angolkór gyógyítása egyszeri nagy adag D-vitaminnal.

Irta: Mödlinger Pál dr. alorvos.

Azokat a vizsgálatokat, melyek eredményéről ehelyütt beszámolok, 1936 év telén kezdtük el. Akkor még az angolkór kezelése egyszeri nagy adag D-vitaminnal még egészen új eljárást jelentett, hiszen Harnapp, Schirmer és Göttche közleményein kívül csak az úttörők, Vollmer és Petényi foglalkoztak ezzel a kérdéssel. Visszont ma, a kérdést már kialakultnak és nagyrésztben lezártnak tekinthetjük — tekintettel azon számos közleményre, mely ez idő alatt megjelent. A kérdés kialakultságát és lezártágát azonban nem a közlemények száma, hanem azok egyöntetű eredményei adják meg, úgy hogy ma már a mi vizsgálati eredményeink sem jelentenek mást, mint a kialakult vélemény igazolását.

Az egyszeri nagy adag D-vitaminnal történő kezelés történetét felesleges újra feleleveníteni, hiszen azt Göttche 1937-ben megjelent munkája tisztázta, kiemelve Vollmer és Petényi úttörő munkásságát, egyúttal azonban elismerve Harnapp és Schirmer érdemét, akik a kérdést újból előhozták. Igaza van Göttchének abban, hogy a „lökéskezelés” kifejlődéséhez az út a D-vitamin toxikus tulajdonságának tisztázására volt szükséges. Egy bizonyos időnek kellett eltelnie, míg arra rájöttünk, hogy a D-vitamin nagyobb adagjai nyugodtan adhatók,

mert a szervezetre semmi ártalmat nem jelentenek.

Mint ismeretes Harnapp 1936-ban arra az eredményre jutott, hogy 15 mg D-vitamin egyszeri peroralis adagja az angolkórt a legtöbb esetben gyorsan és tökéletesen meggyógyítja. Ezeket az eredményeket az utánvizsgálók sorra megerősítették. Kiderült az is, hogy ez az egyszeri nagy adag nemcsak gyógyít, de rendszerint gyorsabban gyógyít, mint az eddig alkalmazott, ú. n. elhúzódo kezelési módszer. Mi az egyszeri nagy adagot szájon át 18 esetben, befecskendezés alakjában pedig 25 esetben alkalmaztuk. Ez a szám nem sok, mi azonban nem az esetszámra fektettük a főszűlyt, hanem arra, hogy az angolkór classikus kritériumait betartva (kifejezett röntgenváltozás, P. legalább 3.5 mg% alatt, tetania esetében fokozott villanyos ingerlékenység mellett Ca legalább 7 mg% alatt) csak olyan eseteket vettünk tekintetbe, melyeket tényleg végig is észlelhetünk. Ha más szerzők jegyzőkönyveit végignézzük, akkor azt látjuk, hogy bizony sok olyan eset is szerepel eseteik között, melyek oly enyhe angolkórt mutatnak, melyeket egy gyógymód megítélésében nem volna szabad számba venni.

Annyi bizonyos, hogy a gyógyulás menete az egyszeri nagy adaggal határozottan gyorsult. Ez a gyorsulás a legkifejezettebb a Ca és P értékek gyors emelkedésében. Jakoby vizsgálatai szerint a Ca már 12—17 óra múlva kifejezett emelkedést mutat, csaknem hasonló gyors emelkedést mutat a P is. Különösen a Ca gyors emelkedése igen fontos a rachitogen tetania eseteiben. A rachitogen tetania kezelésekor eddig csak a tüneti kezeléssel tudtuk a tetaniás tüneteket csökkenteni, addig, míg az angolkór gyógyulása addig haladt előre, hogy a nyílt tetania tünetei megszűntek. Ma az egyszeri nagy adag D-vitamin hatására a vér C-a tartalma azonnal emelkedik, s ezzel párhuzamosan a nyílt tetania tünetei is csakhamar (24—48 óra múlva) megszűnnek. Igen sok esetben egyszeri nagy adag D-vitamin elegendő a rachitogen tetania nyílt tüneteinek végleges megszüntetésére. A rejtett tünetek is 3-4 nap alatt elmúlnak. Göttche már 1937-ben hangsúlyozta ennek a gyors gyógyulásnak nagy jelentőségét tetaniában s azóta minden szerző azon az állásponton van, hogy a rachitogen tetania kezelésében az első és legfontosabb feladat a nagy adag D-vitamin azonnal alkalmazása, mert a hatás már órák múlva várható. — Mi a gyakorlatban úgy járunk el, hogy ha osztályunkra nyílt tetaniás csecsemőt veszünk fel, hogy először megvizsgáljuk a tetania physikalis tüneteit, majd vért veszünk a Ca és P meghatározásához, ugyanakkor be sem várva az eredményt már be is fecskendezzük a 15 mg D-vitamint. Ha a következő 24, esetleg 48 órában jelentkeznének görcsök, akkor természetesen D-vitamin hatásának beálltáig tüneti kezelést is alkalmazunk. Az eredmények oly jók, a hatás eddigi 8 esetünkben oly biztosan és gyorsan bekövetkezett, hogy mi ezt a módszert a rachitogen tetania kezelésében igen jelentős haladásnak tartjuk.

A lökéskezelés másik fontos alkalmazási területét azok az esetek képezik, amikor fontos, hogy az angolkór minél hamarabb meggyógyuljon. Ezek az esetek a tüdőgyulladásban, számarköhögésben, kanyaróban szenvedő angolkóros csecsemők, akiknek betegségét az angolkór csak súlyosbítja. Ez esetekben is szinte vitalis indikációnak vehetjük az angolkór minél gyorsabb gyógyulását. Az angolkór anatómiai gyógyulásáról ilyen rövid idő alatt természetesen nem lehet szó, azonban az angolkóros anyagcserezavart talán tudjuk annyira befolyásolni, hogy azáltal a csecsemő ellenállóképességét növeljük. Ezt annál inkább tehetjük, ma, amikor tud-

juk, hogy a csecsemő és gyermekgyógyászat nagy mestere Czerny éppen a legutóbbi időben ajánlotta, hogy csecsemőkori tüdőgyulladás minden esetében adjunk nagy adag D-vitamint.

Azokban az esetekben, ahol gyors segítségre nincs szükség, így osztályon fekvő, egyébként egészséges csecsemőkön, nem találunk különösebb okot arra, hogy az angolkór kezelésében a régóta jól bevált kvarzkezelést elhanyagoljuk. A per os adagolásnak az a hátránya, hogy adott esetben (pl. tetatinás görcsök) nehezen adható be, a csecsemő ki is hányhatja és adagolása sem olyan biztos, mint befecskendezéskor. Mi az utóbbi időben már csaknem kizárólag a befecskendezést alkalmaztuk, s mint táblázatunkon látható a per os és a befecskendezési eljárás között, a hatást illetőleg, semmi különbség nincsen. Az injectiós kezelés egyik első alkalmazója Nádrai volt, aki ezirányú tapasztalatairól e lap hasábjain már két év előtt beszámolt. Nádrai akkor még a per os alkalmazásra készített olajokat fecskendezte be. Mi is akkor kezdtük el kísérleteinket, amikor koncentrált készítmények még nem állottak rendelkezésünkre és kérésünkre a Richter gyár készített 15 mg D-vitamint tartalmazó 3 ccm-es oldatokat, újabban a Chinoin-gyár Vitaplex D (1 ccm-ben 15 mg D-vitamin) nevű készítményét alkalmaztuk hasonló jó eredménnyel. Mióta a conc. készítmények kerültek forgalomba, azóta még inkább a befecskendezés mellett maradtunk, mert ne felejtjük el, hogy 1 ccm-es oldat befecskennél előny, de a per os bevitelnél hátrány, mert minél kevesebb mennyiségben van a szükséges adag oldva, annál jobban kell tartanunk attól, hogy az aránylag kis mennyiségből valami félrecsorog s akkor már sok hatóanyagot veszítettük el. Azt se felejtjük el, hogy ezt az adagot egyetlen egyszer adjuk és az orvos számára sokkal megnyugtatóbb, ha tudjuk, hogy ez az anyag tényleg bejutott a szervezetbe és pedig teljes mennyiségében. Ehhez pedig a legjobb módszer a befecskendezés.

Hisszük, hogy ez a befecskendezési módszer terjed el a prophylaxis terén is. Ez is igen hálás területnek ígérkezik. Bessau és Rietschel klinikája már igen szép eredményekről számol be. Mi a prophylaxis szempontjából ezt a kezelést teljesen indokoltnak tartjuk egy kikötéssel: az így kezelt gyermekek legalább kéthavonként ellenőrizendők, különösen a téli hónapokban. Schirmer és Brockmann vizsgálataiból látjuk, hogy az egyszeri nagy adag védő hatása kb. 2 és fél hónapig tart. Ezért Brockmann azt ajánlja, hogy az első nagy adagot adjuk október közepén, a másodikat pedig január végén s ezzel egy szezon angolkóros prophylaxisa el is van intézve. Ezek a prophylactikus kísérletek tehát nagyjelentőségűeknek ígérkeznek, azonban az orvosi ellenőrzésről lemondani minden kényelem és megbízhatóság ellenére sem lehet. — Tudjuk azt, hogy nem minden csecsemő D-vitamin szükséglete egyforma, azt is tudjuk, hogy különösen a téli hónapokban ez a vitaminszükséglet különféle betegségek hatására változhat, azonban megfelelő ellenőrzés mellett az egyszeri nagy adagok prophylactikus alkalmazásától jó eredményeket várhatunk.

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

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

Hydrokephalus szokatlan tünetekkel.

Irta: Greiner Károly dr.

Alig, hogy a lumbal punctio az agyi betegek diagnosztikájának olyan fontos eszköze lett, csakhamar kiderült, hogy milyen gyakori betegsége a gyermekkorban a hydrokephalus. A liquorkeringés vizsgálatára szolgáló próbák és ez enkephalographia segítségével mélyebb betekintést nyertünk a betegség részleteibe. Megtanultuk azt is, hogy mennyi tünete szegény, vagy éppen igen tarka tüneteket mutató, esetleg jól körülírt idegrendszeri betegséget utánozó kórkép hátterében állhat a rejtett, álcázott hydrokephalus. Jól mutatja ezt az alábbiakban ismertető esetünk is, melynek közlését a tünetek szokatlansága és az elkülönítő körjelzés nehézsége indokolja.

A 19 hónapos fiugyermek kórelőzményének fontosabb adatai a következők: 1938. aug. 3-án lázas lett és nem evett. Orvosa mandulagyulladást állapított meg és kezelésbe vette. A kezelés eredményeként a gyermek, — szülői szerint — teljesen rendbejött. Pár nap múlva azonban észrevették, hogy csak egy irányban tud nézni, majd az is feltűnt, hogy a hasa mind nagyobb lett. Ezzel egyidejűleg mind nyugtalanabbá vált és sokat sírt. Ismét orvoshoz vitték, aki a gyermeket klinikánkra küldte.



1. ábra.

Felvételi lelet: az egyébként korának megfelelően fejlett és táplált gyermekben feltűnt, hogy a fej massivabb, tömegesebb, a kornak megfelelő fejkörfogatnál 3 cm-el nagyobb. (L.: 1. ábra.) A has alsó része hatalmasan elődomborodott, áttapintva az alhasban csecsemőfejnyi rugalmas resistenciát éreztünk, amely mindenek szerint a hólyagnak felelt meg. A további vizsgálat során csak az idegrendszerben találtunk elváltozást: az alsó végtag a felsőhöz viszonyítva hypotoniás, a patella reflex b. o. renyhe, j. o. nem váltható ki, az Achilles-inreflex mindkét oldalon hiányzik, a pupillák egyformán tágak, fényre, accomodatióra jól reagálnak. Jobbra irányuló conjugát deviatio.

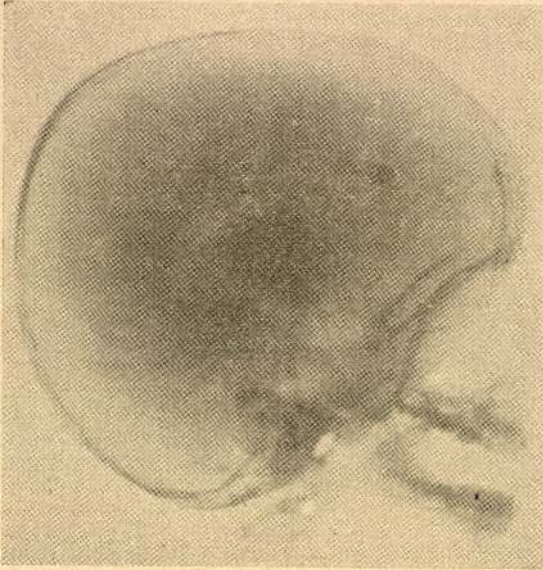
Mindenekelőtt hólyagszapolást végeztünk, melynek eredménye 680 ccm szalmasárga vizelet volt. Ez a mennyiség ilyen korban szinte hihetetlenül nagy. Első gondolatunk az volt, hogy a gyermeknek acut cystitise van, hiszen ismertes, hogy bár ez az esetek többségében pollakisuriával jár, reflectorikus vizeletretentióhoz is vezethet. Erre annál is inkább gondolhattunk, mivel a gyermek pár nap előtt tonsillitisen esett át. A vizeletvizsgálat azonban ezt a fel-

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

tévést nem igazolta. Ezután lumbalpunkciót végeztünk: a víztiszta liquor igen nagy nyomással, sugárban ürült, és gyulladás jeleit nem mutatta.

Ezek alapján diagnózisunkat a következő lehetőségek között kellett megkeresnünk: 1. congenitalis lues az idegrendszerben; 2. gócos enkephalomyelitis; 3. hydrokephalus.



2. ábra. Hydrokephalus externus tágult oldalkamrákkal.

Az első lehetőséget könnyen kizárhattuk, a vérben és a liquorban végzett Wa.-r. negatív eredményt adott. Erre provocatívot végeztünk s az anyán is elvégeztük a Wa.-r.-t. Az eredmény mindvégig negatív volt. A második lehetőség: a gócos enkephalomyelitis tisztázása már nehezebb feladatnak ígérkezett. A tünetek hirtelen, 3 napos lázzal járó angina után jelentkeztek, tehát joggal gondolhattunk postgrippalis idegrendszeri betegségre. Az a körülmény, hogy a gyermek mindvégig láztalan volt és a liquor gyulladással reagáló hiányoztak, nem tette ugyan nagyon valószínűvé e lehetőséget, de nem is zárhatta ki. Jogosan gondolhattunk azonban arra is, hogy az idegrendszeri tüneteket az agy-nyomás hirtelen megnövekedése okozta, mert a fejalkat, s a közben elvégzett enkephalographia (l.: 2. ábra.) amellől szólott, hogy a gyermeknek már eredetileg, jelen betegsége megelőzően hydrokephalus volt. A betegség további alakulása alapján emellett is kellett döntenünk. A systematikus lumbalpunkciók hatására ugyanis az eddig ki nem váltható térd- és Achilles- inreflex már néhány napon belül visszajött, a szemizombénulás szintén gyorsan javult, úgy hogy két hét múlva már csak kismértékű abducens paresis maradt vissza a baloldalon. A lumbalpunkció során a spontán vizelet is lassan megindult, s az állandó katheretert eltávolíthattuk. Az időközben jelentkezett cystitis gyorsan gyógyult.

Mindezek alapján, ha a gócos enkephalomyelitis lehetőséget teljes biztonsággal kizárni nem is tudtuk, az látszik valószínűnek, hogy az egész sajátos körképet maga a hydrokephalus okozta. Ez ugyan már korábbi is lehet, de tünetekkel nem járt, a lázas angina azonban valószínűleg a liquortermelés fokozása révén, hirtelen rosszabbította a helyzetet. Ezért jelentkezett egy csapásra ez a tarka idegrendszeri kép és ezért is fejlődött az gyorsan vissza, nyom nélkül, a systematikus lumbalpunkciók során a nyomás fokozatos csökkentésével.

Esetünkben a hydrokephalus agyi és spinalis tünetek kifejlődéséhez vezetett. A nyomásfokozódás szeszélyes eloszlásának módja és törvényei nem ismeretesek. Valószínű, hogy a hydrokephalus primær okától függően különböző localisatiója, illetve kiterjedése játszik itt fontos szerepet.

Összefoglalás: 19 hónapos fiugyermek latens hydrokephalusát angina kapcsán előállott fokozott liquortermelés manifestálta tette: cerebrális és spinalis tünetek jelentkeztek, melyek rendszeres gerinccsapolás hatására azonban nyom nélkül visszafejlődtek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének közleménye. (Igazgató: Darányi Gyula ny. r. tanár.)

Pepsin-trypsin húsleves.

Irta: Vitéz István dr. egyet. adjunctus.

A bakteriologiai laboratóriumoknak leggyakrabban használt táptalaja a húsleves, vagy bouillon. Annak ellenére, hogy készítésére pontos előírások vannak, az egyes laboratóriumokban előállított levesek között eltérések észlelhetők. A táptalaj jósaága ugyanis nem csupán az előírástól függ, hanem majdnem oly mértékben a felhasznált anyagoktól, az elkészítés kivitelétől, stb. Tömeges vizsgálatokat végző laboratóriumokban az a szempont is figyelembe veendő, hogy a bouillon-készítés gazdaságos-e?

A húsleves készítése általában a következő: 1/2 kg. jó minőségű, zsírtól, inaktól megtisztított izomhús 1 l. víz; megfelelő módon készítve egy liter húslevet ad, amelyben feloldunk 10 g peptont (1%) és 5 g konyhasót (0.5%).

A pepsin-trypsin húsleves készítése pedig a következő: 50 g megőrölt ló, vagy marhaszívet és 50 g ugyancsak megőrölt ló-, vagy marhamájat 1500 ccm-es lombikba teszünk s hozzáöntünk 300 ccm lágy vizet, majd 5—10 percen át főzzük.

Kihülés után hozzáadunk: 15 ccm 10%-os sósavat és összekeverés után feloldunk benne 0.5 g. pepsint s azután a lombikot vattadugóval bedugjuk, 48 órára 37. C° (még jobb 40—42 C°-os) thermostatba helyezünk s naponta 2—3-szor összerázzuk, mindannyiszor kongó papírral ellenőrizzük a szabad sósav feleslegét. Ha elfogyna a sósav, néhány ccm 10%-os sósavval pótoljuk.

Két nap múlva 2—3 csepp 1.0%-os alkoholos phenolphtalein jelenlétében annyi 20%-os natr. hydroxydot adunk a lombik tartalmához, hogy éppen észrevehető legyen a keletkező rózsaszín (pH 8,4.)

Most belemérünk 0.30 g trypsin, 1.0 g natr. hydrocarbonátot, 20 ccm chloroformot és a lombikot gummidugóval lezárva 72 órára újra a thermostatba helyezzük.

Három nap múlva hozzáöntünk: 600 ccm csapvizet és belemérünk 4.0 g konyhasót és 8—10 ccm 10%-os sósavat, hogy a folyadék pH-ja 6 legyen. Ezután 20 percig túlnyomás nélkül sterilizáljuk és még melegen nedves, redős szűrőn megsűrjük (az első részletet visszaöntjük és csak a kristálytiszta részlettől kezdve gyűjtjük), kiegészítjük 1000 ccm-re, pH-ját 7.4—7.6-ra állítjuk be s autoclavban sterilizzük.

Felhasználás előtt —, ha üledékes volna — száraz, sima papirfilteren újból megsűrjük s a pH-ját is ellenőrizzük. Ezután szükség szerint dolgozzuk fel bouillonnak vagy agarnak.

Az ilyen módon előállított 1 liter leves költsége (hús, vegyszerek) 0.20—0.30 P-nél nem több, a rendes húsleves nyersanyagai viszont kb. 2.20 P-be kerülnek. Előnyére írható tehát, hogy ötször kevesebb és olcsóbb minőségű hús is megfelel és hogy a nagyon drága pepton elhagyható.

Ha a bouillont ferdeagarnak dolgozzuk fel, szilárdság tekintetében elegendőnek találtuk, ha abban csak 1.5% szálas agart oldottunk. Az ilyen ferdeagar fel-tűnően világos, áttetsző és a telepek élesebben figyelhetők meg, mint az eddigi eljárással készült 2.0—2.5%-os, kevésbé áttetsző agaron.

Ami már most a bouillon használhatóságát illeti, e tekintetben a következő baktériumokkal próbáltuk azt ki: dysentéria, pasteurella avisept., diphtheria, typhus, staphylococcus alb., coli.

Ezek az összehasonlító vizsgálatok azt mutatták, hogy ezek ugyanolyan jól fejlődtek, mind a húslevesben, mind az ezzel készült 1.5%-os ferdeagaron, mint a rendes bouillonban, illetőleg agaron. Sőt egyes esetekben, így éppen az igényesebb *pasteurella* és *dysenteria*, valamint a *typhus* esetében még dúsabb fejlődést is észleltünk. (A cikkkel együtt beküldött fényképeket papirhiány miatt nem közölhetjük. Szerk.)

Az egyéb mikroorganizmusok tenyésztettségének, toxin termelőképességének, virulentiaváltozásának részletesebb tanulmányozása ezen a táptalajon és felhasználása különleges táptalajfeleségeknél folyamatban van.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Benzedrin-sulfat hatása a gyomorürülésre és a bélmozgásra. *Beyer K. és Meek W.* (Arch. Int. Med. 1936. 63. 753.) A benzedrin hatására a gyomor kezdeti tonusfokozódása következtében a gyomor korábban juttat tartalmát a duodenumba, később a pylorus tonusfokozódása és a gyomor másodlagos gátlása következtében a teljes kiürülés késik. A bélre még toxikus adagban sem gyakorol hatást az élő szervezetben. Túlélő kutya-bél készítményen a benzedrin fokozta az összehúzódások amplitudóját, de csökkentette a tonust és az összehúzódások számát. Nyulon az amplitudó is csökkent, ill. a kísérletek nagyobb felében nem volt kifejezett hatás. (B. 49.)

Kuchárik József dr.

Rövidhullámú kezelés tüdőtályog gyógyításában. *H. G. Brugsch és J. H. Pratt.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. 112. 21.) A tüdőtályogok gyógyításában *Sliephake* közölte és minden esetben eredményes rövidhullámú kezelés, valamint a másokat ért elég gyakori kudarcok nyomán támadt ellentétes vélemények között próbálják a szerzők keresni a valóságot. Mindenekelőtt megjegyzik, hogy *Sliephake* nem számol be a betegek további sorsáról, holott saját tapasztalataik szerint igen fontos lenne, mert — mint egy példával be is mutatják — elég gyakran gyors és szép javulás után a gyógyultnak vélt beteg ismét visszaeshet. Így ellenőrizve a betegeket a rövidhullámkezelést nem fogják túlértékelni. Hat között eset alapján, ahol a rövidhullámú kezelés eredménytelen volt, szerzők szerint a tüdőtályogok chronikus eseteiben kétséges a gyógyulás lehetősége; hogy acut esetekben a rövidhullám gyógyító hatású, vagy sem, még eldöntetlen. Az irodalomban között 128 beteg 66%-a gyógyult, de további kísérletek szükségesek oly betegeken, akiken még nem történt sebészi beavatkozás. Ami a kezelés technikáját illeti; 6k maguk nagy energiaképességű készüléket használtak 4—6 m hullámhosszal és 3—6 cm elektród-bőr távolsággal. Úgy látszik, hogy a rövidebb hullámoknak általában nagyobb hatása van mélyebben fekvő szervekre. Szerintük legfeljebb az elektród-bőr távolság növelésének, mint a fentiek változtatásának van értelme. (B. 50.)

Csik Ferenc dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

A habitualis vállficam műtéti kezeléséről. *Kreuter.* (Bruns. Beitr. 169. 1.) A szerző 14 esetben végezte igen jó eredménnyel a *Nicola* által 1931-ben közölt műtétet. Ennek lényege, hogy a tuberculum majust keresztülfurva a sulcus intertubercularis irányában az átvágott biceps inát ezen a csatornán vezetjük keresztül és utána finom öltésekkel egyesítjük. Kétheti rögzítés után lassan kezdjük a medicomechanikai kezelést. A műtét egyszerűsége miatt a többi bonyolult eljárással szemben előnyben részesítendő. (F. 46.)

Fedeles Findeisen László dr.

Adatok az emlőrák műtét utáni prognózisának kialakulásához. *Thies.* (Bruns. Beitr. 169. 3.) Száz esetben *Westhues* eljárása szerint vizsgálta az emlőrák radicalis műtétével eltávolított nyirokcsomókat. Sikerült a rák kiterjedésének útját a hónalj-nyirokcsomóiban kimutatni. Általában, ahol a távolabbi hónalj-nyirokcsomók mentesek voltak a ráksejtektől, metastasis is igen kis százalékban fordult ké-

sőbb elő a szervezet többi részén. Műtét alkalmával a legkisebb nyirokcsomók is eltávolítandók, még igen kicsiny, elsősleges daganat esetén is, valamint akkor is, ha tapintással nagyobb nyirokcsomó nem mutatható ki. A *musculus pect. minor*, szerinte, minden esetben eltávolítandó. A szövettani vizsgálatokból nyert tapasztalat alapján arra a meggyőződésre jut, hogy a klinikai vizsgálat eredményeit a műtét és a kórjóslat szempontjából inkább súlyosabbnak fogjuk fel. A műtét utáni röntgenbesugárzás elsősorban a hónalj-nyirokcsomó, a kulcscsont feletti és alatti tájon történjen. (F. 45.)

Fedeles Findeisen László dr.

SZÜLETÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horváth Kornél és Benedek Andor.

Az emlőbimbó-rhagadok kezelése tüszőhormont tartalmazó kenőccsel. *W. Bauer.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 16.) Szerző ama tapasztalatok alapján, hogy a tüszőhormon a tejmirigyek fejlődését elősegíti, nagyobb adagjai pedig a tejelválasztást megszüntetik, emlőbimbó-rhagadok gyógyítására tüszőhormont tartalmazó kenőcsöt (10 g-ra 1—2000 E hormont) alkalmazott. Ilyen kezelés mellett a rhagadok rövid idő alatt gyógyultak. (H. 28.)

Váczy László dr.

Méhelőésés újabb kezelése. *Brammer.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 29.) A méhelőésés legjobb gyógykezelése a műtét. 50 évnél idősebbekben és ha a beteg nincsen megfelelő állapotban, még kiméletesebb műtéti módok sem végezhetők minden veszély nélkül. Ilyen esetben a pessariumkezelésre vagyunk utalva. A pessarium azonban a hüvely senilis, sorvadott nyálkahártyáját izgatja és nem kellő gondossággal esetén fekélyképződéshez vezethet. Ezért a gyűrűt 4—8 hetenként cserélni kell, amit csak orvos végezhet, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ évenként pedig újabb gyűrű alkalmazandó, hogy annak nyomása ne ugyanazt a helyet terhelje. E nehézségek elhárítására alkalmazza szerző a Diener-féle üvegoliva-pessariumot. Ez tömör üvegből készül, alsó része fülecsben végződik, melyről fonál csúg le. Kellő kiiktatás után a beteg esténként a fonálnál fogva eltávolíthatja, öblíthet és reggel visszahelyezheti a pessariumot. Szerző 51 esetben alkalmazta; az asszonyok a kezelést megtanulták és viselése panaszt nem okozott. (H. 30.)

Csillag Miklós dr.

A spermiumok viselkedése a női szervezetben. *Belonoschkin.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 22.) Az emberi spermatozoonok élettartama a hüvelyben — mesterséges befecskendezés után — kb. $2\frac{1}{2}$ óra, közösülés után 45 perc. A hüvely a megtermékenyítés folyamatában csekély szerepet játszik, a hátsó hüvelyboltozat nem „receptatum seminis”. A méhnyakban a spermiumok élettartama 41 óra. Orgasmus esetén a méh szívó hatása közösülés alatt a méhnyakba szívja a spermiumokat, s azok ott néhány perccel a közösülés után már kimutathatók. A spermiumok élettartama a méhben mesterséges befecskendezés és közösülés után egyaránt kb. 22 óra. Orgasmus esetén a spermatozoonok már 3 perc múlva kimutathatók a méhüregben, orgasmus nélkül kb. 1 órára van szükség ahhoz, hogy a méh üregébe bejussanak. A méhkürtökben $2\frac{1}{2}$ nappal az utolsó közösülés után élő spermiumokat nem lehet többé kimutatni. Az orgasmusnak a megtermékenyülés létrejöttében elsőrendű jelentősége van. (H. 27.)

Csillag Miklós dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Az acetylarsan-kezelés szemészeti szövödményei. *Shoobants és Schepens.* (Ann d'Ocul. 1939. 7.) Az ötvegyértékű arsénszármazékok használata folyamán mérgező tünetek nem ritkaságok. A Franciaországban elterjedt acetylarsan okozta kétoldali látóideggyulladás sorvadásra és vakságra vezethet. Egyesek azért teljesen elhagyták azt. A hatásmód nem tisztázott: neurorecidiva, Herxheimer-reactio, túlzékenység, de legvalószínűbb a mérgezés megfelelő „terrain” esetén. Elsősorban elégtelen máj- és veseműködés jön itt szóba. Csak bel- és ideggyógyászati ellenőrzés mellett engedhető meg a kezelés. A látótér beszűkülése és photopsiák jelentkezése a kezelés azonnali beszüntetését kívánják. Hetenként két befecskendezés (3 ccm) a helyes adagolás. Ha neuritis optici jelentkezik, a kezelés abban hagyandó; emellett lactovegetabilis diaeta, diureticumok, 5—20 ccm 20% natr. hyposulfit i. v. és 0.5—1.5 g per os. Retinalis érszűkü-

let esetén értágítók (acetylcholin, atropin). Noha a *Lariboisère* kórházban 600 lueses szembeteg kezelése folyamán nem észleltek mérgezéses tüneteket, szerzők álláspontja szerint az acetylarsan csak kivételesen alkalmazandó a szem syphilisében; helyette veszélytelenebb vegyületekhez (bismut) kell fordulni. [Toxikus neuritisről lévén szó, ilyenkor májterápiával kombinált B₁-vitaminkezelés javallt. A stovarsolra nézve l.: O. H. 1939. 13. Ref. (G. 83.)]

Grósz István dr.

A szem gümőkórja és viszonya a szervezethez. Wagner. (Berlini Továbbképző Tanf. 1938.) Szerző a höchenschwandi sanatorium 400 szem-tbc-s betegét vizsgálta át alkatlanilag *Kretschmer* szerint. Kiderült, hogy a testalkat eloszlás egyforma volt. Ha azonban „erős” és „nem erős” osztályozást vezetett be, úgy férfiakban az erős dominált, emellett túnyomórészt a „voluminosusok” közül kerül ki a szem-tbc-s. Feltűnő sorszor észlelhető e betegekben dysplasia, még pedig hypogenitalismus kíséretében; másodlagos nemű jelek elmosódottsága, eunuchoid zsírelszlálás, hosszú végtag, asexualis medence-alak, (hypophysaer eredet). Igy 200 férfi közül 57-ben talált hypogenitalis vonásokat; ezek közül 24 fejletlen herével rendelkezett. A 200 nő közül 55 volt dysplasiás typus.

A szem-tbc.-sek jóindulatú tüdőfolyamata lymphatismus mellett szól. A gyermeki scrofulosis kiállása nem véd a későbbi gümős szembajtól; anyagának 25%-ában talált fiatalkori görvélykórra utaló jelet! Szerző végül a klimatodietás irányelveket ismerteti a gyógyításban. (G. 82.)

Grósz István dr.

A szemgolyó lesüllyedése felső állcsonti resectio után. Axhausen. (Berlini Továbbképző tanf. 1938.) A felső állcsont totalresectiója után a szemgolyó zavaró leszállása prothetikai úton megakadályozható, ill. javítható korai esetben. Régi esetben, ha a kettős látás megmarad, hegykiirtás, Thierschel és prothetika útján emelhető a szemgolyó.

Felsőállcsonttörés esetén (motorkerékpárszerencsétlenség!) ú. n. intra-extraoralis sinezés segítségével akadályozható meg a lesüllyedés, hacsak a csont péppé nem morzsolódott. Dislocáltan gyógyult törés okozta kettős képek rendszeren maguktól elmúlnak. Nagyfokú lesüllyedés esetén szabad csontátültetés (tibia) segít a bajon. (G. 81.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A pertussis agglutinatio, mint korai diagnostikum a csecsemőkorbán. *Bennholdt—Thomsen* és *Dienst.* (Ztschr. f. Khk. 60. 4.) Pertussis csecsemőkön 3 hónapos kortól, valamint a későbbi gyermekkorban már a gyanus időszakban, a catarrhalis stadiumban specifikus agglutininképzést lehet kimutatni. 26 csecsemőn mind a 26 esetben pozitív agglutinációt észleltek. A complement antitestképzést csak később, rendszeren a convulsiv szakban látták. Súlyos pneumococcus fertőzés után az agglutininképzés kimaradhat, de a javulással az agglutinin rendszeren ismét megjelenik. Az eljárás: 0.1 ccm serum + 0.1 ccm bacillusemulsio, mely megfelel 1:100 hígítású ty-nek, 2 óráig thermostatban 37 C°-on áll. 48 óra után leolvasás. (K. 164.)

Martyn Róbert dr.

Felsőlegút-stenosisok kanyaró esetében. *Heinz.* (Ztschr. f. Khk. 61. 1.) Kanyaró esetében larynxdiphtheria, laryngitis catarrh., -ulcerosa, -aphthosa s perichondritis felsőlegút-stenosis okozhat. A larynxdiphtheria a kanyarós kiütés elhalványodása után jelentkezik. Gyakorisága függ a diphtheria karakterétől s a kanyaró gyakoriságától, de a morbilli bizonyos mértékben croupa hajlamosít. Laryngitis catarrh. a kanyaró prodromalis szakában jelentkezik. Laryngitis aphthosa mindig stomatitis aphthosával együtt fordul elő. A perichondritis ritka s az erősen duzzadt s fájdalmas nyak hívja fel rá figyelmünket. (K. 162.)

Teveli Zoltán dr.

B₁-vitamin hatása az alimentaris csecsemő-oedemákra. *Kollmann.* (Arch. f. Khk. 117. 1.) Mint ismeretes a beri-beri egyik alakját az oedema jellemzi, amit eddig ismeretlen physiologiás alapon nyugvó vízháztartászavar okoz. Ebből kindulva, valamint a *Hecht* és *Weese* kísérletei nyomán, kik nyulakon B₁-vitaminnal fokozott diuresist váltottak ki, 18 csecsemőnek, kiken súlyos táplálkozási zavar kapcsán oede-

mák jelentkeztek, néhány napon át 500 I. S. B₁-vitamint adott intramuscularisan, illetve peroralisan. Valamennyi esetben prompt megindult az oedema-leadás, a hydrolabil csecsemőkön pedig stabilizáló hatást észlelt. (K. 153.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Nobel-díjas orvosok.

Népek bírkózásának, élet-halál harcának csatazájában, lelkeket megülő hangulatában biztató fénysugárként hat reánk a svéd királyi akadémia döntése a múlt évi ki nem adott, s az ez évi orvosi Nobel-díjak odaítéléséről, melyeket *Domagk Gerhardt*, münsteri pathologus professornak és *Heymans Corneil* genti pharmacologus professornak juttatott a szavazatok többsége. Mily szép, s a tudósok tiszta lelkületére vall, hogy a népek gyűlölködése idején is egy német tudóst tüntettek ki s csak mély sajnálkozással vesszük hírét annak, hogy a vezér egy év előtti határozatából *Domagknak* azt elfogadnia nem lehet. Ez nem csökkenti a babér értékét, mit feléje nyújt a világ tudósainak elismerése.

Domagk G. münsteri professor kiváló rákkutató s mint az elberfeldi I. G. Farbenindustrie szakértője a gyár vegyészei által az ő gondolatmenete és útmutatásai nyomán előállított acridin és azovegyületek százait vizsgálta strepto- és staphylococcusok, valamint gonococcusok által okozott helyi- és általános fertőzés eseteiben. Végül a *Mietsche* és *Klarer* által szintetizált „Prontosil”-ban egy veres azofestékanyagban hatalmas ellenszerét találta meg a streptococcusnak, amit hallomásunk szerint legelőször kis leányának súlyos orbán-cában próbált ki emberen meglepő sikerrel. A nagyértékű felfedezést az új szernek széleskörű kipróbálása követte, s a hatalmas collaborálás (*Fuller, Colebrock, Buttle*, stb.) csakhamar azt is kiderítette, hogy a festék nagy molekulájában egy szintelen reductió termék, a *p-aminobenzolsulfamid* vízsi a streptococcusölő főszerepet; — az a vegyület, amely azóta „Prontosilum album”, majd itthon: „Deseptyl”, „Ambesid”, „Sanamid”, stb. néven mindenki előtt ismeretes.

Ezen a nyomon haladva a gyár vegyészei *Domagk* útmutatása nyomán csakhamar elérkeztek az „Uliron”-hoz is („Elektyl”), ami a gonococcus-fertőzés ellen specifikusnak bizonyult.*)

Heymans Corneil nagyszerű atyjának, *Heymans F. J.*-nek fia és tanszéki utóda a genti egyetemen, Belgiumban. Atyjától átvett és továbbfejlesztett bravuros methodikával (carotico-jugularis anastomosisal összekötött egyik kutya keringésével működésben tudta tartani egy másik kutya izolált agyát, szívét), felderítette a sinus caroticus fontos szerepét a légzéssel kapcsolatban. Kimutatta, hogy a légzésre ható mérgek egész sora (nicotin, lobelin, coniin, adrenalin, acetylcholin, CO₂), a sinus caroticuson keresztül hozza létre hatását a sinus-idegek útján. Ez a sinus-reflex azonban az agy ereit csak annyiban befolyásolja, amennyiben hatására a test egyéb részeiben jönnek létre vérnyomás-változások, melyek az agyi ereket jobban vagy kevésbé telítik. Foglalkozott ugyan e methodikával a hőregulatio kérdésével is, valamint az anyagcsere és vérkeringés összefüggésével. Ő mutatta ki a 2.4. dinitrophenol és származékainak hatalmas anyagcserét fokozó hatását, ami a központi idegrendszerrel és a hormonokkal teljesen függetlenül a sejteken jön létre.

*) Eredményeinek kitűnő összefoglalását adta a Ztschr. Klin. Med. idei 146 k.-ben, 167. l.-on: „Heutige Stand der Chemotherapie der bakteriellen Infectionen” címen.



Mindkét Nobel-díjas nekünk, magyaroknak személyes jó ismerősünk, amennyiben Heymans C. az élet-tani szakosztály meghívására 1936. jun. 2-án tartott nekünk nagyon érdekes és sokak által látogatott előadást az anyagcsere és vérkeringés vonatkozásairól s ugyanakkor vetített képekkel az ő anastomizált kutya-kísérleteinek methodikájáról, s azóta is élénk és baráti érintkezésben áll a magyar physiologusokkal és pharmacologusokkal. Domagk G. pedig az orvosi továbbképzés meghívására 1939. márc. 9-én Budapesten, márc. 11-én Szegeden tartott igen szép és tanulságos előadást rákutatási eredményeiről és a Prontosil-származékok hatásáról. Szegeden Klebelsberg-emlékérmet is kapott.

Annál nagyobb örömről szolgál, hogy olyan két kutatót ért most ez a világraszóló kitüntetés, akiknek értékét és kiválóságát mi már előre láttuk és velük baráti és tudományos kapcsolatot létesíteni igyekeztünk.
Vámossy prof.

Közegészségügy a költségvetésben.

Az állami költségvetés ezúttal tudvalóvően egy és fél évre, azaz 1940 dec. 31-ig szól. A közegészségügyi kiadások túlnyomó része a belügyi tárca költségvetésében van s ezúttal igen érdekes adatokat tartalmaz. A hazatért területek közegészségügyi szükséglete a kiadásokat jelentékenyen növelte. Egy évre számítva a beteg-ápolási hozzájárulások főösszege 12 millió pengő, melyből a hatósági orvosok által rendelt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök egy milliónál többet foglalnak el. A fennmaradó összeg a kórházi betegápolásra a megnagyobbodott országban merőben elégtelen. Igaz ugyan, hogy a klinikák s bábaképzők ápolási díjai a Vallás- és Közoktatásügyi tárcában nyernek elszámolást s Budapest székesfőváros a betegápolási pótdadó bevételekből évi 7 millióval közvetlenül rendelkezik, de az 1931. évi gazdasági crisis óta bevezetett átalányozás már akkor sem elégítette ki a szükségletet, s azóta a hiány még fokozódott. Ennek az a következménye, hogy a felszerelt ágyakat nem használják ki. — Kedvezőbb képet nyerünk a fertőző és népbetegségek elleni védekezés rovatán. Itt az emelkedés egy évre számítva kb. egy millió pengő.

A falusi egészségvédelem 260 körzete 165 új körzettel szaporodik.

Örvendetes, hogy a tuberculosis elleni küzdelemre jelentékenyen nagyobb összeg áll rendelkezésre. Új tüdőbeteg gondozó intézetekre, tüdőbetegeknek sanatoriumi kezelésére és 15 új tüdőbeteg otthonban elhelyezésére kb. évi 300 ezer pengő többlet szolgál.

A fertőző- és népbetegségek elleni védekezésre most már 2 millió 100 ezer pengő áll rendelkezésre.

Az ivóvízszerezés áldásos munkája tovább folyik. A tisztiorvosok és községi körorvosok képzésére és továbbképzésére fordított összeg is emelkedést mutat, úgyszintén a bába és ápolóképzős rovat.

Ezzel szemben az Országos Közegészségügyi Tanács dotációját teljesen elégtelen, mindössze 15.200 pengő, az emelkedés 1.000 pengő. A tanács tagjainak létszáma 65,

a szaktanácsok száma hat. A munka számban és jelentőségben megnövekedett. A titkár tiszteletdíja havi 100 pengő, a tagok ülésdíjban nem részesülnek. A szaktanácsok kiadásaira nincs fedezet. Az összes dologi kiadásokat a tanács elnöke szerény tiszteletdíjából tartozik fedezni.

A közegészségügyi felügyelők és tisztiorvosok rovata jelentékeny emelkedést mutat, mit az ország területi nagyobbodása eléggé indokol, hiszen 10 tisztifőorvosi és 42 tisztiorvosi állás felvétele vált szükségesé. A többkiadás kb. évi 350 ezer pengő.

Az állami elme- és ideggyógyintézetek és kórházak személyi kiadása évi egy millió pengővel emelkedett, amit eléggé indokol az, hogy a visszacsatolt területekkel 11 kórház került állami kezelésbe. Nem kevesebb, mint 38 főorvosi, 18 intézeti orvosi, 67 másodorvosi és alorvosi, 2 gyógyszerészi, 44 tisztviselői s nagyszámú segéd személyzeti állás került betöltésre.

A dologi kiadások emelkedése több, mint 3 millió 500 ezer pengő, amit a kórházak beszerzési és elhelyezési költségei igényelnek. Az Országos Közegészségügyi Intézet kiadásai is kb. 200 ezer pengővel emelkednek. A rendkívüli kiadások között a kassai Védőnőképző Intézet 630 ezer pengővel szerepel.

E hatalmas kiadásokkal szemben bevételek is állnak, ezek között legjelentősebbek az ápolási díjak évi 1 millió 200 ezer pengőre becsülhető többlettel.

A közegészségügyi kiadások főösszege egy évre számolva 26 millió, a többlet 8 millió pengő.

E néhány adat azt bizonyítja, hogy a kormány, s elsősorban a közegészségügyet irányító államtitkár a közegészségügyet tiszteletreméltó, sőt bámulatos eredménnyel képviseli. De még újabb áldozatokra és erőfeszítésekre van szükség. A hazatért Felvidéken 11 állami kórház van, a trianoni Csonka-Magyarországon az elme- és ideggyógyintézeteken kívül 2 állami kórház. A kórházak továbbfejlesztése s a kórházügy reorganizációja fontos és sürgős feladat. Annyi bizonyos, hogy a közegészségügyre fordított kiadás a legjövendősebb, emberi életet, emberi egészséget ment, a gyógyulást gyorsítja, a néperőt növeli!

Grósz Emil prof.

Az egyetemek költségvetése.

A Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium 1939—40. évre terjedő egy és fél éves költségvetésében az egyetemek kiadásai 28 millió pengőre, a tárcáé közel 235 millióra emelkedett. Ebben a nyugellátások 56 millióval szerepelnek, az emelés ebben a rovatban 24 millió. A népoktatás és középfokú tanintézeteké 50 millióval, az egyetemeké 9 millióval növekedik. Az egyetemek személyi kiadásainak emelkedését főleg a családi pótlék felemelése s a korpótlékok és hadipótlékok okozzák. A dologi kiadások szerény emelkedést mutatnak, melyek a szükségletet nem elégítik ki. A kassai kereskedelmi főiskola új tétel, mely 104 ezer személyi s közel 55 ezer pengő dologi kiadást igényel. A rendkívüli kiadások között új tétel a Pázmány Péter tudományegyetemi klinikák és intézetek tudományos felszerelési tárgyainak

pótlására 60 ezer pengő. A József Nádor Műegyetem felszerelésének kiegészítésére 125 ezer pengő többlet szerepel.

Nagyon örvendetes, hogy a miniszter az egyetemi orvosi karon 100 díjtalan gyakornoknak havi 140 pengő segélyt óhajtott nyújtani, amire 252 ezer pengőt irányzott elő. Ez az összeg nem az egyetem rovatahoz, hanem az orvosi továbbképzés rovatahoz csatoltatott. A költségvetés táblázatát közöl az egyetem tanszemélyzetéről. Eszerint 343 egyetemi tanár, 31 intézeti tanár és vezető van. A budapesti orvostudományi karon 25 nyilvános rendes tanár, 5 intézeti tanár és vezető, 12 adjunctus, 63 tanársegéd és 53 gyakornok van. Új tanszék: az egyetemi gyógyszerészeti tanszék. Az indoklás felsorolja, hogy mely tanszékeket rendszeresítették; e sorozatból hiányzik az élet- és körvegytani tanszék, melyről eddig azt hittük, hogy betöltetlen.

Nagyon sajnálatos, hogy a debreceni orvosi karon az élettan és kórtani, a bonctani és törvénytudományi orvostani, a közegészségtan és gyógyszerészeti tanszékek egyesítve szerepelnek. Ugyancsak egyesítve szerepel Szegeden és Pécsen a kórbonctani és törvénytudományi orvostan tanszéke. Mind a tudományos munka, mind az oktatás szempontjából az egyesítés szerfelett hátrányos. E helyzet megváltoztatásán kívül az is nagyon szükséges, hogy a budapesti egyetem orvosi kara physika és orvosi kémiai tanszéket és intézetet kapjon. Debrecenben és Pécsen van. Szegeden orvosi kémiai, Pécsen biológiai.

A kultusztárca jelentékeny emelkedését (1 évre kb. 23 millió) a hazatért területek szükségletei veszik igénybe. Ez érthető s indokolt, de nem hallgathatjuk el, hogy egyetemünknek s különösen az orvosi karnak olyan szükségletei vannak, melyek kielégítése a nemzet érdekében sürögősen szükséges.

Grósz Emil prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 43. sz. *Edens E.*: Szív- és koszorúérelgtelenség. — *Becker-Freyseng H.* és *Clamann H. G.*: Az élelmérgezés kérdéséhez. — *Monasterio G.*: A gastrikus anaemiáról. — *Markolf I.*: A Takata-reactio elméletéhez. — *Windenbauer F.*: Az embervér cocarboxylase tartalma. — *Douglas A.*: Haematoporphyrin és vércukor. — *Marquardt P.*: Jódreactio glykogenre és keményítőre adrenalin jelenlétében.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 43. sz. *Magnus G.*: Izületi lövések. — *Mancke R., Plötner K.* és *Siede W.*: A cholangitis prontosilkezelése és ennek kísérleti alapja. — *Frölich R.*: A járványos meningitis kezelése albuminokkal. *Lange F.*: Terhességmegszakítás és meddőítés szívjavallatok alapján. — *Herlyn K. S.*: Tetoválások eltávolítása.

Medizinische Klinik, 43. sz. *Schedtler O.*: A harctéri szolgálat befolyása a tüdőgümőkór fellépésére, kiterjedésére és lefolyására. — *Hoche O.*: Háborus sebesültek kezelése. — *Reinwein H.*: Extrarenalis azotaemia. — *Kienböck R.*: A köszvény és izületi gümőkór megkülönböztetése. — *Fruhwald R.*: A gyakorló dermatologus szűkeges és hasznos gyógyszerei. — *Stümpke G.*: Dermatitis herpetiformis Dühring. — *Bühler F.*: Az erythema nodosum kóroktana. — *Neumann H.*: Foglalkozási dermatosisok bejelentési kötelezettsége és szakvéleményezése.

La Presse Médicale, 77. sz. *Mathieu P.*: Nyílt háborús diaphysistörések kezelése a harctéri első vonalakban. — *Urioste I. P., Caimi R. A., Piaggio Blanco R. A.*: Közepes nagyságú ascitisek tünettana. — *Surmont I.* és *Le Goff P.*:

Gyulladásos folyamatok röntgentherápiájának alapelvei. — *Lévy M.* és *Gally L.*: Az essentialis thorbopenia kezelésének mai állása, a sugaras kezelés értéke. — *Rouges L.*: Gerincvelősérülésekről a viágháború tapasztalatai alapján.

British Medical Journal, okt. 21. *St. J. D. Buxton*: A radius és ulna zárt töréseinek a kezelése. — *C. E. Dukes*: A vizeletben lévő tuberculosis bacillusok klinikai jelentősége. — *S. Barton Hall*: A fegyverkezési program pszichológiai problémái. — *R. G. Gordon, J. A. Fraser Roberts*: Megtámadja-e a poliomyelitis az értelmi képességet? *C. Hamilton Wilkie*: Az antivenereás kezelések korai félbeszakításának megakadályozása.

The Journal of the American Medical Association, okt. 14. *J. D. Woodruff* és *R. W. Tc. Linde*: A húgyhólyag postoperatív kezelése. — *W. E. Ladd, T. W. Botsford* stb.: Csecsemők és gyermekek elsősleges peritonitise (hatásos kezelés). — *Ch. C. Higgins*: Vesekövek visszatérésének okai. — *R. H. Flocks*: Vese és ureterkövesek calcium és phosphor kiválasztása a vizeletben. — *H. L. Kretschmer*: Ulcus kezelésére alkalmazott alkaloidák okoznak-e vesekövet? — *F. E. Barton* és *T. M. Hearne*: Placentaris vér alkalmazása vérátömlesztésre. — *J. C. Geiger, A. B. Crowley*, stb.: Administratív problémák psittacossal és az ausztráliai papagályok importjával kapcsolatban. — *T. D. Spies, A. A. Walker* stb.: Pellagra csecsemő- és gyermekkorban. — *J. B. Vander, Veer* és *R. F. Norris*: Az elektrokardiogramm változásai acut pericarditisben.

VEGYES HIREK

Eiselsberg Antal báró a bécsi egyetem nyug. sebész-tanára október 27-én baleset következtében 79 éves korában meghalt. **Eiselsberg** prof. 9 egyetemnek, köztük a Pázmány Péter Tudományegyetemnek is, diszunktora volt. Életével és tudományos munkásságával jövőhöz számunkban bővebben foglalkozunk.

Az orvosi kutató alapítványok tőkéje az Egyesült Államokban 1300 millió dollár. 243 alapítvány közül 121-nek tőkéje 950 millió dollár, a többieké 250 millió. A Rockefeller-alapítvány tőkéje 185 millió, a Carnegie 163 millió, a Washingtoné 36 millió dollár, Carnegie oktatásügyi alapítványáé pedig 29 millió dollár.

A születések száma 1938-ban Németországban: 1.675.000, Olaszországban 1.031.000, Franciaországban 612.000 és Magyarországon 1937-ben 182.449. E számok sokat mondanak!

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tud. Egyetemen okt. 25-én: *Sára Lenke, Bruck Stefánia, Nyikos Imre Antal, Csáky József György, Göllner Pál Károly, Rusz László, Magyar Dezső István, Hajtmanszky Kálmán, Renner Lajos Ernő, Adler Ferenc.* Üdvözljük az új Kartársakat!

HETIREND

Hétfőn 6-án 7 ó.: a Bp. Orv. Kör ülése. *Baitz G.*: A tüdővész megelőzése.

Kedden 7-én 7/7 ó.: a Bp. Orv. Kaszinó ülése. *Vajda K.*: Orvosi vonatkozások Goethe életében.

Szerdán, 8-án 6 ó.: a Közkórházi Orvostárs. ülése. *Torday A.*: A migrainnal kapcsolatos hypoglykaemiás állapotokról, *Petrovits L.*: Tüdősérv esete. *Hajdú T.*: A szoptatási nehézségek megelőzése és kezelése. *Piri L.*: Problémák a sürgős hasi sebészet diagnostikájában és terápiájában.

Pénteken 10-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. *Szűle D.*: Évek óta fennálló idiopathikus spontán pneumothorax. *Monaldi*-féle caverna-szívódrainage kezelése esetei. *Neuber E.*: Újabb adatok az actinomykosis kórisméjében és gyógyításában. *Szecsödy I.*: Az elmeorvos szerepe a büntetés végrehajtásában.

SEVENAL-CHINOIN

Injectio-tabletta

Altató- és csillapítószer, antiepilepticum.

Májkeletaria = Exhepat „Certa”

M. kir. Állami Szanatórium, Mátraháza.
733—1—1939.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mátraházai m. kir. állami Horthy Miklós tüdőbeteggyógyintézetben betöltendő *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalma a XI. fiz. oszt. 1. fokozatának megfelelő fizetés, bútorozott szobából álló lakás, fűtés-, világítással, valamint I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. — A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva s belügyminiszterhez címzetten az intézet igazgatóságához adandó be 1939. december 1 napjának déli 12 órájáig. — Egyenlő képesítés esetén előnyben részesülnek a tüdőgyógyászati szakképzettséggel rendelkezők. — A segédorvos alkalmazása egy év tartamára ideiglenesen történik, mely alkalmazás jó szolgálat esetén meghosszabbítható. Az ideiglenes alkalmazásból kifolyólag végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. — Az állásra csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak.

A kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat és annak igazolása, hogy az 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-aiban foglaltak érteimében a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ában foglalt korlátozás alá; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 5. egyetemi leckeönnyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 6. curriculum vitae, az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 7. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 9. esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; 10. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványok; 11. orvoskamari tagság igazolása; 12. nyilatkozat afelől, hogy a pályázó közhivatalban, köztisztviselőben, vagy köztisztviselőben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. — Köztisztviselőben, köztisztviselőben pályázók kérvényeiket felettes hatóságai által láttamoztatni tartoznak. — Az a pályázati kérvény, mely a 12. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Mátraháza, 1939. október 25.

Genersich Andor dr. s. k. igazgató-főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházának szülészeti és nőgyógyászati osztályán egy újonnan rendszeresített *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Pályázati határidő: 1939. nov. 25. déli 12 óra. A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, 50%-os térítmény ellenében I. oszt. élelmezés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés- és világítással.

A segédorvost Baja thj. város főispánja nevezi ki; a kinevezés 3 évre szól. Magánykorlat folytatása tilos. Az állást kinevezés után azonnal el kell foglalni. A pályázati kérelemhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. erkölcsi bizonyítványt; 3. hatósági orvosi bizonyítványt; 4. magyar állampolgársági bizonyítványt, (esetleg illetőségi bizonyítványt); 5. orvostudori oklevelet (esetleg szülészeti és nőgyógyászati szakorvosi képesítést igazoló bizonyítványt); 6. rövid életleírást (curriculum vitae); 7. A pályázók a felsorolt okmányokon kívül, az 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ai szerint igazolni tartoznak, hogy az említett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá nem esnek. A szabályszerűen felszerelt és felülbélyegzett kérvények Baja thj. város főispánjához címzetten a városi közkórházhoz adandók be.

Baja, 1939. október 25.

Bernhart Sándor dr., s. k. polgármester.

1761—1939. Kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádmegyei „Mária Valéria” Közkórházban lemondás folytán megüresedett *három alorvosi*, illetőleg az esetleges előléptetés folytán megürülő *kettő kisegítőorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás, tisztai élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok pályázhatnak. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre, pályázat mellőzésével meghosszabbítható. — A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az állás végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat betöltésével kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás, és tisztai élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő, havi 80 P tiszteletdíj.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. december hó 10-én déli 12 óráig Baross József főispánhoz intézve a kórházi igazgatójához adandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványok. 7. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. október 12-én.

Kenessey Albert dr. s. k.
eu. főtan., kórházigazgató-főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Zempléni vármegye sátoraljaújhelyi Erzsébet közhórháza pályázatot hirdet 2 helyettes *segédorvosi állásra*, az állások azonnali elfoglalásával.

A pályázatok a kórház igazgatóságához címezve 1939. évi november hó 20. napjának d. e. 10 órájáig adandók be a kórház gondnoki hivatalába. A helyettes segédorvos javadalmazása az 1926. évi 124.000 N. M. M. sz. körrendelet 3. §-a alapján az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti kezdőfizetés és természetbeni lakás, fűtés és világítás. Első osztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-a ellenében. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak.

A pályázati kérvényhez csatolandó: születési anyakönyvi kivonat, hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, curriculum vitae és orvoskamari tagság igazolása.

Sátoraljaújhely, 1939. évi október hó 23.

Olvashatatlan aláírás, igazgató főorvos.

Ujpesti Szülő-Otthon közkórház, Ujpest, Horthy M. út 69.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Ujpesti Szülő-Otthon közkórházban megüresedett *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. A kisegítő orvos javadalmazása 80 P tiszteletdíjből, bútorozott szobából álló lakásból, fűtés-világításból és I. oszt. élelmezésből áll. A fizetésből semmiféle levonás nincs. A kisegítő orvos alkalmazása ideiglenes jellegű, azonban itt eltöltött munkássága előnyt jelent számára a legközelebb megüresedő orvosgyakornoki állás betöltésekor. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket a kórház igazgatóságához címezve f. évi november hó 15-ig kell benyújtani. A pályázati kérvényhez mindazok az okmányok csatolandók, amelyeket az 1939. IV. tc. végrehajtási utasítása előír.

Lőrincz Béla dr. s. k. igazgató-főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában üresedésben lévő, az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *segédorvosi* állásra, illetve ennek betöltése esetén üresedésbe jövő havi 80 P tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *orvosgyakornoki* állásra, 1939. november 10-ii lejárattal pályázatot hirdetek.

A segédorvos kinevezés esetén 3 évi segédorvosi, vagy azzal egyenlő értékű szolgálattal bírónak a 300—1935. B. M. sz. rend. alapján, mint alorvosnak a X. f. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés jár. Kinevezett orvos magánygyakorlatot nem folytathat. Az állás kinevezés után lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybéllyel felblyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja th. város főispánjához, dr. Nagykászonyi Kászonyi Richardhoz címzetten Baja város közkórházához adandók be.

Baja, 1939. október 17.

dr. Bernhart Sándor s. k., polgármester.



Az „Expectin” expectorans solvens kiváló a légutak hurutos betegségeiben. A köhögési ingert gyorsan megszünteti azáltal, hogy a váladékot felhígítja és annak kiürítését megkönnyíti. 1 üveg ára: 2.20 P. sec. Diachemia.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik okt. 22—28. között. Ezen a héten sok frontátvonulás történt. Okt. 23-án, 26-án és 27-én az erős frontok is halmozottan léptek fel, úgy hogy igen erős frontopathikus reakciók feltételezendők. A frontok részletes adatai:

| Átvonulás ideje Budapesten | | | A front fajta | Fejlettsége | Kísérő eseményei |
|----------------------------|-----|----------|---------------|--|---|
| hó | nap | óra | | | |
| Október | 22 | 2 | Betörési | Mérsék. | Hirtelen szélélénkülés 10 m/mp-ig |
| | 22 | 7 | .. | Gyenge | Néhány hirtelen széllokés, max. 6 m/mp. |
| | 22 | 9 | .. | Mérsék. | Új szélélénkülés, szélford. ENY-ről DK-re. |
| | 23 | 11 | Felsikl. | Erős | Borulás 22 ó-tól, nyomászuhan., 27 mm eső. |
| | 23 | 15 | Betörési | Mérsék. | Heves zápor, 10 mm. |
| | 23 | 19 | .. | .. | Ujabb zápor, 2 mm. |
| | 23 | 20 | .. | Erős | Szélvihar 22 m/mp, vége másnap 17 ó.-kor. |
| | 24 | 22 | .. | Gyenge | Kis záporosó, szélélénkülés. |
| | 25 | 1 | .. | .. | Kis szélélénkülés. |
| | 25 | 4 | .. | .. | .. |
| | 25 | 6 | .. | .. | .. és légnyomásugrás. |
| | 25 | 10 | .. | Mérsék. | Új szélélénkülés 12 m/mp. |
| | 25 | 16 | .. | .. | Rövid szélroham. |
| | 26 | 14 | Felsikl. | Erős | Nyomászuhanás d. u. -tól, eső 8 ó. -tól 8 mm. |
| 27 | 1 | .. | .. | Praefrontális eső 7 mm és nyomászuhanás | |
| 27 | 6 | Betörési | .. | Szélvihar, zápor 2 mm, Dunántulon havazások. | |
| 27 | 10 | .. | .. | Új borulás, erős légnyomásugrás. | |
| 27 | 12 | .. | .. | Új szélrohamok 16 m/mp, légnyomásugrás. | |
| 27 | 22 | .. | Gyenge | Szélélénkülés. | |
| 28 | 5 | Felsikl. | Mérsék. | Praefrontális eső 23 ó-tól, 7 mm. | |
| 28 | 6 | Betörési | .. | Kis záporosó. | |
| 28 | 14 | Felsikl. | .. | Heves felsikló eső 11 ó.-tól. | |

A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

Orvoskari Naptárunkat ez évben ismét kiadjuk. Felkérjük mindazon Kartárs urakat, akiknek neve a Naptárban szerepel, hogy a hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szerkesztőségünkkel mielőbb közölni szíveskedjenek. (Bp. IX. Hőgyes Endre utca 7.)

Lapunk mai számához Kemény Gyula „Zrinyi” gyógyszer-tára, Budapest, *gyógyszerkészítményeiről* szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTAN.

Bronchopneumonia esetén

TRANSPULMIN - CHINOIN

chinin - camphor - aetheres olajok

10 x 1 kcm amp.
5 és 10 x 2 kcm amp.
15 kcm üvegben,

Croupus pneumonia esetén

SOLVOCHIN - CHINOIN

lúgos kémhatásu, 25 %-os vizes chininoldat

Egyéb javallatok: malária, septikus vetelés, paroxysmalis tachycardia, pertussis, stb.
3 x 2 kcm amp.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON,

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLO, REUTER KAMILLO, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Guszman József: A vérátömlesztéssel kapcsolatos lueses fertőzés kérdése. (977—980. oldal.)

Fazakas Sándor: Adatok a keratomykosisok kórképéhez. (980—982. oldal.)

Voltay (Wollek) Béla: A gyermekkori pneumothorax. (982—984. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (161—164. oldal.)

Irodalmi szemle: (984—985. oldal.)

Könyvismertetés: (985. oldal.)

Verebély Tibor: † báró Eiselsberg Antal. (985—986. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (986—987. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A vérátömlesztéssel kapcsolatos lueses fertőzés kérdése.

(Klinikai előadás.)

Irta: Guszman József dr. egyet. c. rk. tanár.

A syphilitikus egyén vérének fertőzőképessége általában már régóta ismeretes. Az út azonban, amely ismereteinkhez vezetett, elég hosszú és fáradságos volt. A első „tudományos” vizsgálatokat sajnálatosan egészséges embereken végezték, florid syphilitikus embereket vérvél. Ezek a kutatások, melyek főként Waller, az ú. n. *pfalzi Anonymus* (ma tudjuk, hogy *Bettinger* nevű főorvosról van szó) és *Pellizzari* nevéhez fűződnek, hol pozitív, hol negatív oltási eredménnyel jártak. Persze, ezekre a kísérletekre a vizsgálók csupán úgy ragadtathatták magukat, hogy az orvostudomány akkoriban még nem ismerte sok súlyos betegségnek lueses eredetét, illetve természetét, (hogy csak az aortitist, tabest, paralyssit említsem), tehát a syphilitikusnak igazi jelentőségét nem ismerhették. E körülmény bizonyos fokig mérsékelte a vizsgálhatóságukat, eltekintve attól, hogy e barbár eljárással a syphilis pathológiáját jelentékenyen előbbre vitték.

A vér fertőzőképességére vonatkozó vizsgálatok azután hosszú évtizedeken át szüneteltek és csak egy-egy imitt-amott felbukkanó casuistikus közlemény számolt be a lueses egyén vérének fertőzőképességéről. A kérdés azóta vált a gyakorlat szempontjából különös fontosságúvá, amióta a vérátömlesztés egyre elterjedtebbé vált. E széleskörű elterjedéséhez főként a javulatának kiterjesztése vezetett, hiszen ma már nemcsak kivérzett emberek részesülnek áldásában, hanem alkalmazzák olyan esetekben is, mikor a vértadó vérével oly anyagok is juttathatók a beteg szervezetébe, melyek súlyos, általános fertőzések és toxikosisok ellenében védelmet nyújtanak. Hozzájárul ehhez még az a lehetőség is, hogy a vérátömlesztéssel a beteg bizonyos pótló és jótékony hormonalis hatásokra tesz szert és így *Spitzmüllerrel* bizvást mondhatjuk, hogy a vérátömlesztést — hacsak mulólag is — a sejtpatológiára ható legerősebb ingernek kell minősítenünk. A vérátömlesztés áldásának nem szabad azonban súlyos ártalmakkal járnia. A különböző vércsoportok megállapítása nagy veszélyt hárított el. Nagyjelentőségű, hogy a vértadók megszervezé-

sén kívül a jól vezetett vértadó-központ az agglutinációs titer-vizsgálat eredményét is felhasználja, hogy a vérátömlesztés úgyszólván kockázatmentes lehessen. — (Kubányi.)

Marad még a legfontosabb: az átömlesztéssel lehetséges fertőzés elkerülése; itt elsősorban persze a syphilitikus fertőzés jön tekintetbe. E téren csakhamar kialakultak a szükséges, de sajnos nem elegendő óvintézkedések. Szabállyá vált a vértadó egyének lueses megvizsgálása a beavatkozást megelőzően. Klinikákon, kórházakban létrejött a vértadó egyének megszervezése, ami lehetségessé teszi az állandó ellenőrzés tervszerű végrehajtását. Fokozza mindezeket a berendezéseket az ú. n. vértadóközpontok megszervezése. A nyilvántartott vértadók fényképes törzskönyvi lapja sorjában tartalmazza a legfontosabb adatokat. Nálunk a székesfővárosi köz-kórházak vértadó központja a W.-r.-t három hónaponként végezteti.

Kétségtelen, hogy a nyilvántartottak rendszeres vizsgálata a lueses fertőzés szempontjából jelentékeny biztosítékot nyújt. Sajnos azonban, hogy a betegek lueses fertőzése minden óvintézkedés ellenére elvéte még mindig előfordul, sok tekintetben azért is, hogy a syphilitikus egyének vérének fertőző képessége a betegség egyes szakaszaiban még nem ment át az orvosi köztudatba. Megkísérlem ezért e helyen a kérdésnek tisztázását, felhasználva egyben a világirodalom idevonatkozó legújabb adatait, melyek a kérdést még jobban tisztázzák.

Tudnivaló, hogy a lues korokozója, a *spirochaeta pallida*, nem igazi vérparasita, hanem kifejezetten nyirokér- és szövetparasita. A vérben a sp. p. a betegség különböző szakaszaiban különböző számban lehet jelen, sőt igen valószínű és ezt számos tapasztalat és kísérlet látszik megerősíteni, hogy az a syphilis fennállásának jelentékeny részében nincs is a keringő vérben jelen. Az exact állatkísérletek sok újabb adatot hoztak napvilágra, amit a vérátömlesztés alkalmával figyelembe kell vennünk és amelyeket éppen a vérátömlesztéssel kapcsolatos elég ritka, — de szomorú klinikai tapasztalatok erősítenek meg.

E. Hoffmann volt az első, aki florid, friss syphilitikus egyén vérével alacsonyrendű majmokon kísérletezett. Massiv (5 cm mennyiségig) oltásai alkalmával a scarifíált szemöldökre a vért ¼ óráig bemassálta. Ilyen mó-

don positiv oltási eredményt állapíthatott meg. Mások akkoriban (*Finger* és *Landsteiner*, *Neisser* és mások) viszont csakis negativ oltási eredményekről tudták beszámolni. A keringő vérben akkoriban még *Buschke* és *Fischer*, *Schaudinn* és mások is meg tudták állapítani a kórokozó jelenlétét a vérben. Később *Uhlenhuth* és *Mulzer*, amikor már a drága majomanyag helyett a házinyulban ismerték meg a legmegfelelőbb kísérleti állatot, rendszeres vizsgálatok végeztek nyulakon (florid syphilitikus vérrel). 19 primaer lueses egyén vérének oltása 16-szor (84.2%) positiv eredményt adott. Ki kell itt emelnem, hogy a 16 eset közül 4 ízben a Wa.-r még negativ volt. A korai secundaer lues-esetek száma 36 volt, az ezekből nyert vér 27 ízben (75%) volt positiv eredményű. *Arzt* és *Kerl* ugyancsak ily állatoltásokat végzett primaer syphilitikus egyének vérével és 7 eset közül 4 ízben kapott positiv eredményt. A betegek fertőző coitusa és a vérük átoltása között eltelt idő 14 (esetleg 21), 23, 27, és 37 nap volt. Több esetben *Uhlenhuth* és *Mulzer* is ugyanezt észlelték.

Mindezekből az a rendkívül fontos tény állapítható meg, hogy a spir. pallidák a véráramban már igen korán keringenek, *mindenesetre jóval előbb, mint ahogy a Wa.-r. positivá szokott válni*. Sőt — látni fogjuk, hogy a kórokozó már akkor kering a vérben, amikor a primaer affectionnak még nyoma sincsen, tehát amikor még semmiféle klinikai jel ki nem fejlődött, (ú. n. első incubatio, illetve praesanker időszak). Az újabb irodalmi adatok éppen ennek a megállapításnak gyakorlati következményeire hívják fel a figyelmet, amelyek leginkább a vérátömlesztések alkalmával adódhatnak. Ily módon kiderül és tudományosan igazolódik, hogy mily éles megfigyelők voltak azok a régi syphilitológusok, amikor váltig azt állították, hogy még mielőtt a primaer affectio mutatkozott volna, a lueses virus máris az egész szervezetben elterjedt. Kiderült *Uhlenhuth* és *Mulzer*, *Liebermann* és *E. Hoffmann* állatoltási kísérleteivel az is, hogy még nem kezelt friss lueses esetekben a vérsavó is adhat positiv oltási eredményeket. *Hartwell* pedig 24 florid lueses eset közül 10-ben tudta kimutatni a defibrinált vérnek fertőzőképességét.

Különösen fontosak azok az oltási kísérletek, melyeket rejtetten lueses egyének vérével végeztek. Az ezekről szóló eredmények sajnos csak igen gyéren állnak rendelkezésünkre. *Uhlenhuth* és *Mulzer* 2 esetben positiv oltási eredményt kaptak (oltás házinyul heréjébe). Az első esetben a vér egy tünetmentes anyától származott, akinek 18 nap előtt lueses gyermeke (pemp. syphilit.) született, vére +++ Wa.-r.-t adott, férje pedig 4 év előtt fertőződött luessel. Az anya luese tehát legfeljebb 4 éves lehetett. A második esetük positiv serologiai reactiót adó prostituált nőre vonatkozik, akinek vérének positiv eredménnyel egy recidiv-maculopapulás kiütés kitörése előtt 3 nappal oltották. *Liebermann* esetében a pos. Wa.-r.-t adó nő luese négy éves volt és lueses gyermekét hat héttel előbb szülte, amikor vérével a kísérleti positiv oltást végezték.

E gyér adatokat némiképp bővítette *Frühwald*, aki 3 pos. esetről számol be. Első esetében a vér oly egyéntől származott, aki egy év előtt fertőződött és baját több kúrával gyógyította. Második esetében kb. másfél éves volt a fertőzés; a harmadik eset prostituált nőre vonatkozik, aki primaer luesét erélyes salvarsan-kúrával gyógyította, de csakhamar recidiváló kiütést kapott. Ezzel a néhány positiv oltási eredmény-t adó kísérlettel szemben, melyek tehát rejtett esetekről szólnak, sokkal nagyobb számú oltási kísérletek állanak, melyekben a rejtetten lueses egyének vére negativ eredményt adott.

Külön kiemelem, hogy a pos. Wa.-r. egymagában *schasem* jelenti a spir. pallidák jelenlétét a vérben s éppen így fordítva sem. Ma már szabálynak vehető, hogy a syphilitikus fertőzés korával fokozatosan csökken a pos. oltási eredmények száma. Sőt felvehető, hogy a lues késői szakában a vér spirochaetákat általában nem szokott tartalmazni. Mindazonáltal időnként lehetséges, hogy valamely spirochaeta-fészekből a kórokozók kiszabadulnak s egyideig a vérben szabadon keringenek. Kevés tapasztalat azt is látszik bizonyítani, hogy a spirochaetának a vérben késői megjelenését nem kell, hogy kövesse klinikailag kimutatható recidiva.

A kimondottan késői lueses esetek ily irányú vizsgálatára a tabeses és paralytises betegek látszanak alkalmasnak. *Kaufmann*—*Wolf* már több, mint két év-tized előtt részben maga által észlelt 20, részben az irodalomból összegyűjtött 50 esetből megállapította, hogy egyetlen egy esetben sem volt a késői lueses betegek vére fertőzőképes. *Plaut* és *Mulzer* is nagyszámú paralytises beteg vérének oltották házinyul heréjébe — *mindenkor negativ oltási eredménnyel*. Itt kell felemlítenem, hogy *Graves*, *Arzt* és *Kerl*, *Levaditi* és *Marie* ellenkező tapasztalatai egyáltalán nem meggyőzőek, sőt elutasíthatók, mert az irodalomban ma már az az általános vélemény ezekről az állítólagos pos. oltási eredményekről, hogy ez utóbbi szerzők laboratoriumi tévedés áldozatai voltak, mert kísérleti állataik nyilván az ú. n. „originaer házinyulspirochaetosis”-sal voltak fertőzve, nem pedig az oltás útján luessel. Nem hallgathatom el azonban ehelyütt *Pilcz* megfigyeléseit, aki paralytises anyáktól született 34 gyermek közül 4 ízben veleszületett lueses gyermeket talált.

Nyilvánvaló, késői syphilitikus egyén vérének fertőzőképességéről csak egyetlen adat áll rendelkezésünkre. *Uhlenhuth* és *Mulzer* ugyanis egy beteg vérével, aki nyelvgummában szenvedett, pos. oltási eredményt kapott. A vérátömlesztés szempontjából a késői luesesek vérének jóformán veszélytelen voltát *Mc. Namara* tapasztalása látszik bizonyítani. E szerző Panamában malarial-endemiás vidéken a súlyos anaemiákat kiterjedten transfúziókkal kezelte és más híján tertiaer lueses négerék vérének használta fel 10 nemlueses beteg kezeléséhez. Szerinte egyetlen így kezelt beteg sem kapott luest, amit 4—5 hónapos ellenőrzés alapján állít. *Morgan* olyan eseteket említ, melyben egy vértadó egyén 18 esetben szolgáltatott vért, anélkül, hogy az átömlesztésben részesült egyének luessel fertőződtek volna, noha utóbb kiderült, hogy ennek a vértadónak késői rejtett luese volt.

A transfúziók alkalmával szerzett lueses fertőzések az eddigi észlelések szerint jóformán kivétel nélkül a vértadó egyén korai vagy egészen friss luesétől származtak. Az irodalomban egyetlen egy esetet találtam, amelyben késői rejtett lueses vértadó — 7 évvel post-infectionem — fertőzte a vértígénylő beteget. A fertőzések száma az irodalomban egyre növekszik, noha tudjuk, hogy a közölt esetek csak töredékét képezik a tényleg megtörtént fertőzéseknek. Hiszen frissen fertőzött lueses egyén vérének transfúzióra felhasználásáról szólva: az utóbbi esztendőknél belül magam ismerek 2 ilyen esetet. Mindkettőben a praeruptionalis, tehát a legfertőzőbb időben adták ezek a lueses egyének a véruket. Mondhatnám, hogy a legtöbb fertőzés a vérátömlesztő orvos tudomására nem is jut, (annál az egyszerű oknál fogva, mert a betegről csak hetekkel később derül ki, hogy lueses fertőzés áldozata lett), vagy ha ki is derül, nem közlik. És mégis a vérátömlesztéssel kapcsolatos lueses fertőzések száma az irodalomban évről-évre ro-

hamosan emelkedik. Pedig, hogy mennyire elmarad az aránylag nagyszámú fertőzések közlése, arra nézve csak felemlítem, hogy nemrégiben Kahn kiemelte, hogy ő az 1934—35. évben a new-yorki egészségügyi körzetben 11 vérátömlesztés útján átvitt lueses fertőzést gyűjtött össze, de azok egyike sem került közlésre.

Salkind 1933-ban az egész irodalomból 17 esetet gyűjtött össze, ez a szám 1937-ben már 33-ra emelkedett (Klauder és Butterworth). A 33 fertőzés 29 esetben rendes vérátömlesztés útján, két ízben pedig vérsavó injectiója nyomán keletkezett; 2 esetben a vértadó egyén fertőződött luesel. A legutolsó nagy összeállítás a múlt évben (1938) Rein, Wise és Cukerbaum tollából került ki; ők már 68 fertőzést tudtak az irodalomból összehordani. Ehhez csatolom azonban a japán Ota néhány hét előtti közlését, aki felemlíti, hogy a saját 2 esetén kívül 1932 óta egyedül a japán irodalomban több mint 10 esetet közöltek.

A syphilis a transfusio útján legtöbbször akkor megy át, ha a vértadó lueséről egyáltalán nem tud, főként, ha betegségének első éveiben van és kezelése hiányos volt. Mivel a vérátömlesztés szélesebb körű elterjedésével esetleg lueses fertőzés lehetőségére is kell gondolni, hamarosan kialakult a vértadó egyének luesre vonatkozó rendszeres vizsgálatának szükségessége. Persze a legsürgősebb sebészi, nőgyógyászati esetekben legfeljebb klinikai vizsgálatokra szorítkozhatik az ellenőrzés. Nagyobb kórházakban, klinikákon, ahol feltétlenül szükséges, hogy adott esetben mindenkor megfelelő vértadók álljanak rendelkezésre, már régebben kialakult az időnkénti vizsgálat rendszeresítése. Hibák persze ily módon is előfordulhatnak, még akkor is, ha az ellenőrzés aránylag gyakori és elég pontos. Vannak azért szerzők, — különösen amerikaiak —, akik az időnkénti vizsgálat elégtelensége miatt azt ajánlják, hogy a vértadón közvetlenül a vérátömlesztés előtt végezzenek érzékeny és gyors vizsgálati eljárást. Mint ilyen eljárás különösen a Kline-féle diagnostikus reakciót ajánlják.

Bizonyos, hogy a lueses fertőzés ellenében aránylag a legnagyobb biztonságot nyújtják a nyilvántartott házassági vértadók, főként akkor, ha fogadalmat tesznek, hogy a legkisebb gyanujelre, még inkább, ha tudomásukra jutna a lueses fertőzésük, nyomban kilépnek a be szervezett vértadók csoportjából. Persze fontos volna, hogy a nyilvántartottak erkölcsi élete kifogástalan legyen. Mindenesetre fontos és áldásos, ha nem is abszolút biztonságot nyújtó, hogy a lehetőleg sűrű serologiai vizsgálat kötelező legyen. Nem tartható ezért elengedőnek pl. a new-yorki egészségügyi körzet intézkedése, mely a vértadóknak csak félévenkénti vizsgálatát teszi kötelezővé. Az alkalmi vértadóknak vonatkozólag ilyen előírás nincsen, pedig ezek egyik-másik kórházban a vértadók jelentékeny számát adják. Itt felemlítem, hogy New-York hatvan kórházában 1938-ban 10.609 vérátömlesztést végeztek és a beavatkozásokban a nyilvántartott vértadók mindössze 48%-ban vettek részt. Örömmel állapíthatjuk meg, hogy a mi vértadó központunk jóval tökéletesebben működik.

Ha egy-egy betegnek többszörös transfusióra van szüksége, akkor minél több vértadó működik azokban közre, annál kisebb a biztonság. E tekintetben igazán különös Tanae megfigyelése, aki 35 éves nőbetegről (súlyos anaemia) tesz említést és aki 17 transfusio nyomán lueses fertőzést kapott; a fertőzést valamelyik a 13 vértadó közül közvetítette. A syphilis elleni védekezés különösen akkor marad el, ha a vérátömlesztéshez a beteg közelálló, még inkább vérrokonai szolgáltatják a vért. Ez elsősorban különösen sürgős esetekben fordul elő. Pedig a bizalom itt sincs mindig a helyén! Ezek a vér-

rokoni vértadók bizony nem egyszer — teljes jóhiszeműségük ellenére — jóval veszedelmesebbek, mint az idegen, de rendszeresen nyilvántartott és ellenőrzött vértadók.

Périn és Lefèvre közöl olyan sajnálatos esetet, melyben a 2½ éves luesmentes leánynak enkephal. letharg. tünetei miatt egymás után négy ízben édesanyja adott vért. A kisleánynak 2½ hónap után lueses papulák fejlődtek ki. A megvizsgált anyán lueses tünetet, továbbá skleradenitist és pos. Wa.-r.-t állapítottak meg. Az átvitel itt igen korai luesből ered. De tudunk más esetekről, mikor a közeli vérrokon legnagyobb jóhiszeműsége nem is engedte a lues gyanúját felkelteni s így a klinikai és serologiai vizsgálat elmaradt s a lues átvitele mégis megtörtént. Ily két esetről számolt be néhány év előtt Jones Ruthmell és Wagner. A vértadó rokonokról csak a transfusio után derült ki az utólagosan megejtett serologiai vizsgálat útján, hogy rejtett luesben szenvednek. Post és Cooney 14 éves leány esetét ismertetik, aki staphylococcus sepsise miatt vérátömlesztésben részesült, melyhez a vért bátyja szolgáltatta. A kis betegen néhány hónap után maculo-papulák kiütés, pos. Wa.-r.-t állapítottak meg, hymen intact. A transfusiót követő 3. héten a beteg leányka bátyja a penisén lévő bántalom miatt szakorvoshoz fordult; ekkor pozitív spir. pall.-lelet! Elvi fontosságú és különösen figyelemre méltó, hogy ez a fiatalember a leghatározottabban állította, hogy luesének legelső jelét, a primaer laesiót, csakis a transfusiót követő 4—5. napon vette észre. A transfusióval kapcsolatos fertőzés ezek szerint tehát még a sanker kifejlődése előtti időből származik, ami a bevezetésben felemlített adatoknak teljesen megfelel. De tudunk az angol irodalomból még egy esetről. 25 éves nő súlyos anaemiája miatt (neg. Wa.-r.) jún. 2-én fivérével, akinek vére ugyancsak neg. Wa.-r.-t adott, 800 ccm vért kapott. A fivér júl. 12-én a nemibajok elleni rendszeresen jelentkező azzal a panasszal, hogy a sulc. coron.-ban sebeket lát. Az infiltrált alapú erosiókban pos. spirochaeta lelet. Szept. 11-én az átömlesztésben részesült nővéren luest állapítottak meg. Primaer affectionnak minden nyoma hiányzik rajta. A legújabb francia irodalom a következő hasonló esetről szól. Friss secundaer lueses beteg minden előző nemi érintkezést tagadva (primaer affectionnak nyoma sincs!), kijelenti, hogy néhány hónap előtt súlyos anaemiája ellen vérátömlesztésben részesült. A serologiai ellenőrzés alatt álló nyilvántartott vértadó medicus volt, aki egy héttel az utolsó transfusio és 10 nappal az utolsó Wa.-r. után nyelvcsúcsán sebet vett észre. A vizsgálat ekkor pozitív spir. leletet és még negatív Wa.-r.-t állapított meg!

Mindezek a felsorolt esetek a legnagyobb mértékben valószínűvé teszik, hogy a lues átvitele transfusio útján akkor is lehetséges, amikor a vértadó még a praesankeres időszakban, másszóval az ú. n. első incubatióban van; oly időben tehát, amikor még nemcsak serologiai, de még a legtúzetesebb klinikai vizsgálat sem derítheti ki lueses fertőzését. Szerencsére ezek az eshetőségek vajmi ritkák, de sajnos, szinte elkerülhetetlenek. Ugyancsak vérrokonok általi fertőzésről számolt be a legutóbbi napokban Ota, ki egy 37 éves asszony esetét ismerteti. Ez a beteg typhusa alatt 4 vérátömlesztésben részesült, a vért a két fivére szolgáltatta. 2 hónappal roseolás kiütés az asszonyon, az egyik fivéren pedig, akinek 4 hónappal előbb fekélye volt ++++ Wa.-r.-t állapítottak meg.

Kast, Petersen és Kollmer legújabban (1939) attól a tapasztalattól vezéreltetve, hogy a serologiai vizsgálat közvetlenül a vérátömlesztés előtt nem mindenkor végezhető, de meg, hogy a negatív Wa.-r. amúgy sem bi-

zonyítja minden körülmények között, hogy a lueses átvitel kizárt — a syphilis elkerülése céljából azt ajánlja, hogy a citrátos vérhez arsenobenzolt (1:10.000 koncentrációban) adjanak. A szerzők ezzel azt akarják elérni, hogy a vérben esetlegesen jelenlévő spirochaeták elpusztuljanak. Számos, in vitro végzett kísérletükben arra a meggyőződésre jutottak, hogy a spirochaeták ily kevérekben hamarosan elvesztik mozgási képességüket, majd pedig elpusztulnak. Az így kezelt vérrel a kísérleti állatok nem kaptak luest. Az arsenobenzolnak esetleges ártalmas bomlási termékeitől, szerintük, nem kell tartani; embereken alkalmazott ilyen intravenás vértranszfúziók (300—400 citrát-vér kellően hígított arsenobenzollal keverten) semmiféle kellemetlenséget nem okoztak. Az ily kevert citrát-vért alkalmazása előtt ¼ óráig hagyják állni. Persze ezt az eljárást még alaposan ki kell próbálni, csak azután lehet majd róla végleges bírálatot mondani. Ennek az óvatos eljárásnak egyébként természetesen csak azok vehetik hasznát, akik nem a direct, vagyis változatlan friss vérrel történő átömlesztést alkalmazzák, hanem citrát-vért használnak.

Előadásom végére értem. Célja egyfelől az volt, hogy megmutassam és rekonstruáljam a hosszú utat, melyet az észlelőknek, kísérletezőknek meg kellett tenniük, hogy a lueses egyén vérenek fertőzőképessége elég világosan álljon a szemünk előtt. De ezzel kapcsolatban még fontosabb célja volt előadásomnak, hogy kimutassam, hogy mennyire nem elegendő az időnkénti — bármily szabályosan végzett — Wa.-r. végrehajtása. Sőt, hogy kivételesen még a vértadóknak közvetlenül a vértömlesztés előtti klinikai és serologiai vizsgálata sem nyújthat abszolút biztonságot a lueses fertőzés veszedelmével szemben és pedig azért nem, mert a vértadó az ú. n. első lappangási szakban lehet, amikor nincsen mód a már megtörént lueses fertőzés megállapítására. A vértadó központok áldásos működése nyilván akkor állhat ellen leginkább ennek a veszedelemnek, ha sikerül kizárólagosan oly egyéneket toborozni és nyilvántartani, akiknek erkölcsi, illetve sexualis élete, erősen kifejtett felelősség érzete (rendes házasságot élő, erkölcsös életű ápolónő) emberi számítás szerint kellő biztosítékot nyújt.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni m. kir. 6. Honvéd és Helyőrségi kórház szemészeti osztályának közleménye. (Vezető: Fazakas Sándor egyetemi magántanár.)

Adatok a keratomykosisok kórképéhez.

Irta: Fazakas Sándor dr., egyetemi magántanár.

A szemén előforduló keratomykosisok legnagyobb részét a különböző aspergillus-féleségek okozzák. A keratomykosis aspergillinat első ízben Leber ismertette 1879-ben. Utána a legújabb időkig többen közöltek hasonló betegséget.

Az általam észlelt keratomykosisok között 4 esetben szerepelt az aspergillus fumigatus. 2 mykosis felületesebb volt és csomós szaruhártyagyulladásnak volt nevezhető. A mélyebbre terjedők közül az egyik ulcerosus, a másik pedig infiltratív formát mutatott. Az ulcerosus esetben megfigyelésünk alatt a corneán egy újabb góc keletkezett, mely azonban már nem a mélyben, hanem egészen a felszínen helyezkedett el s a cornea szintjéből kiemelkedő göböt alkotott.

A csomós formák jóindulatúak voltak, egyikben előfordult ugyan recidiva, de az is csomós volt. Megfelelő beavatkozásra gyorsan és nyom nélkül gyógyultak. A mélybeterjedő, infiltratosus és ulcerosus forma már sokkal rosszabb indulatúnak bizonyult. Ezekben gyakori és mély volt a recidiva.

Az 5. keratomykosis az aspergillus flavus hozta létre és 9 hónap alatt 6 recidivát volt alkalmam rajta észlelni. 2—3 heti betegségi szakot átlag 3 heti tünetmentes idő követett. A 6. recidiva alkalmával arra gondoltam, hogy a fogságnak szerepe lehet a baj sorozatos kiújulásában, mert az ellenállóképeség csökkent, a gomba virulentiája pedig fokozódott. Erre azért is gondolhattam, mert sokszor úgy láttam, hogy a napfénynek kitett tenyészetek nemcsak sokkal lassabban fejlődtek, hanem nem egyszer degenerálódtak is. Szabaddá helyezése után 2 hónap múlva — nem kis meglepetésemre — újabb recidiva állt be, s ez 2—3 hónapi időközökben többször megismétlődött. A kezdetben felszínes folyamat ezalatt, mind mélyebbre terjedt, kifehélyesedés is mutatkozott. Lassanként ez kimaradt s a betegség a vége felé mély keratitis képét vette fel. A folyamat azonban e helyen se állt meg. Bizonyos idő múlva ugyanis csomócskák jelentek meg a cornea hátsó felszínén is, melyek a csarnokzug belső része felé terjedtek s később ezek szomszédságában — körülírtan — az iris rajzolata is elmosódottá vált, amelyen réses lámpával a gombára jellegzetes elváltozások voltak megfigyelhetők. Később hasonló elváltozások voltak az iris csarnokzuggal határos többi részén is. E kép után is még néhány napig ép maradt az iris belső (pup) része. Ekkor kistokú iritis és glaukoma jelentkezett. A csarnokvíz majdnem teljesen tiszta maradt. Elmondhatjuk, hogy a recidivák alatt valóságos vándorlást végzett a baj, míg a cornea külső felszínéről bejutott a csarnokba. — A gombatelepek hasonló vándorlását nem egy esetben láttuk a táptalajon is.

A glaukoma viselkedése rendkívül érdekes volt. Előbb nap-nap után, később naponta kétszer is megismételt punctiónak csak addig volt hatása, míg nyitva volt a bulbus. Amint helyreállt a csarnok, kemény lett a szem újra. Feltevésem szerint ennek az volt az oka, hogy a gomba a maga telepjeivel benőtte és elzárta a csarnokzuggot. E gombatelepeket a csapolással elfolyó csarnokvíz nem sodorhatta magával, s így a glaukomát kiváltó ok változatlanul tartott. Valószínűvé tette ezt a gombáknak a csarnokzug felé haladása, s hogy bizonyos idő múlva az iris felszínén is megjelentek. Ez a bizonyos közti idő valószínűleg a csarnokzug átnövésével telt el. Hogy az iris felszínén gombatelepek voltak azt már valószínűvé tette a klinikai vizsgálat is (cornealis mikroszkop), amit azután az iris felszínéről óvatosan vett anyag vizsgálata igazolt is (majdnem tiszta tenyészettel.) De megerősítette feltevéssünket az is, hogy a szemkeményedés csökkenése csak a sorozatos csapoláshoz kapcsolt jódos csarnoköblítésre, tehát antimykotikus kezelésre következett be. Ezt a kezelést intravenás jódinjektíókkal is összekötöttük. Közben az iritis teljesen rendeződött s a cornea központi részén a sok recidiva után vaskos homály állandósult. Hogy most végleges gyógyulárról van-e szó vagy pedig újabb recidiva várható, mely lehet külső (cornealis) vagy esetleg már belső (intraocularis) is, mely utóbbi az irodalmi példák szerint esetleg enukleálással végződik, — nem lehet bizonyosan tudni.

Amint látjuk a cornea általam észlelt aspergillosisai igen változatos képet mutattak. Volt köztük igen

enyhe, de nagyon makacs szaruhártyagyulladás is. Azonban az utóbbi esetben sem kellett, az irodalomban ilyenkor ajánlott erélyesebb gyógyszerközet igénybe vennem, mint amilyen a galvanokauter vagy a gyógyszeres caustica, keratoma, Casagrandi tejsavas kezelése, stb. Egyedül az aspergillus flavus okozta keratomykosis kívánt komolyabb beavatkozást. Az aspergillus fumigatus által okozott mykosisok közül a csomós, illetve felrakódásos formák, melyek felszinteseznek is nevezhetők, igen jóindulatúaknak bizonyultak — amint már említettem is —, gyorsan és nyom nélkül gyógyultak. Ha a fekélyes és infiltratumos formák jóval makacsabbak és hosszantartóbbak, ki-kiújuló is voltak s finomabb-durvább heget is hagytak maguk után, mégis csak örvendetesek és szerencsések voltak ezek az eredmények. Az irodalmi adatokból ugyanis kitűnik, hogy az aspergillózis nem is olyan közömbös a corneára. Szomorú esetek is ismeretesek szaruhártyaátfuródással, a szem sorvadásával, a mykotikus folyamat betérjedésével a szem belsejébe s a szem kivételével.

A baj különböző súlyosságához különböző magyarázatokat fűztek. Általános okokon kívül helyiket is szerepeltettek. Nyúl-corneán végzett állatkísérleteim után *Leberrel* együtt én is vallom, hogy nagy, szinte döntő jelentősége van a keratomykosis rendesen megelőző trauma mélységének és a vele járó roncsolódásnak. A sérülés felületi kiterjedése sokkal kevésbé számít. Pl. a csak hámjától megfosztott nyúl-corneára felkent s eseteinkben a kórokozó aspergillus emulsió egyetlen esetben sem hozott létre keratomykosis, akármilyen kiterjedésű is volt az abrasio. Ezzel szemben minél mélyebb volt a cornea felszántása s így minél mélyebb és zeg-zugosabb barázdákba vittük be az emulsiót, annál biztosabb és súlyosabb volt az ojtási keratitis.

Bizonyos az is — emberen is láttuk — s nyúl-corneán is bebizonyítottuk, hogy sokkal jobb indulatú, rövidebb ideig tart, heg nélkül vagy sokkal vékonyabb heggel gyógyul a széli keratomykosis, mint a központi. Ennek oka bizonyára a cornea részeinek különböző táplálkozási viszonyaiban keresendő.

A keratomykosisok aetiológiájában szerepel még, de jóval kisebb számmal a mucor, mint mucormykosis, a penicillium, mint penicilliosis, a scopulariopsis az én scopulariopsis Blochi mastigocladiumommal, mint cladiosis — tudomásom szerint — először szerepel a szemészeti irodalomban.

Az általam észlelt mucormykosisok közül a mucor cornealis létrehozta keratomykosis felszintes volt. Katonabetegnek 4-5 hónap óta fokozatosan romlik a látása. 6/18 visus mellett a szaruhártya saját szövetének felületesebb részeiben elhelyezkedő, sűrűbb, fehéres-szürke, kb. a $\frac{1}{2}$ pup. területét elfoglaló, szabálytalan elipsis-alakú, éles szélű, ép hámu és sima felszínű homály volt látható. Ebben egy már régebben lezajlott gyulladás felszintes finom maculáját véltem látni. S ebben a véleményemben nem ingatott meg még a focalis vizsgálat sem. Az abszolut halvány s a látásgyengeségtől eltekintve panaszmentes szem pedig egyenesen megerősített.

Két hét múlva meglepetve láttam, hogy a „macula” tovább terjedt. S majdnem az egész pupilla területét elfoglalta. Szinben, felszinben, éles szélben semmit sem változott. A hosszabbik átmérőjével a függőlegesben álló elipsis-alakú homály főképp az egyik oldalán terjedt tovább. Ezalatt az elipsis belső fele majdnem félkörre alakult át. A 6/18 látás közben 6/60-ra csökkent. A további progressio alatt az elipsis külső fele is félkör-alakú lett. Így szemünk előtt alakult ki a keratomykosisok leginkább megszokott körformája. Ekkor az eddig

egyenletesnek látszó homály is cornealis mikroszkop alatt a gombás keratitis jellegzetes képévé bomlott szét.

A rhizomucor parasitikus által okozott keratitis mély és egészen ulcus serpenszerű volt, meglehetősen alávájt széllel. Az ulcus serpens-szerű kép ellenére a tovaterjedés körkörös volt. A gyógyulás után a corneán a mykotikus fekélynek kb. csak $\frac{1}{4}$ -ére kiterjedő finom hegesedés maradt vissza.

Penicilliosist nem volt alkalmam észlelni.

A scopulariopsis Blochi mastigocladiummal kapcsolatos keratitis csomós felrakódás volt s a telep csak a cornea saját szövetének legfelsőbb részeivel függött össze. Gyorsan, recidivamentesen és nyom nélkül gyógyult.

Az ezeknél jóval ritkább s csak inkább az újabb irodalomban előforduló actinomykosis, achorionmykosis, saccharomykosis, trichophytonmykosis, sporotrichosis és az oopsorosis corneae közül csak 2 actinomykosis corneae-t volt alkalmam észlelni. Ezekhez járul még azonban 2 keratomykosis, amelyek ezideig nem voltak ismeretesek az irodalomban.

Egyik actinomykosis a cornea szintjéből virágágy-szerűen, a másik a csiga házának külső felszínéhez hasonló formában emelkedett ki. Mindkettő szürkés-fehér színű, éles határú s a corneának csak az egészen felszintes részével összefüggő keratitis volt. Egyetlen más keratomykosison sem tűnt szembe a baj annyira gombás eredete, mint e 2 esetben. Az egész kép úgy nézett ki, mintha gombatelepeket ragasztottunk volna fel a corneára. Egyik 5 hónapig, másik 1 évig minden kezeléssel dacolva került hozzám. Az előbbi 2, utóbbi 5 egyszereű antimykotikus kezelésre gyógyult. E gyógyulási idő minden más szaruhártyagyulladásánál rövidebb volt és semmi nyoma sem maradt. E keratomykosisok tehát a rendkívül tipikus kinézés mellett feltűnő jó gyógyulási tendenciát mutattak. Ezenkívül az összes keratomykosisaim között a „macula”-formás mellett ezek okoztak legkevesebb panaszt.

Az actinomykosis corneae mélyebb, rendesen ulcerosis formái az irodalmi adatok szerint már agresszívabbak.

Az általam először tenyésztett periconia keratitis okozta keratomykosis periconica esetében az infiltrációs terület feltűnően kiemelkedett, az ép környezet szintjéből. Felszínén több, nagyrészt kör alakú fekélyke volt. A felszín mind a fekélyes, mind a nem fekélyes részeken is érdes, egyenetlen s finoman szemcsés volt. A fekélyké progressiója közben a szint nem csökkent hanem inkább emelkedett. Ez volt az oka annak, hogy a szaruhártyagyulladás éppen a középső részén emelkedett ki a legjobban, ahol pedig a legtöbb fekélyke volt. E körkép közepén áll a felszintes és mélyebb keratomykosisok között. A göbös telep az eddigiekkel ellentétben mélyen a cornea állományába terjedt be és később ki is fekélyesedett. Makacsabb is volt jóval, mint a felszínes mykosisok.

Végezetül az acrostalagmus cinnabarius Corda által okozott s a szemészetben először általam leírt corneamykosis a cornea alsó részén és szélén infiltratumok sorozatából állt, melyek közel egyforma nagyságúak voltak s a szaruhártya mélyébe terpedtek s annak szintjéből nem emelkedtek ki. Feltűnő volt a szokatlanul lassú, szinte vontatottnak mondható és minden irányban egyenletes tovaterjedés. Továbbá az 5 infiltratum összefolyásából támadt közös beszűremkedés alakja. — Ez ugyanis úgy nézett ki, mintha 5 kis korongot egy körív mentén egymás mellé helyeznénk. Ez teljesen különbözik a nem mykotikus infiltratumok összeolvadásától.

Ezek összeolvadása ugyanis olyan tökéletes, hogy az eredeti infiltratumoknak se a helyére, se az alakjára nem lehet következtetni.

E keratomykosissal egyidejűleg Meibom-mykosis is volt. Minden valószínűség szerint ez utóbbi következménye volt, az egyes göcöcskák ugyanis a leginkább beteg Meibommirigyek kivezető nyílásaival álltak szemben.

Még csak azt szeretném megemlíteni, hogy a keratomykosisban a mycéliumokkal átszótt cornealis részek felpuhulnak s így azok eltávolítása könnyen sikerül, mert határa önként adódik s elkerülhetjük az ép rétegek sérülését. Ezek sérülésére ugyanis a folyamat terjed. A kaparási üreg formája szinte gombák szerint változik. Láttam tányér, üstszerű, meredek oldalfalú, menedékes, lépcsőzetes és alávájt szélű üregeket is.

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

A gyermekkori pneumothorax.*

Irta: *Voltay (Wollek) Béla dr.*

Pneumothorax létrejöhet a mellkasfalat kívülről ért trauma következtében, továbbá előidézhetjük mesterségesen, therapiás célból. Harmadik, kétségtelenül legfontosabb formája az önként létrejövő légmell.

A gyermeket trauma (szúrás, stb.) ritkán éri, therapiás célból sem viszünk gyakran levegőt a pleuraürbe. A spontanpneumothorax *Biach* szerint felnőtteken 77, mások szerint még ennél is magasabb százalékban tüdő-tuberculosis kapcsán keletkezik. A gyermekkorban a pleurára is ráterjedő súlyos tüdő-tuberculosis nem gyakori. Ezért van ebben a korban a tuberculosisnak kis szerepe a pneumothorax létrejöttében. *Coccheri Pietro* és *Vittoria Rossi* a világirodalomból összegyűjtött 284 esetük közül 26, *Rasenack* eseteiben pedig mindössze 15%-ban volt a spontanpneumothoraxot kiváltó betegség a tuberculosis. A *Coccheriék* összeállításában a tüdő-tuberculosison kívül bronchopneumonia utáni tüdő-abscessus 13, pneumonia és bronchopneumonia 23, emphysema 11, tüdőgangraena 5, emphysema 5, idegentest 1%-ban szerepel, mint a pneumothoraxot megelőző betegség. Ha ebben a statistikában a tüdő-tuberculosis és emphysema eseteket leszámítjuk, tüdőgyulladás, illetve következményei 46%-ban okoztak légmellet. Hasonló eredményre jut *Stoloff*, kinek eseteiben a légmell 35,7%-ban tüdőgyulladás complicatioja volt. Az egyes szerzők statistikájában jelentkező százalékos eltérést az illetők különböző betegsége magyarázza. Olyan osztályon, ahová pl. tuberculotikus gyermekeket nem vehetnek fel, természetesen más lesz az alapbetegségek százalékos megoszlása, mint ott, ahová elsősorban fertőző esetek kerülnek. Olyan statistikával, amely a gyermekkori és a felnőttkori spontan pneumothorax esetek számát hasonlítani össze, nem rendelkezünk. *Rasenack* úgy véli, hogy gyermekeken pneumothorax gyakrabban fordul elő, mint felnőtteken. Keletkezését *Benjamin* szerint megkönnyíti az, hogy a gyermekkorban gyakoriak a köhögéssel járó hurutos betegségek. Ehhez járul még a gyermek- és felnőtt-pleura structuralis különbsége is. Míg felnőttek mellhártyája sejtszegény, kötőszöveti és rugalmas elemekben gazdag, addig a gyermekeké sejtes elemekben dús, viszont kevés kötőszövetes és rugalmas elemet tartalmaz.

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága XIII. nagygyűlésén tartott előadás nyomán.

A pneumothorax lehet teljes és részleges. Teljes akkor áll elő, ha pleuralis lenövések nincsenek és így a levegő az egész tüdőt összenyomhatja. Részleges esetben a tüdő teljes összenyomását a lenövések akadályozzák. Mindkét csoportban megkülönböztetünk nyílt, zárt és ventil-formát.

A spontanpneumothorax mellkasi szűrő fájdalmakkal, szorongó érzéssel, nehéz légzéssel, cyanosissal, szapora szív-működéssel, elesettséggel jelentkezik, s ha hirtelen nagyfokúvá válik, ijesztő kép áll előttünk. Légmell esetében a beteg oldalon a mellkasban a nyomás a túloldalihoz képest fokozódott, ez a túlnyomás a szívet és a mediastinumot az ép oldal felé dislocálja és ezáltal megnehezíti a szív és az ép tüdő működését. Legkisebb a túlnyomás, tehát a dislocatio nyílt légmell alkalmával, mert itt a levegő szabad be- és kiáramlása miatt a nyomás a külvilágéval azonos. Ennél a túlnyomás csak a részleges, vagyis a lenövések miatt kis területre szorító légmellnél kisebb. Zárt légmell esetében már nagyobb, de állandó, illetőleg később a levegő felszívódása folytán kisebbedő, végül ventil formában, ahol a nyomás folyton fokozódik, a dislocatio extrem fokot érhet el. Kétoldali teljes légmell halálos. Az élet lehetséges azonban, ha legalább az egyik oldalon összenövések a tüdő teljes összeesését meggátolják.

A légmell kórismézése nem nehéz, ha gondolunk rá. A diagnosis felállításakor útbaigazítást adnak a megtekintés, a hallgatóság és kivételektől eltekintve a kopogtatás adatai. Feltűnő a beteg oldal előemelkedése és a bordaközök elsimult volta. Légzéskor a beteg oldal alig tér ki; a túloldal annál erősebben. A bordaközök sajátságos légpárna tapintatúak. A kopogtatási hang attól a feszültségtől függ, mely alatt a légmell áll. Nyílt légmell kopogtatási hangja dobos, zárté, ha a nyomás igen nagy, normalisan éles, nem dobos hangot kaphatunk. Fontos azonban, hogy a tüdő alsó határa a kóros oldalon mélyebbre terjed és nincs légzési eltolódása. A szív, máj erősen dislocált. Hallgatózással gyengült légzési zörejeket figyelhetünk meg, melyek azonban teljesen hiányozhatnak. A zörejek metallikus színezetűek. Nyílt légmell metallikus korszó-légzést ad. A hangváltozások tüneteknek gyakorlati jelentőségük nincs. Folyadék egyidejű jelenlétében jól hallatszik a hyppokratesi loccsanás. A légmell kórismézése gyors és biztos röntgenvizsgálat segítségével.

Megjelenés, lefolyás, kórjósolat szempontjából külön kell választanunk a spontan pneumothoraxot, aszerint, hogy valamely fennálló betegséghez csatlakozik, vagy látszólag teljesen egészséges egyénen keletkezik. Az első csoportbelieket korai, az utóbbiakat késői spontan pneumothoraxnak nevezhetjük. A korai légmell rendszerint a tüdő súlyos gyulladással folyamataihoz társul annak kezdetén: a második-hatodik napon. Ilyenkor collapsus-tünetekkel beköszöntő váratlan mellkasi katasztrófa áll előttünk, a beteg állapota válságos. Súlyos esetekben néhány óra alatt bekövetkezhet a halál. Szerencsés esetben, ha a légmell csak részleges vagy a perforációs nyílás kicsiny és azon keresztül kevés levegő jut a pleuraürbe, a súlyos tünetek néhány óra múlva fokozatosan enyhülnek: a szervezet alkalmazkodik a megváltozott viszonyokhoz. A beteg további sorsa függ attól is, hogy a bejutott levegő nyom nélkül felszívódik-e vagy ami gyakoribb, pyopneumothorax keletkezik *Rasenack* eseteiben, ahol pertussis bronchopneumonia kapcsán pyopneumothorax keletkezett, a letalitás 100%-os volt. A korai esetek sokkal nagyobb számúak, mint azt diagnosztizáljuk. A tüdőgyulladásos beteg hirtelen rosszabbodását általában a szív-működés gyengülésével ma-

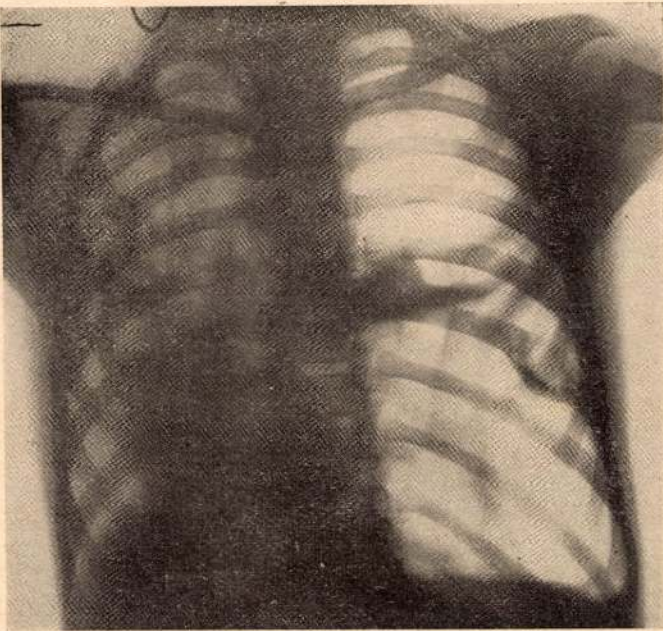
gyarazzuk. Intézeti ápoltság esetében, amikor a beteg állandó ellenőrzés alatt áll, ha hirtelen tachykardiát, colapsust észlelünk, mindig gondolnunk kell spontán-pneumothoraxra is.

Jobbak az eredmények azokban a korai esetekben, amikor a pneumothorax nem az alapbetegség letelejésén, hanem később, a javulás szakában jelentkezik. Ilyenkor már nagy a szervezet gyógyulási hajlama, tehát a perforációs nyílás gyorsan zárulhat. Mivel a gyógyuló tüdőszövetben ilyenkor kevés pathogen csira van, így pyopneumothorax keletkezése is kevésbé valószínű. Az ilyen esetek nagyrésztében a levegő hamar felszívódik, s a beteg meggyógyul.

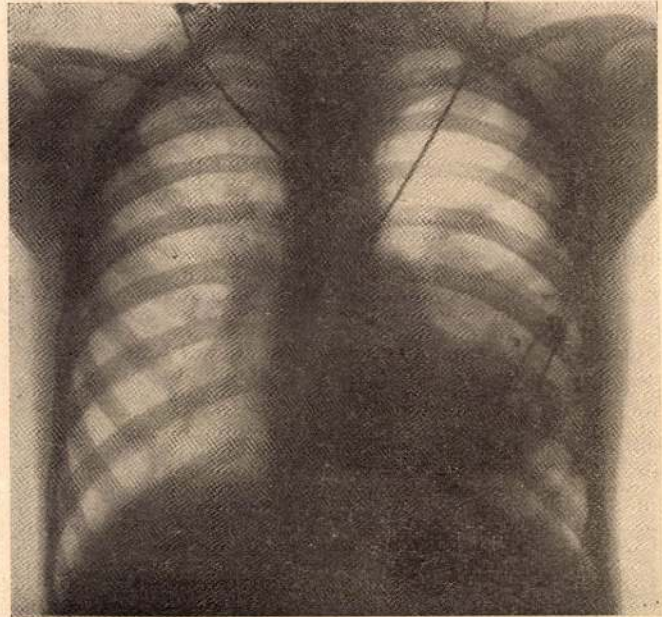
Jelentkezhet azonban a spontán-pneumothorax teljesen váratlanul, az alapbetegség lezajlása után hetek, hónapok, sőt évek múltán is. Ezekben a késői esetekben a betegség keletkezésében a mellhártya lefolyt betegségeinek van döntő jelentősége. Részint az anamnesis, meggyőzőbben a röntgenvizsgálat a régebben lezajlott pleuro-pneumonia nyomait (lenövés) mutatja. Kézenfekvő e leletek alapján, hogy a lenövések mentén

az intrathoracalis nyomás hirtelen változására, amit köhögés, tüszentés, ugrálás idézhet elő, a pulmonalis pleura könnyen beszakadhat. Erre már Schönfeld is nyomatköszön felhívja a figyelmet. Sior még kiemeli, hogy a lenövések miatt a tüdő nem tud collabálni s ezáltal a perforációs nyílás nehezebben záródik. Egyéb okok, mint fejlődési rendellenesség (hörgtágulat, Tiedestroem) vagy tágult alveolusok megrepedése ritkán szintén okozhat pneumothoraxot. Ezek azonban a kivételek közé tartoznak. Szerintünk azokban az esetekben is, amelyeket az irodalomban jóindulatú (idiopathicus) spontán pneumothorax néven írnak le, felvehetjük, hogy keletkezésükben talán röntgennel sem kimutatható ilyen pleuralis lenövések szerepelnek. E lenövések szerepének fontosságát szépen bizonyítja egyik esetünk, melyet ezért bővebben ismertetünk:

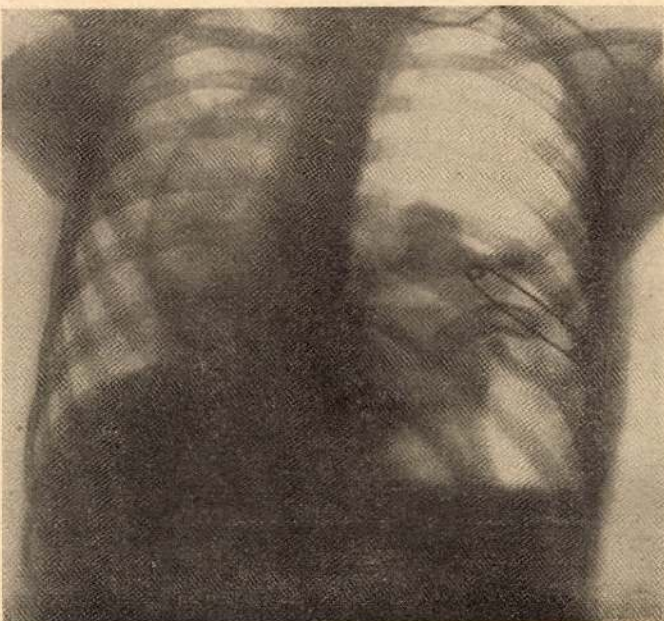
K. E. 4 éves leánybeteget 1938. III 21-én vettük fel a klinikára. Az kórelőzményből a következőket tudjuk meg: Első ízben 1938. I. 4-én került klinikánkra pneumonia l. s. l. inf. + otitis med. l. d. ac. miatt. 2 nap múlva a felső lebenyben is gyulladás, 4 nap múlva bal oldali pneumococcus-empyema keletkezett. Az empyemát két héten át le-



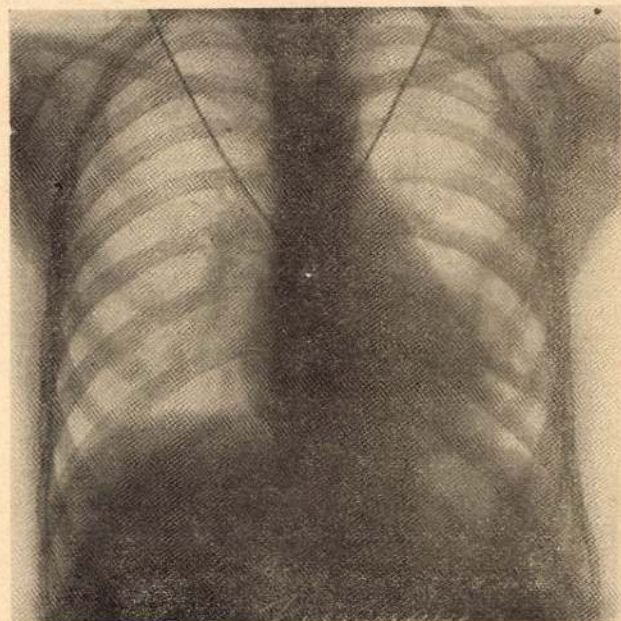
1. ábra.



3. ábra.



2. ábra.



4. ábra.

szívással kezeltük, majd bordaresectiót végeztünk. II. 14-én rövid drainsóval elbocsátottuk. Az ekkori röntgenvizsgálat b. o. a hiluson diónyi tömött árnyékot mutatott, melytől a mellkas fal felé kötegszerű csík haladt, különben a lelet normalis volt. Otthon 3 hét alatt a resectió nyílás teljesen begyógyult. A hazatérést követő 5 hét alatt három ízben lázzal, náthával járó grippés fertőzésem esett keresztül. A második klinikai felvétel előtt 3 nappal édesanyja megdorgálta, mire a gyermek hevesen, hosszan sírt, majd ajkai hirtelen elkékültek, szaporán lélegzett, erős oldal- és szív-táji szűrésről panaszkodott. A következő éjjeleket nyugtalanul töltötte, a légzésszám és a cyanosis egyre fokozódott. Felvételkor a légmell fentebb ismertetett tüneteit észleltük. Röntgenátvilágításkor feltűnt, hogy b. o. a gerincoszlop mellett kb. 2 harántujjnyi szélességben oldalfelé élesszerű foltos homály van, amelyet felfelé vastkos, interlobaris csík határol. Ez a csík majdnem a mellkas széleig húzódik és középső része erősen kiszélesedett: tüdőlebens közti izzadmány + összeesett tüdő + összenövés. Az egész bal mellkasfelet máshol mindenütt levegő tölti ki. J. o. a mellkasfél alsó részében a szív helyezkedik el, a szívcsúcs a gerincoszlop jobb széle mellett van. J. o., kb. a II. bordától lefelé húzódó 1/2 cm széles árnyék látható, mely lefelé a jobb szív határán folytatódik; b. o. légmell a jobb mellkasfélbe is beterjed és a mediastinumot jobbra dislocálja, vagyis ú. n. mellhártyasérv képződött. XI. borda magasságában szabad folyadékgyűlem látható. (I. ábra.)

A beteg rossz közérzete miatt 1.5 l. levegőt szívtünk le, mire javult. Mivel javulása csak rövid ideig tartott és a naponként megismételt levegőleszívás folytán a mellkas bőre alatt emphysema támadt, III. 23-án, 2 nap múlva, a régi helyen újabb bordaresectiót végeztünk és drainsóvet vezetünk be. Műtét után a szív a túlnyomás alól felszabadult, a légzésszám aznap rohamosan esett 58-ról 32-re. A III. 25-i röntgenfelvételen az előbbihez hasonló képet látunk, a dislocatio csökkent, a bal alsó lebeny kevésbé összeesett, a mellkas középső széli részén rögzítődött, innen oldalfelé tüdőrajzolatot nem mutató terület látható. (2. ábra.) A IV. 27-i felvételen baloldalt a két lebeny között lévő éles homály eltűnt, jobboldalt a mediastinalis tályog már nem látható. (3. ábra.) Ezen a napon a resectió nyílásból kb. 10 ccm-nyi erősen bűzös geny ürült. V. 19-én a resectio nyílása teljesen begyógyult, a röntgenfelvételen normalis viszonyok láthatók. (4. ábra.)

A késői spontán pneumothorax prognosisa jó. Az átmeneti súlyos állapot után a betegek jól tűrik. Életveszélyt csak a ventilforma rejt magában. Ilyenkor ugyanis a túlnyomás annyira fokozódik, hogy a szív és a mediastinum nagyfokú dislocatiója miatt, a vérkeringés és az ép tüdő működése erősen gátolt, ami még erőteljesebben jut érvényre, ha a beteg nyugtalan. Ilyenkor sürgősen csökkentenünk kell a mellkasban uralkodó túlnyomást. Ha leszívásokkal tartós eredményt nem érünk el, indicált a thoracocentesis sürgős elvégzése. Vannak esetek, ahol ezzel csak a közvetlen életveszélyt szüntetjük meg, de gyógyulást csak a lenövések feloldása (műtét) után remélhetünk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Mocsárláz, aratóláz, mezeiláz, viziláz. Leptospirák okozta fertőzések. J. Kathe. (Med. Klinik. 1939. 34.) Az 1939. évi nyáron a sziléziai áradás a szokottnál magasabb fokot ért el és miként 1927-ben is hasonló körülmények között, most is sporadicus járvány formájában jelentkezett a fenti betegség. A szerző tanulmánya szerint, ez a leptospira okozta láz görbéje megegyezik a Weil-féle ikteruséval, melyet szintén spirochaeta okoz. Aránylag ritka pulsus, izomfájdalmak, gyomor- és bél-tünetek, rendszerint tapintható lép, ritkán nagyobb máj, egynemely esetben kanyaróra emlékeztető bőrkiütés, bronchitis, néha ikterus egészíti ki a kórképet. Okozója a spirochaeta Grippotyphosának nevezett leptospira, mely a vérből nehezen bár, de kitenyészthető. Legbiztosabb azonban a specifikus agglutinatio, mely akár 1:50.000-szeres hígításban is pozitív lehet. Therapiásan specifikus immunsavó használatos. Jelentkezésének főként a nyári áradások kedveznek, mert ilyenkor a mocsarak magasabb hőmérséklete a kórokozó fennmaradását biztosítja. A be-

hatolási kapú rendszerint a bőr, ezért észlelhető a meztláb dolgozó mezei munkásokon, de lehet a tápcsatorna is. A Weil-féle sárgaságot viszont a patkányok terjesztik és többnyire ezek vizeletével fertőzött víz és étel fogyasztása után jelentkeznek. (G. 75.)

Sármai Ernő dr.

Sulfanilamiddal, különösen Eubasinummal kezelt meningitis epidemica-esetek eredménye. G. Säker. (Klin. Wschr. 1939. 35.) Hat meningitis epidemica-ban szenvedő beteget kezelt eubasinummal. Valamennyi esetben jó hatást ért el. A szer alkalmazására a láz rövidesen lényegesen csökkent, a meningeális tünetek rohamosan visszafejlődtek, a liquor bakt. kultura neg. lett, a sejtszám csökkent s a liquor-cukor emelkedett. Valószínű, hogy az eubasinum a meningococcus életképességét rontja; (a liquorban elég magas koncentrációban lehet kimutatni.) (G. 76.)

Kring Jenő dr.

Izületi betegségek endokrin okai nőbetegeken. T. Riltton. (Ztschr. f. Rheumaforsch. 1939. 377.) 220 beteget magában foglaló beteganyagán vizsgálta a pajzsmirigy és petefészek szerepét a rheumás izületi betegségek kezelésében és a pajzsmirigy, ill. tüszőhormon therapiás értékét e betegség kezelésében. Betegei nagy részében talált vagy a pajzsmirigy vagy a petefészek, vagy mindkettő csökkent működésére utaló tünetet. A pajzsmirigy- és tüszőhormon-kezeléssel esetei 73%-ában teljes panaszmentességet vagy lényeges javulást ért el. A legjobb eredményt oestradiolbenzoat és thyreoidea együttes alkalmazásától látta. (G. 17.)

Margittay-Becht Endre dr.

SERÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

Koponyasérültek ellátásának sebészi javalatai. Hanke és Grundics. (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 4-6.) Impressziós törések esetében a benyomott csontdarabok és szilánkok lehetőleg azonnal kiemelendők. Műtéti beavatkozás koponya-alapi törés alkalmával csak meningitis jelentkezése esetén javalt. Igen fontos az agygyomást okozó vérömleny felismerése. A jellegzetes epiduralis vérömleny ritka, sokkal gyakoribb (4-5-ször) a subduralis haematoma. Felismerése sokszor okozhat nehézségeket, ilyenkor próbafurásokkal kell végezni mindkét oldalon az ú. n. Krönlein-féle pontokon. A haematoma minden esetben eltávolítandó. (F. 54.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Vérátömlesztés jelentősége a háborúban, különös tekintettel a conservált vér használatára. Bürkle de la Camp. (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 4-6.) Különös gond fordítandó a vércsoportok kivizsgálására és az Oehlecker-féle biológiai próba ellenére ragaszkodni kell, lehetőleg azonos csoportbeli adóhoz. Javalatok: vérpótlás, vérzéscsillapítás, a vörösvérsejtképzés serkentése. Háborús javalatok még: égések és mérgezések. Átlag 400-600 ccm adandó, a kivérzés okozta sokk ellenjavallatot nem képez. A Na-citricum pótlására a Heparin (Vetren) jól bevált. A spanyol háborúban a glucose-citrát oldattal történő conserválás igen jó eredményt adott. A conservált vér 10-35 napig használható fel. A mögöttes területeken véradó csoportok, főleg nőkből, állandóan készletben legyenek. (F. 53.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Küszöfokély bakteriológiája. Rhodes. (Brit. Journ. Ophth. 1939. 11.) 12 eset vizsgálatából kiderült, hogy staphylococcus albus 32%-ban, u. ez + xerosis 8%-ban, aureus, Morax és viridans 3, albus és str. haemolyticus 1%-ban mutatható ki tenyésztés útján. Fejtűnő a pneumococcus alacsony arányszáma: 12% (túlnyomóan X. csoport). 21% negatív, 31% xerosis; ilyenkor a száru csökkent ellenállásával kell számolni vagy herpes fertőzéssel. A jelzett csírák gyakran mutathatók ki ép kötőhártyán (saprophyták) is. (G. 90.)

Grósz István dr.

Uliron a glomoblenorrhoea kezelésében. Lian. (Ophthalm. 1939. 6.) Szerző a bataviai szemklinikán próbálta ki a szert. A váladékot kalium hypermangan oldattal (1:4.000) öblíti ki. A felvétel napján 1/20 ccm typhus vaccina i. v. majd 3

nap egymás után 3x2 tabl. uliron; e kombinált kezeléssel az esetek 90%-ában go.-mentes váladékot nyert 4 napon belül, míg uliron nélkül csak 40%-ban. Nincs különbség friss és két hétnél régebbi eset között. Mellékjelenségeket nem észlelt. (G. 91.)

Grósz István dr.

Foglalkozási szarubántalom. *Adamantiades.* (Ophthalm. 1939. 6.) Védőüveg nélkül dolgozó márványmunkások szarubántalmában, a szemrésnek megfelelően finom kőrészecskék ékeződnek be, irregularis astigmatiát okozva. *Trantas* keratokoniosis nevét adja a bántalomnak. Hasonló *incrustatio* észlelhető kőszőrűléssel foglalkozókon; ilyenkor részben fém, részben kőszőrűlést-részecskék repülnek be nagy erővel a szaruba. (G. 92.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A füleredetű agytályogok klinikája. *W. Krainz.* (Msch. f. Ohrenhk. 73. 9.) Szerző beszámolt az innsbrucki klinika tízéves anyagáról. A nagygyógytályogok mind a halánték-lebenyben foglalnak helyet és nagyjából cholesteatoma kapcsán keletkeznek. A chronikus otitis után jelentkező agytályogok sokkal bízhatnak és így jobb prognosztis nyújtanak, mint az acut genyedet kiváltott agytályogok, ahol a tokképződésre nem lévén idő, a tovafejtés akadálytalan. A halálosan végződő agytályogok esetében megállapítható volt a hiányos neurologiai localisatio és a késői megnyitás. Szerző a hólyagüreget jodoform gazeval teljesen kitölti, a duranyílást pedig széles, rövid drainnel nyitva tartja. A gyulladás alapja a tartós és gondos utókezelés. A tályogüreget addig kell tamponálni, amíg granulatiós szövettel teljesen ki nem telődik. Fontos megakadályozni a tályog falainak idő előtti összetapadását, nehogy retentiós váladékkal töltött tasakok képződjenek. A tampont naponta kell cserélni, az üreget állandóan ellenőrizni és átöblíteni. Fontos az utókezelésben a megfelelő diaeta, mely a postoperatív agyi oedema megelőzését szolgálja. (A. 74.)

Hajnal György dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Égések kezelése. *R. Goldhahn.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 38.) A cél: 1. gyors és tartós fájdalomcsillapítás; 2. megóvás a fertőzés és annak következményeitől; 3. lehetőleg normalis bőrtakaró képzése, működéset gátló naevusok nélkül. Szerző elsőfokú égés esetében a régi receptet tartja első sorban jónak (10% anaesthezines zlnk-paszt), ha viszont hosszantartó hatást akar elérni percainal kenőcsöt rendel. A második- és harmadfokú égés esetében természetesen a sebek bekötése szükséges; a vélemények azonban ma is megoszlanak a száraz-, nyílt-sebkezelés és kenőcs alkalmazása között. Megemlíti a *Tschmarke* ajánlotta kezelést; az égési égési terület szappannal és kefével lemosása. Ezt narkosisban végezte, de mivel a belső szervekre, főleg a májra ártalmas, abbahagyta. Legfontosabb az égési terület nyugalmra helyezése, a sorrend: gypskötés, majd sebkötés. A kezelés annál jobb minél ritkábban kell a kötést váltani. Gyakorló orvosnak a csukamájolaj kezelését ajánlja, mely elsősegély- és állandó kezelésként is bevált. Újabban *Saenger* 10%-os tanninos kenőcsöt alkalmaz. Még a tetanus veszély kérdése merül fel (néhány halálos eset kapcsán), ezért első sorban a mezőgazdaságban előforduló égések alkalmával serum adását javasolja. (Sz. 107.)

Horváth Dénes dr.

Szövődményes rádiumártalom esete. (A bőr deszenzibilizálása rádiumsugarakkal szemben.) *Knierer.* (Derm. Wschr. 1939. 40.) Szerző egy rádiumártalom kifehélyesedett esetét ismerteti, mely solux-kezelés kapcsán, már sértett bőrön keletkezett. A jobb orrszárnyon lévő babnyi fekély élesszélű és piszkos alapú volt. A jobb bajuszrészlet alopeciája, majd a jobb arcfélen és orron orbánc jelentkezett, mely pronto-sítra 4 nap alatt elmúlt ugyan, de a következő hetekben hatszor megisméltődött. Kísérő tünet a hetekig tartó csaknem teljes álmatlanság volt, mely súlyos depressiót okozott. A rádiumtartó helyén, az orrszárnyon lencsényi, kerék, nem nekrotikus bőrrészletet figyeltek meg a betegség egész tartama alatt. Ennek magyarázata, hogy a besugárzás tartama alatt a rádiumtartó nyomási anaemiát gyakorolt a bőrrészletre és így deszenzibilisatio keletkezett a sugarakkal szemben. Ilyen nyomási anaemiákkal vélik a rádiumártalmat megakadályozni. (Sz. 108.)

Horváth Dénes dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Ötven év munkában. Irta: *Grósz Emil.* (Kiadta az Egyetemi Nyomda). Egyike ez a 210 oldalas könyv azoknak az érdekes írásoknak, amelyek egyszersmind a legértékesebb kortörténeti adatokat szolgáltatják hazánk kulturális történelméhez. Az eseményeket, melyek rohamos fejlődésünkhöz vezettek és katasztrófánkhoz méltó gazdagsággal buzognak előttünk, az teszi különös zamatúvá és érdekessé, hogy egy nagyműveltségű orvos tanár átélésében kapjuk őket, aki azok forrongásában maga is nagy szerepet játszott. Éppen ezért csodálival az a tárgyilagosság, sőt néhol szinte rideg rövidség, amivel mondanivalóját előadja; mintha mondaná: „csak feljegyzem, ítéljen az utókor.”

Hogy mi van ebben a korrajzban —, mert ezt a nevet ép úgy megérdemli —, azt nehéz volna, s nem is lehet itt röviden elmondani. De benne van a szeméiyi adatoktól eltekintve egyetemünk, különösen karunk történelme a nyolcvanas évektől napjainkig; az orvosképzés és orvosi továbbképzés, a kórházügy és trachomaügy, nemzetközi congressusok, igazságügyi és közegészségügyi tanács, tudományos társulatok és egyesületek ügyei, fontosabb eseményei és kérdései kitűnő meglátásban és a mai kor embere számára nagyon tanulságos beállításban.

Ezt az újszólván egyetemi kulturkét egy „Közélet” című fejezettel toldotta meg a szerző, amelyben a „Markusovszky-társaság”, a „Csütörtökiek”, a „Gyulai-ebédek” s „Hubay-zenedéiutánok” jelentőségét, azután azoknak a kiváló és előkelő személyeknek rövid jellemzését igyekszik adni, akikkel közéleti pályáján, vagy orvosi ténykedése révén találkozott. Előszavában ezt azzal menti, hogy: „úgy érzem, hogy ha a sors kegyelméből Tisza hívei közé tartozhattam, ha Deáktól és Aranytól kezdve a közélet vezető férfijaival érintkezhettem, kötelességem az elmúlt idők adatait a jövő tanulságául megmentenem” — amiben mindenki igazat fog adni neki.

Visszapillantását 48 éves klinikai munkásságának rövid, számokkal illusztrált megvilágításával fejezi be s ez előtt mindnyájan tisztelettel kell, hogy meghajoljunk. Érezzük fájdalmát a befejező fejezetben, midőn előbb a személyes fontosságát, oktatásának térhódítását s ennek eredményeként a II. szemészeti tanszék felállítását ünnepli, majd szomorú lemondással annak pár év előtti megszüntetését felett kesereg, mit nem tudott megakadályozni.

Ezt a könyvet nehéz, nem is lehet ismertetni. El kell olvasni fogékony lélekkel és objectív itélettel s így minden igaz embernek tanulságos és élvezetes olvasmány lesz, aki tiszteli másban is a jóakaratot és a közügyek iránti lelkesedés őszinteségében hisz és írójával együttérez.

Vámossy.

Báró Eiselsberg Antal

Október 26-án tragikus szerencsétlenség ragadta el az élők sorából báró *Eiselsberg Antalt*. Élet záródott ezzel be, melyről Ő maga így nyilatkozott: „felette mozgalmas, de általában boldog életet adott neki a Mindenható, amelyre hálával tekinthet vissza, azért is, mert olyan időszakra esett, melyben a sebészet soha nem sejtett fejlődésnek indult.” Ennek a fejlődésnek egyik vezére, irányítója volt *Eiselsberg*, akit erre a szerepre ragyogó elméje és munkabírása, elragadó egyénisége, emelkedett világnézete és emberszeretete hivatott.

Előkelő osztrák katonacsaládból született, 1860 július 31-én, Steinhausban atyjának szerény, de jól gondozott hitbizományán, amelyhez utolsó percéig megható rajongással ragaszkodott, s ahová minden esztendőben visszatért, ha túlfeszített munkájában pihenőre, nagyobb elhatározások előtt magányos meggondolásra volt szüksége. Rendkívüli melegséggel csüngött édesanyján, aki a köztisztvisletben álló báró *Pirquet* családból származott, amelyből később élete párját, hűséges kísérőjét, imádott feleségét is választotta.

Egyetemi tanulmányait Bécsben kezdte, majd Zürichben és Párisban folytatta, hogy visszatérve Bécsbe, hamarosan bekerüljön az akkor delelőjén álló *Billroth* búvkörébe. Már hallgató korában felveszi őt a magy

mester, mint ideiglenes műtönövendéket —, akit tréfásan „operatoid”-nak neveztek — klinikájára, majd felavatása után műtönövendék lesz, hogy hamarosan tanárségédje lehessen *Billroth*-nak. Fogékony lelkét szinte megihletti mesterének szelleme, akiben élete végéig az emberi tökéletesség megtestesülését tisztelte. Két év előtt megjelent önéletrajzában, amikor őt is a világ legelső sebészei közé emelte a sors, fiui ragaszkodással beszél róla, mint soha el nem érhető ideáljáról. A megbecsülés kölcsönös volt; amikor 1893-ban a hollandiai Utrecht egyetemére kapott a fiatal — alig három éves magántanár — meghívást, *Billroth* a búcsúünneplésen azzal köszöntötte, hogy „szellemi apai örömeiket érez”, s biztosan tudja, hogy dicsőséggel fogja megfutni útját. Utrechttől, ahol *Salzern*ek utódja volt, már 3 év múlva, 1896-ban Königsbergbe hívták meg, miután Chicágó, majd Prága meghívását visszautasította; *Billroth* tanzékének betöltésekor pedig kiscbbségben maradt *Gusenbauer*rel szemben. Amikor azután 1901-ben *Albert* halálával megürült a második bécsi sebészeti tanzék, oda egyhangúlag *Eiselsberg*et hívták meg, aki 1931-ig állott a klinika élén.

Naplójában, melyet 55 évi sebészi ténykedéséről csodálatos pontossággal vezetett, az orvostudomány e hőskorának szinte minden kiemelkedőbb képviselőjével, mint személyes ismerősével találkozunk. Már a *Billroth* iskola hírneve Bécsbe vonzotta az akkori idők sebészeit, s ezt a vonzerőt végig megőrizte *Eiselsberg* klinikája is. Legsorgalmasabb látogatója volt a német és külföldi orvosi és sebészi gyűléseknek, ahol előadásaival mindig újabb babért fűzött homlokára s újabb kapcsolatokat szerzett a tudományos élet nagyjaival. Az egész világ egyetemei versengtek egymással, hogy tiszteleti doktorukká avassák, ami mindig nagy és méltó ünneplések központjába emelte Őt, aki egyéniségét jellemző szerénységgel, de szakmájának járó megtiszteltetésként fogadta ezt. Mert az orvosi hivatást magasra értékelte: „A mi rendünkre ugyanaz áll, mint amit a papi rendtől követelnek: csak az menjen gyakorló orvosnak, aki igazán hivatást érez erre magában. Az orvosnak mindenekelőtt szíve legyen a helyén.” S tovább: „Az orvost szokszor éri a materializmus vádjá, pedig hogy hivatását jól teljesítse, több idealizmussal kell rendelkeznie, mint bármely más pályán.” Hazánkban a debreceni és a budapesti egyetem tisztelte meg magát az ő disztdoktori oklevelével.

Munkabírásiának, hivatásbeli lelkesedésének marandó emléket a világháborúban állított, amelyben, mint tengerész-vezértörzsorvos működött. Szinte állandóan járta a harctereket, s hol bölcs tanácsaival, szervező képességével, előadásaival, hol személyesen végzett műtéteivel iparkodott főleg a tanítványaiból összeállított sebészcsoporthoz munkájában a szenvedést enyhíteni. A sok nyomorúság láttán írja debreceni emlékei közt: „Az élet talán nem a kincsek legnagyobbika és én megértem, hogy lehetnek okok, amelyek egy egész népet egy egész nemzetet háborúra kényszerítenek; ennek dacára mint orvosok nem tehetünk egyebet, minthogy a népek felelős vezetőit arra intjük, kövessenek el mindent, hogy egy eljövendő háborút meggátoljanak.”

Alig van a sebészetnek fejezet, amelyben *Eiselsberg* nevével ne találkoznánk. Valamennyi munkáját a tudomány szeretete, mélyreható alaposág, s főleg őszinteség jellemzi, ami a sebészi eredmények összeállításában oly sok orvosi közlésből hiányzik. Ezt is *Billroth* hagyományaként tartotta kötelességének, akinek *Pirogoff*, a nagy orosz sebész azzal fejezte ki elismerését: „Őn az első sebész, aki megmondta az igazságot.”

Egész életén végig lekötötte érdeklődését a pajzsmirigy sebészete. Erről az akkor még titokzatos működésű szervről ő írta meg az első alapvető monographiát, amit később a rákos golyvák belső secretiós képességéről, majd a tetaniáról szóló tanulmányai egészítették ki. *Koch* intézetében tanulta meg a bakteriologia elemeit, amelyekkel később a sebészi fertőzések és az asepsis kérdéseinek kidolgozásához fogott. *Billroth* első sikerei gyomor- és bélsebészet terén buzdították őt a methodikának továbbfejlesztésére, főleg a gyomorfekély műtéti eredményeinek javítására. Számos dolgozata foglalkozott az idegrendszer, az agy, a gerincagy és körzeti idegek sebészetével, amelyek közül a hypophysis kiirtásáról szólók keltettek feltűnést. Szerette a képzőműtéseket, amelyek terén sok eredeti gondolatot vetett fel.

Kitűnő szervező és még kitűnőbb tanítómester volt, akinek keze alól a ma vezető német sebészek hosszú sora került ki, akik nagy családnak érzik magukat s segítő atyai mesterüket siratják benne.

Sirathatjuk mi magyarok is. Nemcsak mi magyar sebészek, akik iránt mindig meleg érdeklődéssel viseltetett, s akiknek hívására mindig olyan szívesen jött el hozzánk — úgy mondta második hazájába —, hogy nagy tudásából nekünk is juttasson valamit az ő lebilincselő közvetlen modorában. De az egész magyar nemzet, amely igazi jóbarátját veszítette el benne.

Emberi nagyságát mi sem jellemzi jobban, mint önéletrajzában befejező szavai. „Minden okom megvan arra, hogy életemet boldognak mondjam; hiszen példás szüleim, kedves szülői házam, zavartalan családi életem volt, s hivatásom teljesen és egészen lekötött.”

Verebélj Tibor prof.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 44. sz. *Meisner* W.: A sympathikus ophthalmia és megelőzése a harctéren. *Kugelmeier* L. M.: Egy sajátosság, kokárdaszerű kioltási tünetnyemény vörhenyben. — *Ruckensteiner* E.: Gyomor és patkóbél röntgendiagnostikája a morphologiai képben. — *Geisthövel* W.: Adat az idegentest okozta átfűrődásos peritonitishez. — *Spirito* F.: Spontan meg nem alvadó placentaris és keverékvér alkalmazhatósága vérátömlesztésre. — *Loben* F.: Dorital, egy új antihypertonicum. — *Oxenius* K.: Fiatal egyének coffeinabususa. — *Hufnagel* V.: Toxikus diphtheria. — *Schellworth* W.: Baleseti neurosis és birodalmi törvényeszk.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 44. sz. *Slanek*: „Rheumás fájdalmas” és kezelésük — *Kalk*: Agranulocytosis és C-vitamin. — *Schemensky* és *Schulz*: Colitis ulcerosa és anaemia. — *Weber*: Bronchitis therapia. — *Siegert*: Lövés, vagy tompa erőbehatás. — *Hoffmann* Sepso-tinctura és hivatalos jódtinctura desinfectiós hatásának összehasonlító vizsgálata. — *Mellinghoff* és *Thomas*: Mésznitrogénmérgezés. — *Keller* W.: Járványos gyermekbénulás. —

Leukoplast

ragtapasz azonnal tapad,
a bőrt nem izgatja, ragadóképesége kifogástalan

Magyar gyártmány!

Elastoplast

rugalmas tapaszkötés

Beiersdorf Vegyészeti Gyár R.-T. Budapest, XIV.

Májtherápia = Exhepat „Certa”

Wiener Klinische Wochenschrift. 44. sz. *Denk W.*: Eiselsberg Antal báró. — *Zimmermann, Meinzingen O.*: Az ekg-lelet hidértékelésének bírálata. — *Grünies P.* és *Pilgertorfer E.*: Anaemiás állapotok emberi lambliafertőzésben. — *Türk E.*: Kóros elhízás és soványság a gyermekkorban. — *Tappeiner S.*: Börbetegségek physikalikis terapiája. —

Medizinische Klinik 44. sz. *Gilbert W.*: Első segély harc-
téri szemsérülések esetén. — *Rausche C.*: Csonkítás és ütö-
eres hypertonia összefüggéséről. — *Gironés L.*: Vérátöm-
lesztés eredményei a spanyol háborúban. — *Haberer H.*:
Nehezen resecálható ulcus duodeni esetén végzett kirekesz-
téses resectio kérdésének mai állása. — *Naegeli Th.*: A linea
alba sérve. — *Kirchner W.*: Intravenás narkosis a nőgyó-
gyászatban. —

La Presse Médicale. 78. sz. *Monod R.* és *Hombourger P.*:
Gázsérültek érzéstelenítése. — *Flandin Ch.* és *Duchon L.*:
Staphylococcus aureus szerepe a toxikus dermo-epidermi-
tisekben. Therapiás következtetések. — *Ravina A.*: Hor-
monalis befolyások a lactatióra.

British Medical Journal. okt. 28. *J. Ledingham*: Pro-
phylactikus immunizálás kanyaró, scarlatina, diphtheria,
szamárköhögés és influenza ellen. — *A. Irvine-Fortescue*:
A polgárság szemészeti ellátása háborús időben. — *J. C.*
Leedham-Green: Transfusio raktározott vérrrel. — *S. W.*
Challinor, J. C. J. Ives, stb.: Vércsoport meghatározó seru-
mok kiválasztása és elkészítése háborús célokra. — *J. V.*
O'Sullivan: Súlyos méhelégtelenség kezelése cervix-metszés-
sel. —

The Journal of the American Medical Association okt.
7. *E. E. Nelson*: A gyógyszerek iránti különböző érzékeny-
ség. — *J. H. Powers*: Balesetek a földművelésben. — *E.*
F. Bland és *T. D. Jones*: Késői szívcomplicatio polyarthriti-
s rheumatica után. — *J. M. Converse*: Beta-haemolyticus
streptococcus eredetű fül-infectiók recidivája elégtelen
sulfanilamid therapia következtében. — *Eli A. Müller* és *M.*
J. Lustok: Genitalis tuberculosis. — *M. F. Arbuckle* és *A.*
C. Stutsman: A bronchoskopos orvos és a mellkasi beszéd
együttműködése. — Október 21.: *R. Lewisoyn, B. S.*
Oppenheimer, stb.: Basedow-betegség kezelése közkórház-
ban. — *M. W. Matthews, T. B. Magath*, stb.: Az „egy óra —
két adag” dextrose tolerancia-próba (Extonkose-eljárás). —
G. W. Chamberlain: A vékonybél röntgenanatómiája. — *H.*
M. Weber: A vékonybél nem daganateredetű laesióinak
röntgenkimutatása. — *E. D. Kiefer*: A vékonybél chronikus
bántalmainak klinikai képe. — *G. W. Kosmak*: Az orvosi
hivatás felelőssége „a születés-korlátozás” mozgalomban. —
E. L. Stebbins, E. E. Gillik: Egy poliomyelitis epidemica,
melyben szokatlanul gyakran fordul elő bulbarparalysis. —

VEGYES HIREK

Duchon János dr.

zombori főorvos, — mint nagy szomorúsággal értesülünk —
nov. 2-án, rövid szenvedés után elhunyt. Az Orvosi Hetilap
benne egyik legrégebb és legönzletlenebb hívét gyászolja, ki
indulásunk első húsz évében nagy szolgálatokat tett nekünk
lapunk jogszláviai terjesztésével s az előfizetések be-
gyűjtésével. Mint szerkesztőnk kortársa és igaz barátja ön-
zellen hűséggel végezte munkáját, miért köszönet és hála
illeti meg őt nem csak a mi részünkről, hanem a nemzet
részéről is. Aldott legyen emlékezete!

Az Orvostanhallgatók Segítő és Önképző Egyesülete
okt. 25-én tartotta évnitó közgyűlését. Ez alkalommal bú-
csúzott az egyesület tanárelnökeitől, *Vámosy Zoltán* prof-
tól, aki nyugalombavonulása miatt mondott le tisztségéről.
Az ifjúság nevében *Paulikovics Elemér*, az egyesület elnöke,
a volt ifjúsági elnökök nevében pedig *Binder László dr.*
mondott köszönetet a 20 éves atyai támogatásért. *Vámosy*
prof. válaszában megköszönte a medikus ifjúság szeretet-

teljes ragaszkodását és az ez alkalomból neki átnyújtott
ezüst emléklakettet. Ezután *Hainiss Elemér* prof., mint az
egyesület új tanárelnöke szólott az ifjúsághoz. A közgyűlés
ezután *Selig Kornél* személyében megválasztott új elnököt,
aki vázolta programját és köszöntötte az új tanárelnököket.

Pályadíj: A Magyar Szemorvostársaság 200.- Kettőszáz
pengős pályadíjat tűz ki a szemészet köréből szabadon vá-
lasztott, önálló tudományos munkálkodás, vagy kísérletek
alapján készült, nyomtatásban meg nem jelent, eredeti munka
jutalmazására. Pályázhatik minden orvosdoktor, akinek Ma-
gyarországon érvényes diplomája van. A pályamunkákat
1940. május 1-ig kell eljuttatni a Társaság titkárságához
(Budapest, VIII. Mária-utca 39), a szerző nevét tartalmazó
jelíges zárt boríték kíséretében. A bírálat kihirdetése után
a munka tetszés szerint közölhető, vagy előadható.

A Berlii Orvosi Továbbképző Akadémia nov. 27-től
dec. 2-ig nemzetközi továbbképző tanfolyamot rendez: „Ein
Querschnitt durch die neueste Medizin” címen; *Abderhal-*
den, v. Bergmann, Butenandt, Reiter, Bessau, Domagk,
Knipping, v. Eicken, Stoeckel, Aschoff, Kikuth, Gross, Um-
ber, E. Fischer, Volhard, Sauerbruch, Kirschner, Eppinger,
Grote német professorokon kívül *v. Euler, Olivecrona, Holm-*
gren (Stockholm), *Frey* (Bern), *Auser, Holst* (Oslo), *Schüff-*
ner (Amsterdam) *Panegrossi* (Róma), mint külföldi előadók
tartanak a különböző klinikai, biochemiai, therapiái és ki-
sérleti kórtani témákról előadásokat. Magyar részről
Balogh Ernő professort kérték fel, aki a gyűjtőeres lég-
embólia functionalis pathológiájáról és kísérleti therapiájá-
ról végzett kutatásairól számol be. A jelentkezési díj 20 RM.
A jelentkező a berlii központi iroda (Berlin NW. 7. Robert
Koch Platz 7.) révén már 60 RM-ért a tanfolyam egész tar-
tamára elsőrendű szállóban lakást és teljes ellátást kapnak,
valamint 60%-os német vasuti kedvezményben részesülhet-
nek, amihez a Mitteleuropäisches Reisebüro, (V., Vörös-
marty-tér 1.) közvetítését is igénybevehetik.

Franciaországban a mozgósítás következtében nagy or-
vos és gyógyszerész hiány mutatkozik. Ezért a kormánytól
kérik az idősebb orvosok és gyógyszerészek elbocsátását a
katonai szolgálatból.

A francia orvosi szaklapok 50%-kal csökkentett terje-
delemben jelennek meg. Ugyancsak csökkentették az angol
lapok terjedelmét is.

New York kórházai. Nagy New York lakossága 11 mil-
lió. 329 kórháza van. 100 lakóra egy betegágy jut. Évente
minden tizedik ember kórházi ápolást vesz igénybe. Az ápo-
lási időtartam átlaga 15 nap. Az ágyak 85%-a van kihasz-
nálva. 3 ágyra 1 orvos jut, 6 ágyra egy ápolónő, 9 ágyra
egy kiszolgáló személy.

Az egyesült államok 3596 kórháza közül 74% megüti az
American College of Surgeons által megállapított mértéket.
A 100 ágynál nagyobb 1850 kórház közül 1726 azaz 93%
megfelel. E néhány adat a kórházügy magas színvonaláról
tanuskodik — az Egyesült Államokban.

A délamerikai Egyesült Államokban 1938-ban fél év
alatt 786 külföldi orvosnak adtak engedélyt gyakorlat foly-
tatására. Ezek közül 250 német volt. Ez év első negyedében
újabb 324 orvos kapott engedélyt.

Orvoskari Naptárunkat ez évben ismét kiadjuk. Fel-
kérjük mindazon Kartárs urakat, akiknek neve a Naptár-
ban szerepel, hogy, ha hivatali beosztásuk, lakcímük és
telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szerkesztősé-
günkkel mielőbb közölni szíveskedjenek. (Bp. IX. Hőgyes
Endre utca 7.)

Szülész, belgyógyász vagy sebészszakorvos tökével és
kórházi gyakorlattal betársulhat jólmenő magánkór-
házba. Felvilágosítást ad: Dr. Rémy Ferenc vezető or-
vos, Mezőkövesd, Kórház.

SEDYLETTA tabletta 30 × 0'015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:
OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S.A., DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

225—1939. okt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló losonci m. kir. állami kórházban áthelyezés folytán megüresedett *alorvosi állásra* a m. kir. belügyminiszter 205.016—1939. XVI. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek. Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak. Kinevezés után az állás azonnal elfoglalandó.

Az alorvos javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy bútorozott szobából álló lakás, ingyenes fűtés, világítás és 11. oszt. (pensio) élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megterítendő. A szabályszerűen felszerelt és a belügyminiszterhez címzett, 2 P-s okmánybélyeggel ellátott pályázati kérvényeket a Budapesti Közlönyben történt harmadszori közzétételtől számított 14 napon belül nálam kell leadni. Elkésve érkezett, vagy a jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetem. Az alorvos alkalmazása 2 év tartamára ideiglenesen történik, melynek elteltével újabb kétévre meghosszabbítható.

A kérvényhez csatolni kell: 1. hatósági erkölcsi bizonyítványt, amely a családi állapotot is igazolja; 2. magyar honosságot igazoló okiratot; 3. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 4. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvet és szigorlati bizonyítványokat; 5. életleírást (curriculum vitae); 6. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázók orvoscamarai tagságának igazolását; 10. a pályázók az 1939. évi IV. tc. 1. §-ának értelmében a származásukat igazoló okmányokat is csatolni tartoznak.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől is, hogy közhivatalban, közintézményben és közintézetben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezet nevét és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. Az a pályázati kérvény, mely a fentiekben leírt nyilatkozatot nem tartalmazza, vagy elkésve érkezik, figyelembe nem vehető.

Losonc, 1939. november 4-én.

Bakay György dr. s. k. kórházigazgató főorvos.

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

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. Ujpest, *Ultrasetyl*-ről szóló ismertetését csatoltuk.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár Budapest X., *gyógyszerkülönlegességeiről* szóló ismertetését mellékeljük.

650—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Gróf Apponyi Albert poliklinika közköznáza sebészeti osztályán megüresedett *alorvosi állásra* 1939. december 1-ére pályázatot hirdet. Az alorvosi állás javadalmazása havi 100 P, bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, mosás és 50%-os térítés ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezés. A választás egy évre szól, azonban kétszer két évre meghosszabbítható. A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat; b) származást igazoló okmányok; c) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hiteles másolata; e) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; f) curriculum vitae; g) Orvoscamarai tagság igazolása; h) közszolgálatra alkalmas, testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; i) esetleges katonai szolgálatot igazoló bizonyítványok; j) szakorvosi képesítést igazoló bizonyítvány.

A pályázati kérvények folyó évi november hó 30-án déli 12 óráig adandók be a Gróf Apponyi Albert poliklinika igazgatói irodájába. (VII. Szövetség utca 14.)

Fekete Sándor dr. s. k. főorvos, kórházigazgató h.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közközházának szülészeti és nőgyógyászati osztályán egy újonnan rendszeresített *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Pályázati határidő: 1939. nov. 25. déli 12 óra. A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, 50%-os térítés ellenében I. oszt. élelmezés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés- és világítással.

A segédorvost Baja thj. város főispánja nevezi ki; a kinevezés 3 évre szól. Magánygyakorlat folytatása tilos. Az állást kinevezés után azonnal el kell foglalni. A pályázati kérelemhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. hatósági orvosi bizonyítványt; 4. magyar állampolgársági bizonyítványt, (esetleg illetőségi bizonyítványt); 5. orvostudori oklevelet (esetleg szülészeti és nőgyógyászati szakorvosi képesítést igazoló bizonyítványt); 6. rövid életleírást (curriculum vitae); 7. A pályázók a felsorolt okmányokon kívül, az 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ai szerint igazolni tartoznak, hogy az említett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá nem esnek. A szabályszerűen felszerelt és felülbélyegzett kérvények Baja thj. város főispánjához címzetten a városi közközházhoz adandók be.

Baja, 1939. október 25.

Bernhart Sándor dr., s. k. polgármester.

Az „Expectin” expectorans solvens kiváló a légutak hurotos betegségeiben. A köhögési ingert gyorsan megszünteti azáltal, hogy a váladékot felhígítja és annak kiürítését megkönnyíti. 1 üveg ára: 2.20 P. sec. Diachemia.

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 220

Kardiotonicum enyhe szivinsufficienciával járó
lázás megbetegedéseknél

Aurocard - Madaus

Kardiotrop gyógynövény készítmény
Myocardium szerkvivonattal

Naponta 3x 1-2 kávéskanállal
Eredeti üvegben
cca 230 gr. P. 4.

Szilágyi gyógyszerész Dr. Madaus laboratoriuma



205.679—1939. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A fennhatóságom alá tartozó gyulai m. kir. állami kórházban megüresedett *szülészeti és nőgyógyászati osztályos főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A pályázati kérvényekhez eredetben vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat, nőek házassági anyakönyvi kivonata is; 2. a zsidók közéleti és gazdasági térfoglalásának korlátozásáról szóló 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-a értelmében annak igazolása, hogy a pályázó nem tartozik az idézett törvény 1. §-ának korlátozó rendelkezései alá; 3. orvosdoktori oklevél; 4. szakorvosi képesítés; 5. állampolgárság igazolása; 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 7. orvoskamara tagság igazolása; 8. esetleges katonai szolgálatra vonatkozó iratok; 9. közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítványa, illetőleg tisztiorvosi bizonyítvány; 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataiban, közintézményben, vagy közintézetben állandó javadalmazással járó és orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járadóságok összegét is meg kell jelölni. Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű VIII. fiz. oszt. legalacsonyabb fokozata szerint történik.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve — közszolgálatban álló hivatali főnökük útján — nyújtsák be. Elkésve, vagy a fenti követelményeknek meg nem felelő pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Budapest, 1939. évi november hó 3-án.

M. kir. belügyminiszter.

650—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A Gróf Apponyi Albert poliklinika közkórháza fogászati osztályán megüresedett *segédorvosi állásra* 1939. dec. 1-ére pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalmazása havi 80 P tiszteletdíj, elfoglaltsága napi 2—3 óra. A választás egy évre szól, azonban kétszer két évre meghosszabbítható. A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat; b) származást igazoló okmányok; c) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványok; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, vagy annak hiteles másolata; e) egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; f) curriculum vitae; g) orvoskamara tagság igazolása; h) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; e) esetleges katonai szolgálatot igazoló bizonyítvány; j) szakorvosi képesítést igazoló bizonyítvány.

A pályázati kérvények folyó évi november hó 30-án déli 12 óráig adandók be a Gróf Apponyi Albert poliklinika igazgatói irodájába. (VII., Szövetség utca 14.)

Fekete Sándor dr. s. k. főorvos, kórházigazgató h.

733—1—1939.

M. kir. Állami Szanatórium, Mátraháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A mátraházai m. kir. állami Horthy Miklós tüdőbeteg-*gyógyintézetben* betöltendő *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalma a XI. fiz. oszt. 1. fokozatának megfelelő fizetés, bútorozott szobából álló lakás, fűtés-, világítással, valamint I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. — A kérvény 2 pengős okmánybélyeggel ellátva s belügyminiszterhez címzetten az intézet igazgatóságához adandó be 1939. december 1 napjának déli 12 órájáig. — Egyenlő képesítés esetén előnyben részesülnek a tüdőgyógyászati szakképzettséggel rendelkezők. — A segédorvos alkalmazása egy év tartamára ideiglenesen történik, mely alkalmazás jó szolgálat esetén meghosszabbítható. Az ideiglenes alkalmazásból kifolyólag végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. — Az állásra csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak.

A kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat és annak igazolása, hogy az 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglaltak értelmében a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ában foglalt korlátozás alá; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 5. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 6. curriculum vitae, az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 7. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 9. esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; 10. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványok; 11. orvoskamara tagság igazolása; 12. nyilatkozat afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járadóságok összegét meg kell jelölni. — Közszolgálatban álló pályázók kérvényeiket felettes hatóságaik által láttamoztatni tartoznak. — Az a pályázati kérvény, mely a 12. pontban előírt nyilatkozatát nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Mátraháza, 1939. október 25.

Genersich Andor dr. s. k. igazgató-főorvos.

HETIREND

Hétfőn 13-án 7 ó. a Bp. Orv. Kör. ülése. Horányi B.: Az ideg és elmebetegségek megelőzéséről.

Kedden, 14-én 6 ó.: a Magy. Gyermekorv. Társ. ülése. Halka S.: Lymphogranuloma cavernosum linguae. Geldrich J.: Lipoidnephrosi sikeres kezelése B₁-vitammal. Kiss P.: Halálos kimenetelű szívzavar tonsillitis után. Koós A.: Kephalaematoma ossificata. Kisfaludy P.: Kezelt nyelvgyöki sarkoma 3 1/2 év után.

Kedden 14-én 7 1/4 ó. a Bp. Orv. Kaszinó ülése. Kenedy D.: A viszketés pathogenesise és klinikája.

Pénteken, 17-én 6 ó.: Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatók: Csiky-Strausz Á.: Roncsolt kéz hasi bőrlebens plasticája. Friedrich L.: Ritka, gastroskoppal kórismézett idegentest a gyomorban. Előadások: Hofhauser J.: Laboratoriumi vizsgálatok 400 epekőműtét kapcsán. Pásztor M.: Féragyulványgyulladás szerepe nőgyógyászati bántalmak és főleg a meddőség kóroktanában.



1 tableta tartalmaz:
 0.28 g. Acid. acet. sal.,
 0.013 g. Chin. citr.
 0.04 g. Li. citr.

Kipróbált szer,
 ártalmatlan
 a gyomorra és
 a szívre.

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:
Dr. Filo János
 „Szent Keresztély” gyógyszerháza
 Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

SZENT LUKÁCS

GYÓGYFÜRDŐ
ÉS
GYÓGYSZÁLLÓ

Társas rheuma-osztály
 Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Kénes források 64 C
 Természetes iszaptó

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTAN.

Az őszi időjárás

*által okozott megbetegedések legtöbbször
 a légzőszerveket éri.*

Tonsillitis, acut bronchitis, influenza, tracheitis, laryngitis, pharyngitis esetében az Antiphlogistine-borogatás gyógyító hatása a helyi vérkeringést fokozza és ezáltal a mélyebben fekvő szövetekben is élénkíti a cirkulációt. Ennek következtében a megtámadott részekben enyhülés következik be, ami a gyors gyógyulást segíti elő.

Antiphlogistine

Minta és irodalom díjmentes.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEWYORK, U. S. A.
 Panacea Gyógyszervegyészeti Rt., Budapest, XIII., Lehel-u. 68.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Ország Oszkár és Dubóczky Béla: A tüdő és légmell hőmérsékletének kísérletes vizsgálata. (989—992. oldal.)
Fátyol Csongor: A görgeteg méhszalagnak terhességgel szövődött szokatlan nagyságú daganata. (993—994. oldal.)
Dobay Miklós: Húgyhólyag és húgyvezérelőesés. (994—996. oldal.)

Steiger-Kazal Dezső: Xanthoma mollusciforme átalakulása anetoderává. (996—997. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (997—998. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (998—999. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (999—1000. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Erzsébet Királyné Sanatorium közleménye. (Igazgató-főorvos: Ország Oszkár.)

A tüdő és légmell hőmérsékletének kísérletes vizsgálata.

Irta: Ország Oszkár dr. és Dubóczky Béla dr.

A tüdő hőmérsékletére vonatkozólag egyikünk (Ország) már a világháborút megelőző években folytatott vizsgálatokat, amelyekről a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének 1914. évi nagygyűlésén hozzászólás keretében említést is tett. Az akkori vizsgálatok trokárhőmérővel történtek, amely készülék legfontosabb részét hájszálvékony hőmérő képezte s ez a mellkasba szúrt trokaron át a szűrőláncza helyén került a tüdőbe. A finom műszernek az állat legkisebb mozgása után tapasztalható törékenysége és nehéz beszerezhetősége a kísérletek előbbrevitelét nagyon megnehezítette, a világháború kitörése pedig teljesen megakasztotta.

A vizsgálatok folytatását a belső szervek hőmérésére alkalmasabb termoelektikus készülék beszerzése tette ismét lehetővé. Vizsgálatainkat a Hauser Ottó által a Deutsche Aerzte-Zeitung IX. évfolyamában ismertetett készülékkel végeztük, melyet a Marx és Mérey-gyár készített el.

Állatkísérleteinket 3—4 kg-os nyulakon és két éves birkákon végeztük. A nyulkísérletekben figyelembe vettük a kikötött állat testhőmérsékletének physiologiás esését, amelyet 20—22 C°-os szobában 5 percenként, átlag 0.15 C°-nak találtunk. Az állatok thermostattal melegítését mellőztük, mert az a kísérleti eredményeket bizonytalanná tette volna. A tüdő hőmérsékletét mindig a végbél-hőmérsékletéhez viszonyítottuk, mely utóbbit a higanyos állathőmérővel mértük.

Beteg a vizsgálat elvégzése sem nem fájdalmas, sem nem veszélyes, mert a thermostát a közönséges subcutan injectióstűnél alig vastagabb és szűrési nyomot jóformán alig hagy maga után.

Az irodalomban a tüdő hőmérsékletére vonatkozólag aránylag nagyon kevés és ezek között is a legellentétebb adatokat találjuk.

*) A Budapesti Királyi Orvosegyesületben tartott előadás kivonata.

Parodi vizsgálataiban azt találta, minél kiterjedtebb a tüdőfolyamat, annál alacsonyabb a mellhártyaúr és a tüdő hőmérséklete.

Betegvizsgálataink eredményét az 1. táblázatban foglaltuk össze:

| 1. táblázat. | | |
|--------------|---------|-----------|
| Végbél hő | Tüdő hő | Különbség |
| 37.4 | 37.2 | -0.2 |
| 37.3 | 37.1 | -0.2 |
| 37.5 | 37.4 | -0.1 |
| 37.6 | 37.6 | — |
| 37.8 | 37.7 | -0.1 |
| 37.65 | 37.6 | -0.05 |
| 37.9 | 37.9 | — |
| 38.2 | 38.0 | -0.2 |
| 37.4 | 37.1 | -0.3 |

A hőmérést a kóros résztől távoleső ép tüdő-részben végeztük. A táblázatból láthatjuk, hogy az ép tüdő-rész hőmérsékletét átlagosan 0.1 C°-kal találtuk alacsonyabbnak a végbél hőmérsékleténél.

Következő kísérletünk annak a kérdésnek eldöntésére irányult, hogy a tüdő hőmérséklete mutat-e eltérést a be- és kilégzés alatt.

Az idevonatkozó 5 vizsgálat közül 2 esetben mindhárom belégzéskor 0.2 C°-ot, 1 esetben 0.1, 1 esetben az első mély légvételkor 0.2, a második légvételkor 0.1 C°-ot esett, a harmadik légvételkor nem változott és végül 1 esetben mindhárom légvétel alatt változatlan maradt a tüdő hőmérséklete. Annak, hogy a 20—22 C°-os szobahőmérsékletű levegő mély légvételkor is csak 0.1—0.2 C°-os hőesést okozott a tüdőben, az a magyarázata, hogy az ily hőmérsékletű levegő a belégzés alatt a légutakban felmelegszik, másrészt az alveolusok a kilégzéskor nem ürülnek ki teljesen, hanem residualis levegő marad vissza bennük s ez a beáramló levegővel keveredve annak hűtőhatását csökkenti.

A következő kísérletben azt vizsgáltuk meg, hogy hideg és meleg levegő belélegeztetése mennyiben befolyásolja a tüdő, illetve a végbél hőmérsékletét. Kísérleteinket nyulakon végeztük. Első kísérletsorozatunkban thermopohárból folyékony levegő elpárologtatása által a nyullal 0—5 C°-os levegőt lélegeztettünk be és figyeltük a tüdő, illetve a végbél hőmérsékletének viselkedését.

Azt találtuk, hogy a hideg levegő belélegeztetésére a tüdőhőmérséklet már 1—2 percen belül, a végbélhőmérséklet azonban csak később, 5 perc után mu-

tat kifejezett esést, aminek az a magyarázata, hogy a tüdő a hideg levegő behatására közvetlenül hül, míg a végbél hőmérséklete csak a vér lehülése után, később csökken.

E kísérlet második részét meleg levegő belélegeztetésével folytattuk. Ugyanúgy végeztük ezt, mint az előbbi, csak hideg levegő helyett elektromos hőfejlesztővel 50 C°-ra felmelegített levegőt lélegeztettünk be a nyullal. Azt találtuk, hogy a tüdő hőmérséklete 1—2 percen belül már lényeges emelkedést mutatott, míg a végbélhőmérséklet csak később emelkedett, aminek magyarázata azonos a hideg levegő belélegeztetések elmondottával.

A tüdővérzés szempontjából fontosnak tartottuk azon vizsgálat elvégzését is, hogyan befolyásolja a bőrön alkalmazott hideg a tüdő hőmérsékletét. A thermotúvel megmértük a tüdő hőmérsékletét, majd öt percen át figyeltük, hogy a tüdő hőmérséklete nem változik-e. Ezután 2 betegen a vizsgált tüdőrésznél megfelelő területre kifelületű jégtömlőt helyeztünk, 1 betegen pedig a megfelelő területet aethylchloriddal permetezve hűtöttük és további 10 percen át figyeltük a tüdő hőmérsékletének viselkedését. Azt találtuk, hogy sem a jégtömlővel, sem az aethylchloriddal hűtés után a tüdőben hőemelkedés nem jelentkezett, hanem bizonyos idő múlva (5—10 perc) a tüdő hőmérséklete átmeneti hőemelkedés nélkül fokozatosan csökkent.

A thermotúvel következő kísérletünkben nyúl megmértük a jobb és bal tüdő, végbélhőmérővel a végbél hőmérsékletét, majd kis jégtömlőcskét helyeztünk 15 percen át a nyúl mellkasára. A jégtömlő eltávolítása után megmértük a jégtömlő hűtési területén a jobb tüdő hőmérsékletét és azt találtuk, hogy a másik tüdőfélhez viszonyítva 0.5—0.7 C°-kal mutatott alacsonyabb hőmérsékletet, mely különbség azonban a jégtömlő eltávolítása után 1—2 perc múlva minden esetben eltűnt.

Ugyanezen kísérlet második részét ugyanilyen körülmények között 55 C°-os vizet tartalmazó thermophorral végeztük el és azt találtuk, hogy thermophor 15 perces hatása után a felmelegített mellkasfalhoz fekvő tüdőrésznél a másik tüdőfélhez viszonyítva 0.4—0.6 C° hőemelkedés mutatkozott, amely azonban minden esetben szintén 1—2 perc alatt eltűnt.

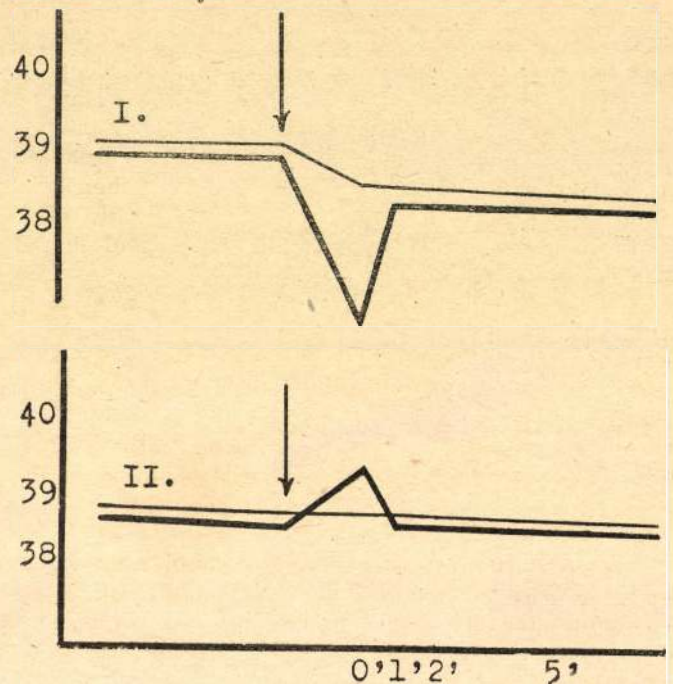
Következő kísérletünk célja az volt, hogy megvizsgáljuk a tüdőtől távolabb fekvő területen alkalmazott hőbehatásra miképpen változik meg a tüdő és végbél hőmérsékletének viszonya. Evégből a nyulak hasát szörtelenítettük, majd jégtömlőt, ill. thermophort helyeztünk rá 20 percen át és figyeltük a tüdő és végbél hőmérsékletének viselkedését.

A kísérlet első részének eredményeiből azt láttuk, hogy a tüdő hőmérséklete sokkal hamarabb mutatott esést, mint a hűtés területéhez közelebb fekvő végbél hőmérséklete. A kísérlet második részének eredményeiből azt láttuk, hogy a thermophor hatására a tüdőben sokkal hamarabb és inkább lépett fel hőemelkedés, mint a végbélben, mert a meleg hatására a nyúl légzésszáma nagymértékben megnövekedett és a tüdőn át — a fokozott ventiláció folytán — a hő nagy része eltávozva a test hőmérsékletét csak kevéssé emelhetette.

A hideg és meleg hatásának különbségét a tüdő és végbél hőmérsékletére a legszembetűnőbben hideg és meleg fiziologiás konyhasóoldatnak intravenás befecskendezése által mutathatjuk ki.

A kísérlet első részét úgy végeztük, hogy a nyúl fülvenájába 0 C°-ra lehűtött fiziologiás konyhasóoldatot fecskendeztünk be, mialatt a tüdő és végbél hőmérsékletét a szokásos módon megfigyeltük. A végzett ki-

seletekben azt találtuk, hogy kisebb mennyiségnek (2—5 ccm) befecskendezésére a tüdőben lényeges hőesést (0.4—1.0°) kaptunk, amely azonban a befecskendezés után 1—2 perc múlva eltűnt, a végbélben ezen esetekben hőesést nem észleltünk. 20 ccm lehűtött folyadék befecskendezésére nemcsak a tüdőben észleltünk még nagyobb (1.5—2.2°) hőesést, hanem a végbélben is 0.2—0.4° hőesés mutatkozott, tehát ilyen mennyiségű hideg folyadék már az egész szervezet hőmérsékletét leszállította. Ez utóbbi kísérletünk eredményeinek típusát az I. sz. graphikon szemlélteti, amelyen a vastag vonal a tüdő-, a vékony vonal a végbél-hőmérséklet viselkedését mutatja.



A kísérlet második részét ugyanilyen körülmények között végeztük, csak a nyulnak a lehűtött folyadék helyett 50 C° meleg fiziologiás konyhasóoldatot fecskendeztünk be fülvenájába. A 20 ccm meleg folyadék hatását az ábra II. sz. graphikonja szemlélteti. A kísérlet eredményeiből azt láttuk, hogy a meleg folyadék befecskendezésére 0.5—0.6°-os hőemelkedés lépett föl a tüdőben, amely a folyadék beadása után 1—2 perc alatt el is tűnt. A végbélben ezalatt semmiféle hőváltozást nem észleltünk, aminek az a magyarázata, hogy a nyúl a meleg folyadék beadására igen erős hyperventilációt indított meg és a bevitt hőt a tüdőn át nagyrészt kiegyenlítette, így ennek hatása a végbélhez nem érhetett el. Ebből láthatjuk, hogy a szervezet az ismertetett körülmények között a hő ellen jobban képes védekezni, mint a hideg ellen és a felesleges hő nagy részét a tüdőn át eltávolítani képes.

Miután a tüdő hőmérsékletének fiziologiás körülményeit és fizikális behatásokra viselkedését megállapítottuk, a tüdőorvoslásnál is használatos, illetve a légzőközpontra is ható néhány gyógyszerrel végeztünk vizsgálatot azon célból, hogy megállapítsuk, a tüdő hőmérsékletét befolyásolják-e.

Ezen sorozatba tartozó vizsgálatainkat nyulakon végeztük és a gyógyszereket intravénásan adtuk, hogy a kikötött nyúl nem meg a kikötés tartama alatt megfigyelhessük hatásukat.

Először a tüdővérzésnél használatos hypertoniás sóoldatokat vizsgáltuk meg, vajjon reflectoricus úton nem fejtenek-e ki valamilyen hatást a tüdő hőmérsékletére.

Evégből 5%-os natrium chloratumból 2 ccm-t, 3%-os calcium chloratumból 2 ccm-t adtunk a nyulaknak intravenásan és figyeltük a tüdő és végbél hőmérsékletének viselkedését, azonban a fiziologias hőeséstől egyik esetben sem kaptunk eltérést.

Ezután a morphinnak vizsgáltuk meg hatását. Morphinum hydrochloricum miligrammos adagjaira sem a tüdő, sem a végbél hőmérsékletében eltérést nem találtunk, 0.02 g.-ra a tüdő és végbél hőmérséklete a fiziologias esésnél kisebb csökkenést mutatott, 0.10 g.-ra a tüdő hőmérséklete átmenetileg 0.1 C°-ot emelkedett, ami azonban néhány perc után el is tűnt, a továbbiakban úgy a tüdőben, mint a végbélben a fiziologias esésnél lényegesen kisebb hőcsökkenést észleltünk, minek okát abban véljük, hogy a légzésszám 80—100-ról 15—25-ra esett le és így a tüdő ventilációja erősen csökkent.

A következő kísérletben az atropin hatását vizsgáltuk meg. Atropinum sulfuricum 1—2 mg-os adagjaira a fiziologias hőeséstől eltérést nem észleltünk, 8—25 mgr.-ra a beadás után az első 3—5 percben a tüdő hőmérséklete a fiziologias eséstől elmaradt, később mind a tüdőben, mind a végbélben valamivel nagyobb hőcsökkenést kaptunk.

Megvizsgáltuk az atropin antagonistájának a pilocarpinnak hatását is. Pilocarpinum hydrochloricum 1 mgr.-os adagjára már a beadás pillanatában az általános ismert tünetek, igen erős nyáladzás, majd erős bélperistaltica lép fel és a nagyfokú simaizom-munkának tulajdonítható, hogy úgy a tüdőben, mint a végbélben a fiziologiasnál lényegesen kisebb hőcsökkenést észleltünk, 3 mgr.-ra pedig már direkt hőemelkedés is mutatkozott.

Végül még a gyakorlati szempontból nem kevésbé fontos alkoholnak vizsgáltuk meg hatását. 30%-os alkoholból 2—3 ccm-t adva intravenásan az első 10 percben a tüdőhőmérsékletben a fiziologias esésnél valamivel kifejezettebb csökkenést találtunk, 5 ccm beadása után az első 5 percben a tüdőhőmérséklet esése szintén kifejezettebb volt, mint a végbélé, ettől kezdve azonban úgy a tüdő, mint a végbél hőmérsékletét a fiziologias esésnél jóval kisebbnek találtuk, tehát relativ hőemelkedés lépett föl.

Gyógyszeres vizsgálatainkból tehát azt látjuk, hogy a vizsgált gyógyszerek kis adagjai a tüdő hőmérsékletét speciálisan nem befolyásolják, csupán a légzőközpontokra is ható gyógyszerek nagyobb adagjai a légzés típusának megváltoztatása útján gyakorolnak arra némi hatást.

Vizsgálataink utolsó csoportját a gümőkóros tüdő és a légmell hőmérsékletére vonatkozó kísérleteink képezik. Parodi a tüdő hőmérsékletére vonatkozólag azt tartja, minél kiterjedtebb a tüdőfolyamat, annál csökkentebb abban az anyagcsere s így ennek csökkenésével az égési folyamatok is gyengébbek. Nagyszámú vizsgálata alapján kiterjedt folyamatban a kóros tüdőnek, illetve ilyen esetben a mellhártyaürnek 36 C° alatti hőmérsékletét írja le.

2. táblázat.

| A folyamat jellege: | A tüdő hőmérséklete: | |
|----------------------------------|----------------------|-----------------|
| | ép területen | kóros területen |
| J. o. fibro-nod. chron. f. | 37.2 | 37.3 |
| B. o. fibro-cas. ulc. chron. f. | 37.1 | 37.4 |
| B. o. fibro-ulc. chron. f. | 37.7 | 37.8 |
| J. o. caseo-fibr. ulc. f. | 38.2 | 38.4 |
| J. o. caseo-fibr. ulc. f. | 38.2 | 38.4 |
| B. o. caseo-fibr. ulc. progr. f. | 38.4 | 38.6 |

Saját vizsgálatainkban direkt hőmérés útján döntöttük el, milyen a gümőkóros tüdő rész hőmérséklete. A kísérletet úgy végeztük, hogy olyan betegeken, akiknél

légmellet készíteni nem sikerült, a thermotűvel megmértük előbb az ép, majd a beteg tüdő rész hőmérsékletét. Vizsgálataink eredményeit a 2. sz. táblázat tünteti föl.

Láthatjuk, hogy a beteg területen minden esetben magasabb hőmérsékletet kaptunk, mint az ép tüdő részben. A kísérlet eredményeiből az is kitűnik, amit később a légmell- és mellhártyagyulladás- esetekben is látni fogunk, hogy a beteg tüdő rész hőmérséklete az ép tüdő rész hőmérsékleténél magasabb, annyival, mint amennyivel alacsonyabb az ép tüdő rész hőmérséklete a végbél hőmérsékleténél. A tüdő élénk vérkeringése a nagyobb hőfelhalmozódást megakadályozza. Viszont Parodival ellentétben bizonyítottunk tekintjük, hogy a kóros tüdő rész hőmérséklete magasabb, mint az egészséges tüdőé.

Birkán és nyúlön megvizsgáltuk azt is: a mellhártyaür hőmérséklete hogyan viselkedik az első töltés után.

Másfél, illetve két éves birkán meghatározva a két tüdőfél és a végbél hőmérsékletét, egyiknél a jobb, másiknál a bal mellhártyaürben 200 ccm levegő bebocsátásával mérsékelt nagyságú légmellet készítettünk és utána 1 és 24 óra múlva megmértük újból a légmell, az ellenoldali tüdő és a végbél hőmérsékletét. Egy óra múlva a légmell és az ellenoldali tüdő hőmérséklete között eltérést nem találtunk, a tüdő, illetve a légmell hőmérséklete a végbél hőmérsékletéhez viszonyítva azonban emelkedést mutatott, amely az egyik birkánál 24 óra múlva is kifejezett volt.

Ugyanezen kísérletet nyúlön is elvégeztük azzal a különbséggel, hogy relative nagyobb légmellet készítettünk. Evégből 3—4 kg-os nyulaknak mellhártyaürébe 20 ccm levegőt bocsátottunk, amely levegőmennyiség a szív kifejezett dislocációját hozta létre. Azt találtuk, ha a nyulakat a légmellkészítés után fél órán át kikötve tartottuk, a tüdő, légmell és végbél hőmérséklete között szembeötlőbb eltérés nem mutatkozott, ha azonban a nyulakat szabadon bocsátottuk és mozogni engedték s ilyen körülmények után végeztük el az említett mérést, akkor egy óra múlva úgy a végbélhez, mint az ellenoldali tüdőhöz viszonyítva a légmellben, illetve a collabált tüdőben kifejezett hőemelkedést tapasztaltunk, illetve, hogy az ellenoldali tüdő hőmérséklete a légmelléhez viszonyítva 0.1—0.3 C°-kal alacsonyabb. Ez utóbbi jelenség valószínűleg az ellenoldali tüdőnek a mozgás hatására beálló fokozottabb működése folytán következett be. 24 óra alatt ez a különbség a legtöbb esetben eltűnt, illetőleg alig volt kifejezett, mert a szervezet ezen idő alatt a légmell folytán beálló működés-változáshoz már hozzászokott és alkalmazkodott. Parodi betegeken első töltés után a légmellben szintén hőemelkedést észlelt.

A kísérletek folyamán még azt is tapasztaltuk, hogy a légmell és a collabált tüdő hőmérséklete az esetek nagyobb számában teljesen megegyezett, tehát a tüdő nagyobb collapsusa esetén a légmell a tüdő hőmérsékletét mutatja.

További kísérletünkben pneumothoraxos betegeken azt vizsgáltuk, hogy a légmell hőmérséklete hogyan változik az utántöltés hatására. A kísérletet úgy végeztük, hogy megmértük a légmell hőmérsékletét és a thermotűt benthagytuk a légmellben. — Ezután a töltőtűt is beszúrva azon át 500 ccm szobahőmérsékletű levegőt bocsátottunk be s a töltés alatt és után a pneumothorax hőmérsékletét megfigyeltük. Azt tapasztaltuk, hogy a levegő bebocsátása alatt a légmell hőmérséklete 0.5—0.9°-

kal fokozatosan lejjebb szállt, mely hőesés azonban a töltés befejezése után 1—2 perc alatt el is tűnt.

A továbbiakban a légmell és a végbél hőmérsékletének összehasonlítása céljából nagyszámú betegen végeztünk vizsgálatot és azt tapasztaltuk, hogy hosszabb idő óta fennálló, mérsékelt collapsus mellett olyan esetekben, amidőn a tüdőfolyamat megnyugodott, a légmell hőmérséklete a végbél hőmérsékleténél átlagosan 0.1° -kal alacsonyabb, ritkább esetben azzal megegyező. Friss légmell esetében, illetve olyan esetekben, amidőn a tüdőben acut vagy subacut folyamat, vagy a mellhártyaúrban acut, vagy subacut gyulladós folyamat állott fenn, a mellhártyaúr hőmérsékletét a végbélhőmérséklettel azonosnak, illetve ennél magasabbnak találtuk. Erre vonatkozó néhány vizsgálat eredményét a 3. sz. táblázat tünteti föl.

3. táblázat.

| A folyamat jellege A légmell ideje | Légmell- hő | Végbél- hő |
|---|----------------|---------------|
| J. o. fibro-cas. chron. f. Légmell 5 hó óta | 37.4 | 37.6 |
| B. o. fibro-ulg. chron. f. Légmell 3 hó óta | 37.5 | 37.6 |
| B. o. fibro-cas. chron. f. Légmell 5 hó óta | 37.2 | 37.3 |
| J. o. fibro-ulg. chron. f. Légmell 6 hó óta | 37.6 | 37.9 |
| J. o. fibro-nod. chron. f. Légmell 5 hó óta | 37.2 | 37.2 |
| J. o. caso-ulg. subac. f. 1 ízben töltve | 39.1 | 39.1 |
| J. o. caso-fibr. ulc. subac. f. 2 ízben töltve | 38.3 | 38.2 |
| J. o. caso-fibr. ulc. chron. f. 1 ízben töltve | 37.4 | 37.2 |
| J. o. sero-pneumoth. Pleuritis acuta | 39.2 | 39.1 |
| J. o. sero-pneumoth. Pleuritis subacuta | 39.3 | 39.3 |
| B. o. pyo-pneumoth. Pleuritis subacuta | 38.1 | 38.1 |

Nagyszámú esetben végeztünk kétoldali légmellnél is hőmérést. Ezen vizsgálatok során azt tapasztaltuk, hogy olyan esetekben, amidőn mindkét tüdőfélben egyforma jellegű a folyamat és mindkét oldalon ugyanolyan idős a légmell, kétoldalt a pneumothorax hőmérséklete egyforma, míg azon esetekben, amidőn az egyik oldalon acut folyamat vagy a mellhártya acut vagy subacut gyulladós állapota, illetve új légmell áll fönn, a másik oldalhoz viszonyítva néhány tizeddel magasabb a légmell hőmérséklete. Ez utóbbira vonatkozó néhány adatot a 4. sz. táblázat tüntet föl.

4. táblázat.

| A folyamat jellege A légmell ideje | Jobb légmell | Bal légmell |
|---|-----------------|----------------|
| J. o. nod. exsud. subac. f. B. o. fibro-ulg. chron. f. Légmell: j. o. 2 hét, b. o. 6 hó. | 39.0 | 38.6 |
| J. o. fibro-ulg. chron. f. B. o. nod. exsud. subac. f. Légmell: j. o. 6 hó, b. o. 2 hó. | 38.2 | 38.5 |
| J. o. fibro-ulg. chron. f. B. o. caso-ulg. progr. f. Légmell: j. o. 5 hó, b. o. 1 hó. | 37.7 | 37.9 |
| J. o. caso-fibr. ulc. progr. f. B. o. fibro-cas. chron. f. Légmell: j. o. 5 hó, b. o. 8 hó. | 37.8 | 37.6 |
| J. o. caso-fibr. ulc. progr. f. B. o. fibr-ulg. chron. f. Légmell: j. o. 1 év, b. o. 5 hó. | 38.3 | 38.0 |

Végül még azt vizsgáltuk meg: a légmell hőmérsékletét hogyan befolyásolja a mellkasfalra he-

helyezett jégtömlő. Evégből sovány töltött betegeken megmértük a légmell hőmérsékletét, azután a mellkasfalra jégtömlőt helyeztünk és húsz percen át rajta hagytuk. — Azt tapasztaltuk, hogy a lehűtött terület alatt 20 perces hűtésre 1.4 — 1.9° -kal hűlt le a légmell hőmérséklete, mialatt a mellkasfal bőralatti kötőszövege 12.0 — 15.6° -kal hűlt le. A légmellben a lehűtést a legkifejezettebbnek találtuk a lehűtött terület alatt és minél jobban távolodtunk el ezen területtől, annál kisebb lehűlést észleltünk. 15 percen át megfigyeltük, hogyan változik a lehűtött terület alatt a légmell hőmérséklete a jégtömlő eltávolítása után és azt találtuk, hogy a légmell még 15 perc múlva sem nyerte vissza eredeti hőmérsékletét.

Összefoglalás: 1. Betegeken és állatkísérletekben folytatott vizsgálatainkkal sikerült a tüdő és mellhártyaúr hőmérsékletének értékeit megállapítani. A tüdő hőmérséklete normális viszonyok között, szemben az eddigi irodalmi adatokkal a végbél hőmérsékletéhez közel áll, annál csupán átlagosan 0.1° -kal alacsonyabb. Ugyanezt állapítottuk meg a mellhártyaúr hőmérsékletére vonatkozóan is.

2. Kimutattuk, hogy a tüdő hőmérsékletét a belégzett levegő közvetlenül befolyásolja, a vérkeringés azonban sokkal nagyobb hatást gyakorol rá. A szervezet bármely részét éri is valamilyen hőbehatás, ez a vér útján minden esetben kihat a tüdőre is.

3. Hideggel sokkal jobban hathatunk a tüdő hőmérsékletére, mint meleggel. Tüdővérzés esetében tehát minél többet alkalmazzuk azt.

4. A kísérleteinkben használt gyógyszerekkel a tüdő hőmérsékletét speciálisan befolyásolnunk nem sikerült, csupán a légzőközpontra is ható gyógyszerek okoztak a légzés típusának megváltoztatása után a tüdő hőmérsékletében némi változást.

5. A kóros tüdőréssz hőmérséklete az ép tüdőréssz átlag 0.1 — 0.2° -nyi alacsonyabb hőmérsékletével szemben a végbél hőmérsékletével azonos, illetőleg annál csekély értékkel magasabb. A tüdő dús érhalózata. élénk vérkeringése és a légzés a hőfelhalmozódást a tüdőben megakadályozza.

6. A légmell hőmérséklete kifejezett collapsus esetén a tüdő hőmérsékletét mutatja. Acut tüdőfolyamat mellett a légmell hőmérséklete a végbél hőmérsékletével azonos, vagy ennél csekélyebb értékkel magasabb, megnyugodott tüdőfolyamat mellett, mint normálisan, ennél átlagosan 0.1° -kal alacsonyabb.

7. Kétoldali légmell esetén az acutabb tüdőfolyamat oldalán a légmell hőmérséklete magasabb az ellenoldalánál.

8. A légmell hőmérsékletét jégtömlő-hűtéssel tartósabban befolyásolhatjuk, mint a tüdőét, mert a hűtőhatás megszűntével a tüdő lehűlését a vérkeringés gyorsabban kiegyenlíti, mint a légmellét.

9. A légmell hőmérsékletének mérését diagnosztikus segédeszközül használhatjuk fel úgy egyoldali, mint kétoldali megbetegedés vagy légmell esetén, ha a folyamat acut vagy megnyugodott voltát más eljárással nem tudnánk eldönteni.

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

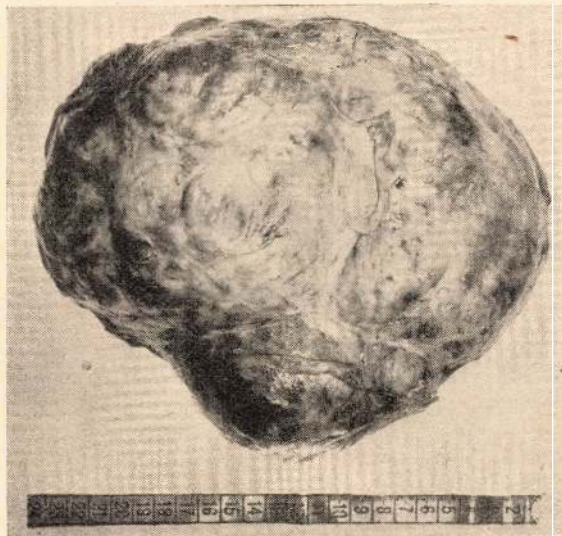
A Pázmány Péter Tudományegyetem II. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

A görgeteg méhszalagnak terhességgel szövődött szokatlan nagyságú daganata.

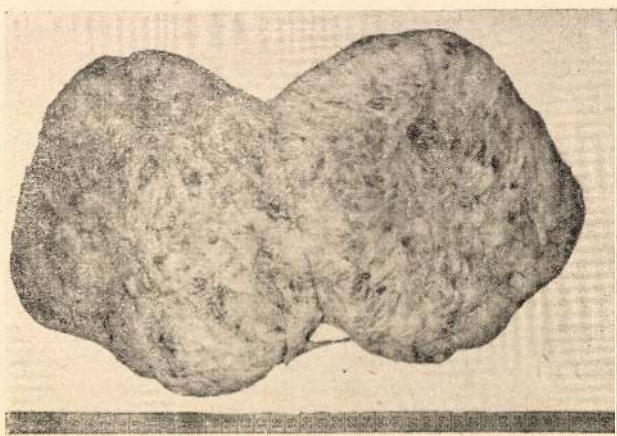
Irta: Fátyol Csongor dr., egyet. tanársegéd.

Az O. H. 1937. évi 40. számában már beszámoltam a II. női klinikán operált görgeteg szalag fibroma két esetéről. A közelmúltban ismét észleltünk egy szokatlan nagyságú görgeteg szalag daganatot, amelyhez még 4 hónapos terhesség is társult, tekintettel arra, hogy az ilyen esetek igen ritkák, érdemesnek tartjuk ismertetni.

K. J.-né 41 éves. 1939 február 1-én vettük fel a klinikára. 3 szülés, utolsó 15 éve. Első tisztulása 13 éves korában, azóta 4 hetenként jelentkezik s 3–4 napig tart. Utolsó rendes vérzése 1939. jan. 7-én volt. Az asszony elmondja, hogy havivérzése másfél év óta rövidebb ideig, csak 1–2 napig tart és a vérzés is kevesebb. Másfél éve daganatot érez hasában, mely kb. 4 hónapja okoz kifejezettebb tüneteket. Gyorsan fárad, hasában és derekában fájdalmakat érez. Láza nem volt, s nem soványodott.



1. ábra.



2. ábra.

St. praes.: Kp. fejlett és táplált nőbeteg, ép csont- és izomrendszerrel. Szív, tüdő normalis. Mindkét alszáron és combokon erősen megvastagodott, igen kiterjedt, néhol egészen cavernás gyűjtőeres csomók. Hasa erősen előredomborodó, igen feszes, főképen j. o. egészen a bordaív alá terjedő, sima felszínű, kevésbé mozgatható daganatot érzünk. Belső vizsgálattal a vulván igen kifejezett lividitás észlelhető, a vulván, valamint a kis és nagyajkon nagyfokú varicositás. A portio vaskos, puha, mely a gyermekfejnyi puhább, pontosan el nem határolható, baloldal felé elhajlott méhbe megy át. A hasürt teljesen kitölti a főleg j. o. el-

helyezkedő, felfelé a bordaívig terjedő, sima felszínű, nem fájdalmas, nagysága miatt csak minimalisan mozgatható resistentia, melynek a méhhez összefüggése a feszes hasfal miatt pontosan ki nem tapintható. Hőmérsék 36,7, pulsus 76, vérnyomás 100 Hgmm. vvs: 40 mm, fvs: 5400, Wa.-r. negatív. *Diagnosis: grav. + tumor abd.* A beteg terhességi reactiót végeztünk, mely pozitívnek bizonyult. A medencéről átnézeti röntgenfelvételt készítettünk, melyen magzati csontrendszer nem látható.

Feltevésünk az volt, hogy a hasür bal felében tapintható resistentia a terhes méh és az attól jobbra elhelyezkedő daganat, vagy a méh falából kiinduló myoma, vagy pedig inkább a petefészkekből kiinduló daganat. Mivel a beteg állítása szerint daganata az utóbbi hónapokban rohamosan növekedett, rosszindulatú petefészekdaganatra is gondoltunk.

Tekintettel arra, hogy ilyen nagy daganat mellett az asszony terhességét úgy sem viselhetné ki, mivel ez már a 4. hónapos terhesség mellett is igen súlyos panaszokat okozott, amilyenek nyomási panaszok fájdalmasság, nehéz légzés. Mivel a petefészekdaganatot sem tudtuk teljesen kizárni műtetre határoztuk el magunkat.



3. ábra.



4. ábra.

Műtét: febr. 6. Aether narkosisban hasmetszés a köldök és symphysis között a középvonalban. A hashártya megnyitása után betapintás: a cseplesz visszatolása után a terhes méhet, amelynek fundusa köldök alatt két harántujjal foglal helyet, balfelé eltelve találjuk, a terhes méhtől jobbra és hátra tömötteb sima felszínű resistentiát tapintunk, mely a has jobb felét teljesen kitölti és felső határa a máj alsó széléig terjed, lefelé pedig a kismedencébe nyúlik. A resistentia emberfejnél nagyobbak látszik, tojásdad alakú és felületén igen kiterjedt, főként párhuzamosan futó, mintegy lúdtoll vastagságú, tágult érhalózatot látunk, lenn a kismedencében a daganat alsó polusához a coecum odanőtt; a j. o. méhkürt szabad, a petefészkek normalis nagyságú, benne corpus luteum nem látható. A daganat a lig. rotundumból indul ki, mégpedig a méh falától, illetőleg a méh sarkától 6 cm-re. A lig. latumban különösen jobboldalt nagyon kiterjedt és tágult gyűjtőérhalózatot látunk. A baloldali méhkürt és petefészkek ép. Az emberfejnnyi tömött daganatot a hasfal felé kigördítjük és tokján harántirányú

metszést ejtve részben tompán, részben élesen a lig. rotundum lemezei közül kihámozzuk. Hasüri toilette után a hasfalat a szokott rétegekben gondosan összevarrjuk. A *kivett daganat súlya: 3160 g.* (1. ábra.)

Szövetteni vizsgálat: Felvágott állapotban érkezett, helyenként sima, másutt kifejezetten dudoros felszínű, tömött, rugalmas tapintatú, emberfőnél nagyobb daganat, melynek külön érkezett hártvány tokján nagyszámú tág erek láthatók. A daganat kifejezetten nyálábos, sárgás-szürke, metszslapját helyenként vérzések, másutt vizenyő képezte kisebb-nagyobb cysták tarkítják. Kifejezettebb lágyulás, elhalás sehol nem látszik. Anyag 3160 g. súlyú. (2. ábra.)

A daganat különböző részeiből kimetszett darabkákat haematoxylin eosinnal és van Giesonnal festettük meg. Tokját melyet ép serosa borít, rostos, helyenként nagyfokban hyalin kötőszövet képezi, melyben nagyszámú vastagfalú ér mellett néhány sima izomnyalábót is látni. A daganat szövetét orsóalakú kötőszöveti és simaizomsejtek képezik, melyek helyenként diffuze helyezkednek el, másutt kötegeget, nyálábokat alkotva övszerűen futnak. (3. ábra.) A daganat sejtdússága közepes, igen nagyszámú erekkel. A kötőszöveti sejtekben sok rost van és sikk a hyalin is. Egyes részeiben vizenyő tolja szét a nyálábokat és ez helyenként kisebb-nagyobb cysták képződéséhez vezetett. (4. ábra.) Néhány helyen tágabbak és thrombotizáltak az erek: ezek körül nekrotizált a daganatszövet. Rosszindulatúságnak semmi jele.

Diagnosis: fibromyoma ligamenti rotundi.

A műtét után naponta troparin injectiókat kap a beteg, hogy a fájások meg ne induljanak. Láztalan és zavartalan p. p. sebgyógyulás után a 12. napon gyógyultan távozik: méhszáj zárt, a portio puha, a méhfenék két haránt újjal a köldök alatt; szülésre klinikánkra rendeljük.

1939 június 22-én újrafelvétel, amikor is 3200 g súlyú élő, érett leánymagzatot szült. A szülés simán folyt le és a 8. napon egészségesen távozott.

A görgeteg méhszalag daganatai, ha aránylag ritkák is, mégsem tartoznak a nagy ritkaságok közé.

Az elsősleges daganatok vagy a simaizomelemekből, vagy a kötőszövetből indulnak ki és ennek megfelelően rendszerint myomák, fibromák, fibromyomák. Adenomyomák nagyon ritkán fordulnak elő és akkor is csak mint extraperitonealis daganatok, míg a hashártyán belül nem észleltek adenomyomát. Mindezekben a daganatokban rosszindulatú elfajulásokat is észleltek, így sarkomát (*Mönch*). A nagyobb daganatokban központi ellágyulásokat, elhalásokat gyakrabban látunk. *Duncan* egy esetében a daganat meszes elfajulásáról számol be. A mi esetünkben is a daganat egyes részeiben az izomnyalábokat vizenyő tolta szét, azonkívül a daganat-helyenként nekrotizált.

Sänger szerint a görgeteg szalag daganatait annak fejlődési és anatómiai sajátossága szerint 3 csoportba osztotta:

1. *Intraperitonealis daganatokra*; a szalagnak a méhen tapadásától a lágycsatorna belső nyílásáig;
2. *Intracanalicularis daganatokra*, melyek a lágycsatornán belül keletkeznek;
3. *Extraperitonealis daganatokra*, melyek a görgeteg szalagnak lágycsatornán kívüli részéből fejlődnek, melyek később azután vagy a nagy ajakba, vagy a hasfal bőre alá süllyedhetnek.

E daganatok közül a hashártyán belüli daganatok aránylag a legritkábbak. *Emanuel* 76 esetéből 58 extraperitonealis és 18 intraperitonealis volt. A hashártyán belüli daganatok hosszú ideig tünet nélkül fejlődnek és rendszerint csak később ismertetnek fel, amikor már nagyságuknál fogva a környező szervekre gyakorolt nyomással panaszokat okoznak, éppen ez a körülmény magyarázza meg azután, hogy az intraperitonealis daganatok rendszerint nagyobbra is nőhetnek, az intraperitonealis daganatoknál és a kórjelzést műtét előtt legtöbbször nem is tudjuk felállítani.

A hashártyán belüli daganatok többnyire nem kocsányosak, a hasürben felfelé nőnek és a környezetük-

kel összenőhetnek. Az esetek többségében a daganatok a görgeteg szalagnak közvetlen a méh melletti részéből indulnak ki (*Schröder, Vassmer*.)

A daganatok keletkezésüket illetőleg vagy a Wolff-test, vagy a Müller-féle járat fejlődési zavarára vezethetők vissza. Míg az extraperitonealis daganatok létrejöttében az eróművi behatásoknak (pl. sérvkötő) lehet valamelyes szerepe, addig e tényezők a hashártyán belüli daganatok keletkezésében nem szerepelnek.

Nagyobb daganatokban az elfajulásokat igen gyakoriak. A hashártyán belüli daganatok a méh, vagy petefészkek daganataival téveszthetők össze. A kisebb daganatok tüneteket rendszerint nem okoznak, a nagyobb daganatok azonban igen sok esetben okoznak nyomási tüneteket, dysmenorrhoeás panaszokat, vizelési nehézségeket, vagy ritkábban metrorrhagiát. Műtéti javallatot a fenti panaszok, vagy a daganat nagysága, — mint esetünkben is — képezhet. Lehetséges, hogy esetünkben a terhesség létrehozta nagyobb vérbőség és fellazulás segítette elő a daganat növekedését.

A görgeteg méhszalag daganatainak kezelése sebészi. A műtét rendszerint nem okoz nagyobb nehézségeket, bár különösen igen nagy daganatok esetén a pontos műtéti vérzescsillapítás nagy nehézségekbe ütközhet.

A Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár.)

Húgyhólyag és húgyvezérelőesés.

Irta: Dobay Miklós dr.

A vese, a húgyvezér, a húgyhólyag és a húgycső fejlődési rendellenességei gyakoriak. A húgyhólyag és a húgyvezérelőesés létrejöttében az adottságon: a kötőszövet és a függesztőszalagok lazaságán, az izomzat, főképp a sima izomsejtek összehúzózó képességének csökkenésén kívül (*Gruber*) még valamilyen kiváltó ok is szerepet játszik. Gyermekeken, főképpen a gyomor-záróizom görccse, heveny vékony- és vastagbélhurut, továbbá szamárköhögés, tüdőgyulladás, felnőtteken a húgyszervi betegségek; heveny vagy idült gyulladások, az ezeket kísérő erőltetések, kólerakódások, kocsányos daganatok, a terhességben a függesztő szalagok meglazulása és a medencefenék izomzatának ellazulása lehet az előidéző ok. Idősebb korban a kötőszövet és az izomzat rugalmasságának csökkenése, idült vastagbélhurut, szorulás és asthma, általában a hasüri nyomást fokozó elváltozások idézhetik elő. De öregkori esetekben is gyakran megtalálható a fejlődési rendellenesség, avagy az előesett rész vezetője a daganat. A tágult, rövid húgycső *Kussmaul* és *Blum* szerint nem döntő fontosságúak Mogyorót befogadó tágasságú húgycső esetekben — nő, kinek veleszületett hüvelyhiánya volt és húgycsővével rendes nemi életet élt — sem észleltek hólyagelőesést.

A teljes húgycsőelőesés részleges jelenségét találjuk azokban az esetekben, mikor a húgyvezér a hólyagba türemkedik. Ennek oka rendszerint a szájadék felett lévő kő, kocsányos daganat, tömlő, amelyek a húgyvezér tovahajló mozgását fokozzák s a pangó vizelet miatt a húgyvezért kitágítják. Ezek gyógyítása az előidéző ok megszüntetésével sikerül. A benyúló húgyvezérszakasz leégetését, vagy kiirátását *Le Clee Dandoy* nem tartja veszélytelennek, mert a húgyvezér záróizomzata szenved, a kísérő hólyaghurut felkúszik a vesemenedncébe és gyakori a gennyvese kifejlődése,

A húgyhólyag kifordulását, részleges előesését a húgyvezérrel és a húgyvezérszájadék kinyomulását a húgycsövön keresztül viszonylag nem gyakran észleljük. Ezeket *Kleinwächter* gyűjtötte össze. 1896-ban már 18 esetet talált és ezekhez csatolta 1 esetét. *Maria Hahn* 1921-ig *Kleinwächter* 19 esetéhez még 11-et gyűjtött. Egyforma arányszámban szerepelnek a gyermekek és felnőttek (14—14) és csak kettő fordul elő a serdülő korban. A legfiatalabb nyolchónapos volt (*Kleinwächter*), a legidősebb 52 éves (*Noel*). A gyermek- és serdülőkorban minden alkalommal fejlődési rendellenesség volt kimutatható, a 14 felnőtt betegen pedig 8 esetben volt fejlődési rendellenesség az előesés oka. Túlnyomó részben az egész hólyag kifordult a fejlődési rendellenességgel, daganattal együtt és jól felismerhetők voltak a húgyvezérszájadékok. A nyálkahártya mindig súlyos sérüléseket szenvedett.

Hans Heidler ismertette 1936-ban a 31. hólyagelőesét. A közölt esetek között a legidősebb, 78 éves betegen, először a hólyag teljes kifordulása következett be és azt követte a hüvely és a méh előesése. A beteg felkúszó vesemedencegyulladásban és húgyvérűségben halt meg. A boncoláskor a középső köldökszalag tapadásán a hólyagfal kis gurdélyát találták.

A klinikánkon észlelt eset a 32. hólyagelőesés. Betegünk a legfiatalabb az ismertetett esetek között.

B. R. négyhónapos leánycsecsemőt édesanyja 1937. XII. 21-én hozta klinikánkra. Elmondta, hogy férje és ő egészségesek, valamint négyéves gyermekük is. A csecsemő rendes időre, szövődmény nélkül született, anyja szoptatta, jó étvágygal kielégítő mennyiséget szoptott, emésztési zavara nem volt, vizelete rendszeren ürült. 2 hónap óta a csecsemő többet sír, gyakran nyög, időnként megfeszíti magát. Behozatala napján hajnalban nagyon sírt, agyja tisztába akarta tenni és akkor vette észre, hogy szeméremrészében kékes színű, szilvanagyságú daganat van. Néhány óra múlva a csecsemő hányni kezdett és a kora reggeli órákban házi-orvosa klinikánkra küldte.

A közepesen fejlett, gyengén táplált leánycsecsemő bőre és látható nyálkahártyái közepesen vérteltek. A nyelv tiszta, a garat, a fül, az orr ép. A nyak és mellkas részarányos. A tüdő felett sem kopogtatási, sem hallgatási eltérés nincs. Szívhangok tiszták, szabályosak. A has kisfokban puffadt, feszes, ellenállás azonban a hasban nem tapintható. Csontrendszere, végtagjai rendes alakúak és működésűek. A szeméremrészről szilvanagyságú, sötétvörhenyes, fénylő, rugalmas terimenagyobbodás nyomul elő. A végbélnyílás ép. A „daganat” alatt kisujjal könnyen be lehet a hüvelybe hatolni, a méhkúp jól tapintható. A húgycső felső nyílását nem találjuk. Az előesett tömlőszerű képlet bal oldalán, a hüvelybemenet előtt, kölesnyi, könnyen kutaszolható nyílás. Ebben időnként folyadékcsepp jelenik meg. Kétséget kizáróan ez a húgyvezér szájadéka, tehát a baloldali húgyvezérszájadékkal a hólyag egy részlete türemkedett elő. Láz 37.2 C°, érverés 96. A gyűjtött vizeletben kóros alkatrészt nem találtunk.

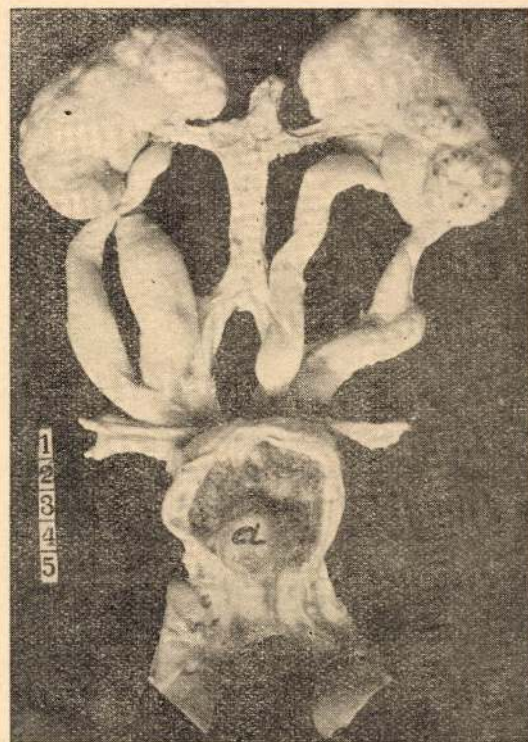
Az előesett hólyagrészlet visszahelyezése többszöri kísérlet után elég könnyen sikerült és a hólyagba vezetett 20. számú Pezzer-féle húgycsappal a hólyagot sikerült a helyén tartani. Az előesés nem ismétlődött. A következő napon tetaniás görcsök támadtak, a láz 38.5 C°-ra növekedett. Gyermekeorvos tanácsára borogatás a mellkasra, kalmopyrin és sevenal. Harmadik napon a vizeletben nagymennyiségű geny és fehérje, a vizeletüledékben látóterenként 7—8 fehérvérsejt, 10—12 vörösvérsejt, 5—6 trippelphosphat-kristály, sok alakatlan calciumphosphatkristály és sejttörmelék, igen sok, élénken mozgó bakterium. A tenyésztésben colibacillusok. A csecsemő állapota a táplálkozási elégtelenség és nagy láz (39.2 C°) miatt fokozatosan romlott; hatodik napon, XII. 26-án délelőtt meghalt. Klinikailag a halál okát szövődményes hólyaggyulladás, felkúszó genyes vesemedence- és vesegyulladásban láttuk. A boncolás igazolta feltevéssünket. Az előesett rész vezetője itt is a fejlődési rendellenesség: ureterokele volt.

Boncolási jegyzőkönyv: a lép heveny duzzanata észlelhető, súlya 30 g., állománya közepesen tömött, metszslapja sötétvörös, a folliculusok határozottak, a metszslapról közepes mennyiségű kaparékot kapunk. A vese tokja

könnyen levonható, felszínén ébrényi lebevezettség látszik. A bal vese felszínén számos köles-borsónyi tályog, a jobb vese kérgében tályogok nincsenek. A vesék a közepesnél jóval nagyobbak. A tágult vesemedencéből mindkét oldalon 2—2 kisujj-vastagságú húgyvezér (megaureter) ered (1. ábra), melyek lefutásuk mentén több kanyarulatot képeznek. A hólyagba szájadzásuk előtt a húgyvezérrel egyesülnek. A húgyhólyag mandarin nagyságú, fala vastag, nyálkahártyája



1. ábra. a) jobboldali kettős húgyvezér; b) baloldali kettős húgyvezér; c) húgyhólyag.



2. ábra. a) Ureterokele.

erősen gerendázott, rajta számos vérzéses folt és pörkös felrakódás. A jobb húgyvezérszájadék kutaszolható, a bal diónyi hártáysfalú tömlő (ureterokele), melynek a közepén lévő lencsényi nyíláson át, a tömlőn keresztül kutaszolható a húgyvezérszájadék. (2. ábra). A húgycső nyálkahártyája vérző, belövelt. A többi szerveken eitérés nincs.

Kórisme: kétoldali kettőzött óriáshúgyvezér, baloldali ureterokele, baloldali genyes vesemedence- és vesegyulladás.

Az előesett húgycsőszájadék kórhatározása nem nehéz. A visszahelyezés azonban nem mindig sikerül, az előesett vagy kifordult hólyag kizáródhat, elhalhat és visszahelyezni már nem lehet. Egy ilyen esetben *Duret* és *Gersuny* mindkét húgyvezért *Coffey—Mayo* szerint a vastagbélbe ültette, a hólyagot eltávolította, de betegük harmadnap genyes vesemedence-vesegyulladásban meghalt. Ha a visszahelyezés sikerül is, gyakori az újra előesés. Húgycsappal, tamponálással a hólyagot helyéntartani nem mindig sikerül. A hólyag műtéti rögzítése a hasfalhoz (*Hahn*), szeméremcsont feletti sipolykésztés (*Klauser*), esetleg a hólyagnyaghoz adott paraffinfectendéssel (*Leedhan—Green*) sikerül biztos támaszt adni a hólyagnak. Minden esetben igen súlyos következményekkel jár a már tartó hólyaglob fellángolása, vagy az előesés következtében kifejlődő hólyaggyulladás felkúszása a vesemedencékbe, a gyulladás kiterjedése a vesékre. A 32 ismert eset közül csak 6 maradt életben.

A Fehér Kereszt Kórház bőrgyógyászati osztályának közleménye.

Xanthoma mollusciforme átalakulása anetodermává.

Irta: *Steiger-Kazal Dezső dr.*, kórházi főorvos.

Az O. H. 1938. évi 31. számában közöltem egy 19 hónapos csecsemő xanthomás betegségét, amelynek különös érdekességei voltak, hogy: 1. a baj minden valószínűség szerint veleszületett; 2. megtévesztésig molluscum contagiosum-szerű; 3. az egész testet ellepő volt, (l. 1. ábra.) és 4. a koleszterin-vizsgálatok normalis,

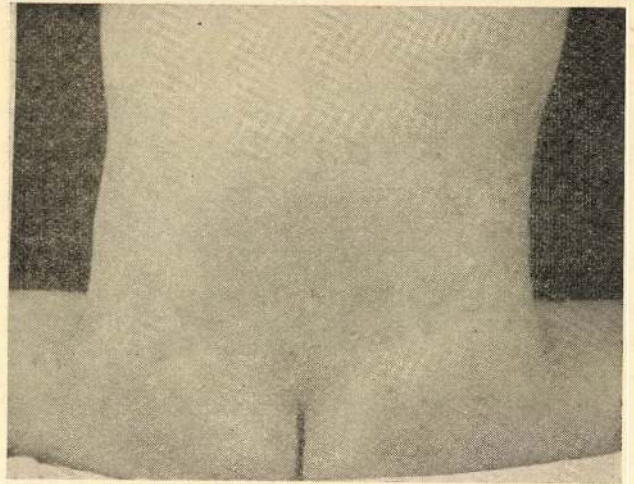


1. ábra.

illetőleg a rendes alatti összértékeket (111 mg% és 80 mg%) mutattak. A szöveti kép egészen jellegzetes volt. Annakidején a kis betegen — májkezelésre teljesen gyógyult multiplex xanthomás felnőtt nő esete alapján — ugyancsak crélyes májkezelést végeztünk (kb. 8—10 esetben 5 ccm ventrepar-injectiót kapott), de a kezelés eredményét vagy eredménytelenségét nem észlelhettük, mert betegünket vidékre vitték és így eltűnt szemünk elől.

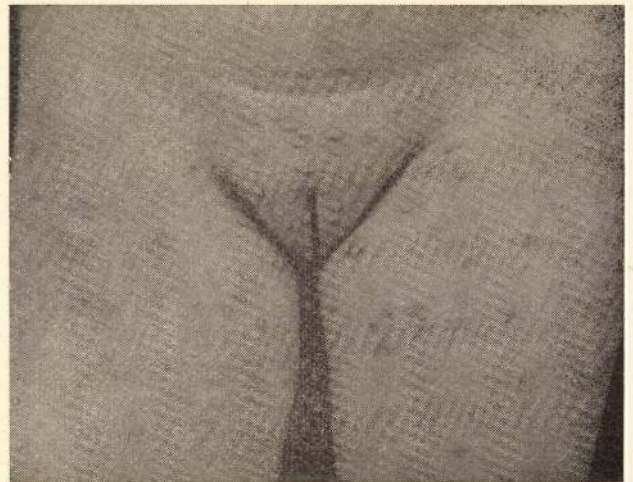
Másfél év múlva az akkor már 3 éves beteg a Magyar Állami Gyermekekmenhely bőrgyógyászának, *Föl-*

des Elemér dr. rendelésére került, aki fenti közleményem alapján ráismert a betegre és a Magyar Dermatologiai Társulat egyik ülésén a beteget be is mutatta; még pedig az eredeti képhez képest igen jelentős elváltozásokkal. A lágyéktájékon és a mons Venerisen igen kis számban lencsényi és kisebb sárgás színű, puha tapintatú, lobmentes daganatocskák, valamint ugyanilyen képletek egészen elszórtan egyebütt is láthatók voltak. Egyébként azonban a bőr a régi molluscum contagiosum-szerű xanthomák helyének megfelelően igen



2. ábra.

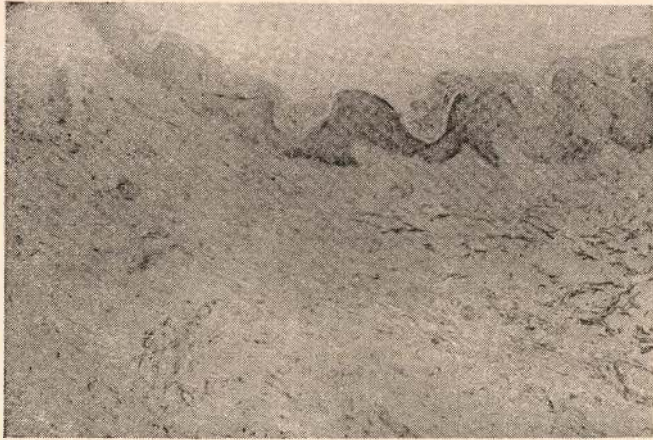
sok kerek, kissé halványabb színű, ráncos, elvékonyodott, sorvadtt foltot mutatott, amelyek egynémelyike sérvkapúszerűen előboltosult. A daganatok visszafejlődése és a bőrsorvadás fokozatos kialakulása jól követhető volt a gyermek bőrén (a 2. ábrán az anetoderma-szerű sorvadásos elváltozások a 3-on pedig még az eredeti daganatocskák is jól láthatók.)



3. ábra.

A sorvadtt bőrterületek szövettani vizsgálata, (amelynek elvégzéséért *Szodoray Lajos* magántanár úrnak ehelyütt is hálás köszönetet mondok), a következőket mutatta: A hám elvékonyodott, a papillák elsimultak; a basalis réteg pigment szemcsékben gazdag a corium felső része finom, lazán szőtt collagen-rostokból áll és ezen a területen a rugalmas rostok teljesen hiányoznak; tág capillarissok tűnnek szembe, amelyeknek környezetén több helyen főképpen lymphocytákból álló beszűrődés észlelhető. A corium mélyebb részei épeknek látszanak. Ez a szöveti kép: heges atrophia (l. 4. ábra). A hegesedésbe még át nem ment csomóknak és a visszafejlő-

désben lévő csomók irhájában jellegzetes xanthomasejtek láthatók.



4. ábra.

További vizsgálatok eredményei: 145 mg% cholesterolin-érték; 0.110 vércukor; negatív vizelet-cukor; a koponyacsontok röntgen-átvilágítása hiatust nem mutat.

Miután a bőr gyulladása után a cutan és subcutan szövet sorvadása másodlagos tünetként bekövetkezhet, a xanthomák atrophias elváltozása sem nagy ritkaság. És bár xanthoma után anoderma erythematosa-szerű végkimenetelt már többen említettek (*Hufschmidt és Nessmann, Robinson, Goldstein és Harris, Stibbens*) mégis érdemesnek látszott esetünket közölni, egyrészt, mert a rendkívüli nagy számú daganatocskák majdnem mindegyike mutatja ezt az atrophias képet, másrészt pedig, mert első közleményem végén adós maradtam azzal, hogy vajjon a májkezelés eredményes volt-e. A beteg hozzátartozóitól azt tudtuk meg, hogy időközben semmiféle kezelést nem kapott és hogy kórházi kezelésünkben távozása után a xanthomák lassan-lassan kezdtek visszafejlődni, így tehát gondolhatunk a májkezelés hatásosságára és annak kipróbálását ajánlhatjuk.

IRODÁLMÍ SZEMLÉ

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Örökléstani vizsgálatok panmyelophthisis eseteiben. *H. Huber.* (Klin. Wschr. 1939. 34.) Ismeretes, hogy panmyelophthisisre vezető betegségek kóroktanában szerepelhetnek fertőző-toxicus betegségek, chemiai ártalmak, azonkívül röntgen- és radiumsugarak. Mindezek mellett nem szabad figyelmen kívül hagynunk a csontvelőnek bizonyos veleszületett gyengeségét sem. Ennek demonstrálására 4 panmyelophthisisben elhunyt beteg családfáját ismerteti a szerző, különös tekintettel a lemenő ágbeli rokonok fehérvérsejtképzésére. 3 beteg esetében, mikor bármilyen exogen factor biztosan kizárható volt, testvérek, gyermekek, unokák, sőt unokatestvérek vérében is sikerült kimutatni leukopeniát (4.000 alatt), némelykor anaemiát és thrombopeniát. Emellett gyakran tapasztalható az ú. n. leukocytakereszteződés, amely alatt a granulocyták csökkenését értjük, szemben a lymphocyták emelkedésével. A negyedik beteg kórtörténetében viszont biztosan kimutatható volt exogen factor (trichloroethylen); családjában azonban leukopeniás egyén nem volt. (G. 74.)

Kring Jenő dr.

Tonsillektomia utáni bakteremia. *Elliot.* (*Lancet*, 1939. 11.) Szerző 100 esetet vizsgálva 38-ban talált átmeneti bakteremiát, néhány perccel a tonsillektomia után. A bakteremia jelentkezése a tonsillektomia módjától nem függ. Az izolált bakteriumok közül 12 esetben streptococcus viridans, 2-ben str. pneumoniae, 7-ben str. haemolyticus, 6-ban haemophilus influenzae, 5-ben staphylococcus, (ebből 3 albus, 1 aureus, 1 citreus), 4-ben diphtheria bacillus és végül két esetben aerob sporás bakteriumot ismertek fel. Ton-

sillektomia után 137 eset közül 87-ben (64%) sikerült a tonsillákról haemolyticus streptococust kitenyészteni. 44 streptococcus culturát serologialag is identifikált és azt találta, hogy közülük 39 (86%) az A) csoportba, 1 a B) csoportba és 1 a C) csoportba tartozott. 4-nek a csoportját nem tudta megállapítani. E vizsgálatok alátámasztják azt a lehetőséget, hogy a tonsillektomia után jelentkező endokarditisek, acut nephritisek és rheumás fellobbanások előidézésében a vérben keringő bakteriumok szerepelnek. — (B. 54.)

Mihálkovic Tibor dr.

Nem tuberculotikus empyémák gyógyszeres kezelése. *P. Lévy-Valensi, S. de Séze és J. Pinés.* (Press. Méd. 1939. 70.) A sulfamid therapia megjelenése óta több szerző sulfamid készítményekkel gyógyított empyema esetekről számolt be. E tapasztalaton elindulva szerzők is alkalmazták ezt a gyógyeljárást és öt esetet közölnek, melyekben sulfamid készítményekkel igen szép eredményeket értek el. Mind az öt esetben carboxid-sulfamid-chrysoidin készítményt használtak. Napjában 7–8×0.2 g-t adtak 15–20 napig, a betegek láza három hét alatt megszűnt, az exsudatum először savóssá vált, majd felszívódott. Más sulfamid-készítményekkel ellentétben kellemetlen hatás sohasem jelentkezett. Saját és mások tapasztalatait egybevetve azt tanácsolják, hogy a streptococcus okozta empyema gyógyítására igen alkalmas a c.-s.-ch. készítmény, míg más bakteriumok okozta genyes gyulladások gyógyítására alkalmasabb a para-amino-phenyl-sulfamid készítmény, vagy derivatumainak adagolása. A c.-s.-ch. készítmény napi adagja 2 g (10 részre elosztva), a p.-a.-ph.-s.-é 3 g lehet (6 részre elosztva). A gyógyszert addig adják, míg az exudatum teljesen steril nem lesz, amiről többszöri oltással győződtek meg. (B. 55.)

Riedl Olivér dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

A vesetuberculosis kezelése ureteronephrektomiával. *Gelderen.* (Bruns. Beitr. 169. 1.) A vesetuberculosis műtéti kezelésekor általában a szokásos egyszerű nephrektomia helyett 39 esetben primaer ureteronephrektomiát végzett. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: Az említett műtét által a közvetlen műtéti halálozás nem emelkedett, a seb gyógyulása általában primaernek volt mondható és ahol kisebb zavarok jelentkeztek is, a sebgyógyulásban mindig enyhébbek voltak, mint egyszerű nephrektomia után. A sebgyógyulás zavarát a hátrahagyott fertőzött ureternek tulajdonítja, mert eltávolítása után sem ureterempyema, sem hidegtályog, sem postoperatív kolika nem volt észlelhető. A gyors gyógyulás, a hólyag állapotának feltűnő gyors javulása is a módszer előnyét képezi. A fentiek alapján ajánlja e műtétet az egyszerű nephrektomiával szemben. (F. 48.)

Fedeles Findeisen László dr.

Ritkább gázphlegmon-fertőzés esetek. *Wagner.* (Bruns. Beitr. 169. 3.) Általában az említett fertőzés súlyos nyílt, zúzott sérülésekhez társul. Szerző négy esetet közöl, hol a fertőzés útja szokatlanul mondható. Az első esetben kizárt combsejv műtete után jelentkezett. Második esetben izületi resectio után, amikor az ismételt utóvérzés miatt a végtag vérellátása a gypskötésben erősen csökkent. Harmadik esetben fogkezelés után jelentkezett a fertőzés, amikor bejutási kapuként magát a carieses és granulomás fogat vették fel; ez utóbbi feltűnő rosszindulatú volt. Negyedik esetben mindkét alsó végtag fedett, súlyos, zúzott sérülését állapíthatta meg; itt szerinte a bélből vándorolt a kórokozó a locus minoris resistentiae helyére. (F. 47.)

Fedeles Findeisen László dr.

Inoperabilis nyombélfekély tüneti resectiójáról. *Breitner.* (Chirurg. 1939. 8.) A mélyen ülő, legtöbbször penetráló duodenumfekély kiirtása oly nagy műtéti kockázat, hogy ilyen esetben egyre többen ajánlják a műtéti resectiót, amely az esetek legnagyobb részében jó eredményt ad. A műtét javallatára vonatkozóan számításba kell venni, hogy a duodenumfekélyek legtöbbször amúgy is többszöröse és a gyökeresnek hitt resectio után is maradhat benn duodenalis fekély. Ezek a fekélyek a resectio után — tapasztalat szerint — legtöbbször rövidesen meggyógyulnak, úgy hogy szerinte a tüneti resectiót a nehezen operálható nyombélfekélyek esetében a gyökeres resectióval legalább is egyenértékű eljárásnak kell tekinteni. (V. 60.)

Debreczeni Zsigmond dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Sulfamid-pyridin a szem folyadékjaiban. *Pinkhof.* (Ophthalm. 1939. 6.) Nyulak 0.1 g/kg sulfanilamido-pyridint (Dagénan, M&B 693) kaptak szájon át. A könnyben a vértöménység 50–100%-át találta, míg a csarnokvizben és ívegtestben 25–33%-át. Az intraocularis contractio nem növelhető hypertoniás konyhasó, vagy a szer suspensiójának kötőhártyaalatti befecskendezésével. Localis alkalmazásra kenőcs alakban a szer nem jelenik meg a csarnokvizben. A difusio a vérből a szem felé gyorsan történik. A talált értékek csiraölően hatnak, főleg ha immunitást növelő therapia (tej) kíséretében adják. Egyenletes, intraocularis töménység elérésére a legelőnyösebb mód a perorális bevitel. (G. 93.)

Grósz István dr.

A szem chromsav-étetése. *P. Delille.* (Ophthalm 1939. 6.) 90%-os chromsav szembe fröccsenése két phasisú bántalmat okoz: 1. rövid, 3 napos izgalmi szak, melyet könnyezés és fénykerülés jellemez; 2. hónapokig tartó neutrotrophikus szarugyulladásra emlékeztető szak, érzéstelenséggel, a hámosodás zavarával. Ezért a körjósolat tartózkodó legyen. Teendő: a fertőzés megakadályozása, korai tarsorrhaphia. (G. 94.)

Grósz István dr.

Keratitis parenchymatosa és tabeses látóidegsorvadás kezelése. *Larssen.* (Brit. Journ. Ophthalm. 1939. 11.) Szerző sulfosint használt (1% sulphur subl. olivajában, i. m.). Rendesen 8 befecskendést ad, 3–4 napos időközzel; fontos a lázas reactio elérése. A controllesekkel szemben a kórházi tartózkodás és a szem megbékülése rövidebb ideig tartott. A kéntherapia nem védi meg a másik szemet a betegségtől; de kezelt egyéneken az ritkábban jelentkezik és jobb indulatú. Amint a kénkezelés folyamán a szem békésebb lesz, megkezdhető az antilues kúra. Emellett C- és D-vitaminok. — Több éven át ellenőrzött 14 tabeses látóidegsorvadásos egyént. Közülük ötben némi javulást tapasztalt, 1 esetben nem változott és 4 tovább romlott, (4 ismeretlen kimenetelű). A malaria kúrával szemben a kéntherapia jobban adagolható és veszélytelenebb. A hozzákevert anaesthesin fájdalomtalan teszi a befecskendést. (Ker. par. legjobban bevált láztherapiája a tej, melyet bismuthal éspallidial kombinálhatunk. Ref.) (G. 95.)

Grósz István dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

A chloridhiányhoz társuló kórélettani jelenségek. *Am-bard, Stahl és Kuhlmann.* (Press. Méd. 1939. 1.) Chlorvesztetéshez nem kapcsolódnak szabályszerűen a betegségi tünetek. Ebből viszont az a kérdés vetődik fel, hogy a vevőket közvetlenül a chlorvesztetés okozza-e, vagy valamely más tényező is szerepet játszik, melynek a chlor csak indicatora lenne. Kérdés, mi okozza azt, hogy csak Na-vesztéssel jár együtt dehydratio, míg tisztán chlorvesztéssel nem. Ezt a következőképpen magyarázzák. Amíg a chlorvesztetést a szervezet könnyen ki tudja egyenlíteni, addig a natriumvesztetést egyáltalán nem képes pótolni. A chlorvesztetést ugyanis közvetlenül pótolja a CO₂, amellyel a chlortól megszabadult natrium a szervezetben főlös natriumbicarbonáttá egyesül. Ebből az következik, hogy a szervezet elektrolitjeinek minősége megváltozik ugyan, de mennyisége ugyanaz marad. Más a helyzet azonban a natriumvesztésnél. A natrium nem pótlódik, mert a szervezet nem képez basisokat. Natriumvesztetés esetében tehát a szervezet elektrolitjeinek mennyisége szükségszerűen csökken. Érthető tehát, hogy a tiszta chlorvesztetés nem okoz dehydratiót, mivel az extracellularis nedvháztartás szoros összefüggésben van a szervezet elektrolitjeinek mennyiségével, míg ugyanakkor natriumvesztetés ezt súlyos mértékben előidézi. Aszerint, amint a chlor, vagy a natriumvesztetés nagyobb, a rezerv-alkali mennyisége emelkedik, vagy csökken, a hydratio pedig nem a chlorvesztetéshez, hanem a natriumvesztetéshez kötött. (B. 28.)

Vizkelety Gyula dr.

A Bernard Fey-féle vesefeltárás. *Mouat.* (Brit. Journ. of Urol. 1939. 2.) A transperitonealis, paraperitonealis, vagy retroperitonealis feltárásokhoz a műtők egyenesen, vagy ívben hajló, esetleg harántul futó subcostalis metszéseket használják. 1926-ban írta le Fey a costo-abdominalis vesefeltárási módot. Ez a feltárási mód nagyon jó betekintést

ad daganatok és az ureter felső szakaszainak műtete esetében. A műtétet úgy végzi, hogy a beteg ágyéki részét erősen felpolcolva a XI. borda felső széle mentén vezet a börmetszést, melyet a XI. borda csücsán az inguinalis táj felé kanyarít. A külső és belső ferde hasizmokat átvágva a XI. bordára is rámetesz és a peritoneumot letölti. A borda csücsán vigyázni kell, mert itt a musculus transversus abdominalisnek kis izomkirostozódása fut a bordán keresztül a rekeszizomhoz. Legcélszerűbb, ha ezt tompa eszközzel óvatosan lefejt a műtő, mert e helyen könnyen sérül a peritoneum és a rekeszizom. Ezután a felszabadított XI. bordát le és hátrafelé húzza egy retractoral és tetszés szerint szétnyitható a bordaköz. A peritoneum áthajlása mögött megbontja a peritonealis szírszövetet és könnyen kifejtheti a vesét. A sebzés is egyszerű; a seb felső peremén hagyott periosteum és a musculus transversus abdominalis lefejtett fibromuscularis kötegét varrja a XI. borda helyretevése után a ferde hasizmokhoz, utána pedig összevarrja a sebet. (B. 26.)

Ágota Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Faeces des Menschen. *W. Heupke.* (Th. Steinkopff Dresden-Leipzig. Ára 9. RM.) *Schmidt—Strassburger* hasonló tárgyú, közismert könyve már régen elfogyott és ezért hézagpótló a szerző 110 oldalas munkája. A gyomor-bélcsatorna emésztését tárgyaló bevezetés után a bélsár makroszkopos, valamint chemiai vizsgálatának módszereit írja le. Külön fejezetet szentel a bélsátna fleg, bakterium és protozoon természetű lakóinak. Végül a bélsárleletnek a különböző betegségek diagnoszában felhasználásával foglalkozik. Számos fekete és színesnyomású ábra előnyösen támogatja a nagy anyagot felölelő, tömör, de mégis világos szöveget. Mind a klinikus, mind a laboratoriumi diagnosta megtalálja benne a számára fontosat és ezért keresett könyvnek ígérkezik.

Belák prof.

Therapeutische Taschenbuch der wichtigsten Krankheiten der warmen Länder. *P. Mühlens.* (G. Thieme, Leipzig. 1939. Ára: 2 RM.) E zsebkönyvcskében a szerző röviden, ügyszolván telegramm-stylusban tárgyalja a tropusi betegségeket. Mint munkája előszavában említi, célja tulajdonképpen tanácsadás e betegségek diagnoszáját, leküzdését és megelőzését illetően. A 76 oldalon összetömörített könyvcskében megtaláljuk a protozoonok, spirochaeták, bakteriumok, vírusok okozta fertőzéseket, bélférgék, arthropodák okozta betegségeket, táplálkozási zavarokat, fertőzőes bőrbetegségeket, végül a rovar- és kígyómarás okozta elváltozásokat.

F. E. dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 3-i ülése.

Bemutatás:

Neuber E.: Fajlagos terapiával kezelt tuberculosis cutis luposa. 13 éves nőbeteg mutat be, akit 1939. III. 21—1939. VII. 1.-ig arany-reconvalescens serumkezelésben részesített. A kezelés előtt a beteg kézhatán és a jobb könyöke felett több fillérny-pengőnyi beszűrődéses terület mutatkozott, amelyeken igen sok lupusos göb foglalt helyet. A tüdőhilusokban néhány meszes mezőny volt észlelhető. Kezelés után gyógyultan hagyta el a klinikát. A reconvalescens kezelés előtt az aranytherapiát azért tartja fontosnak, mert régebben e nélkül fajlagos reconvalescens kezeléssel gyógyulást nem látott. Azt hiszi, hogy az aranykezelés előkészíti a talajt fajlagos reconvalescens kezelés számára.

Szántó J.: Ha az eljárás beválik, úgy az nemcsak a lupus, hanem a tub. gyógyítása problémájának megoldását közelebbi meg. A legfontosabbnak azt látja, hogy a savót adó egyént a legpontosabban kivizsgálják, rajtuk valamennyi biológiai reactiót elvégezzék, mert ezek, de különösen az allergometria, hasznos útbaigazítást adhatnak.

Előadások:

Krompecher I.: Kísérleti izületképzés az élő szervezetben. Kísérleti kutyákon kiirtották a térdizületet. Az 5. naptól kezdve, amikor a sarjszövet bevonta a fűrészelt csontfelszíneket — az embryonalis izület kialakulás mintájára — mozgatni kezdték a kialakított izületet, vagyis a sarjadzó csontfelszíneket nyomás és oldalelmozdításnak, azaz

csiszolásnak tették ki. Erre a kezelésre szerkezetileg és működésileg jó térdiszület alakult ki. A makroszkopos és mikroszkopos képek mutatják a sarjszövet folyamatos kialakulását a sima izületi porc felszínén.

Horváth B.: A beültetett anyagok jól szervülnek, az így újra képzett izületek jól mozognak, ellenállóképesek és ezeket a jótulajdonságaikat kifogástalanul megtartják. Hozzászóló az interpositum híve, mert ezzel az egyik csontvég csontállományából feltartóztatathatatlannal bekövetkező vérzivárgás megakadályozható és újonnan képzett izületnek a sima gyógyulás érdekében rövidebb-hosszabb ideig nyugalmat kell biztosítani. De éppen a rögzítés szükségessége miatt tartják tanácsosnak olyan anyag beültetését, mely az összetapadást gátolja.

Puky P.: Műteti izületképzés a hallux valgus műteti megoldása is. Az előadó teljesen újonnan képzett mesterséges izületeivel szemben ezek félig mesterséges izületek. A Verebélly-klinikán 182 esetben végeztek ilyen műtétet, annál szebb eredménnyel, minél korábban kezdte a beteg izületét használni.

Zinner N.: A gyógyult tbc.-t sem tartja contraindicálnak, a plastica végzésére is, csakis a primaer chronikus polyarthritist az, amelynél az újonnan képzett izület ismét elmerevedik. Az interpositumot feltétlenül szükségesnek tartja, különösen az alsó végtag azon izületeinél, ahol csak keskeny izületi rést szabad csinálni. 120 nagy izületet mobilizált eddig. Az indicatiós terület kitégítését ajánlja.

Niederecker G.: Voltak jó eredmények interpositummal és vannak jó eredmények anélkül is. Újabb interpositum nélkül végzi a mobilisatiókat és ilyen sikeres esetek röntgenképeit bemutatja. Legfontosabb a beteg műtét utáni kezelése.

Krompecher I.: A gyakorlati keresztülvitelhez nem szól, az az operateurok dolga. Irányelvül említheti, hogy a módszerekben emelkedő tendenciát lát: 1. az idegen anyagokból (fémből) készült izület behelyezése; 2. A saját szervezetből transzplantált, de idegen szövet behelyezése izület pótlására; 3. A szervezet saját sejtjei által új izület helyben kialakítása.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 45. sz. **Richter H.:** A harctéri szolgálatképesség befolyásolása gyulladásos középfülbetegségek által. — **Alter W.:** A táplálkozás szabályozásáról. — **Rehm O.:** Zárványtestek nephrologiai kimutatása poliomyelitis beteg agy-gerincvelő folyadékában. — **Nekula I.:** Terhességi retinitis két esete. — **Pröbstel K. H.:** Bronchopathia allergica kezelése allergenmentes kamrában. — **Franke H.:** Extragenitalis kiesési jelenségek gyógyítása „cyrennel”. — **Neergaard K.:** A sülyyedési sebesség jelentősége, mint nem specifikus, immunbiológiai reactio a korai diagnosis prophylaxis és kezelés szempontjából. — **Krueger E.:** Lehet a hypnózisban keletkezett égési hólyagokat természetes úton megmagyarázni?

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 45. sz. **Volhard:** Harctéri nephritis. — **Geldrich:** Abortiv glomerulonephritis. — **Geissendörfer:** Az ú. n. halvány és vörös hypertonia sebészi kezelése. — **Sarre:** A kísérleti kutatás jelentősége az emberi diffúz glomerulonephritis pathogenesisében. **Kahlen:** Szívelégtelenség utókezelése digitaloidokkal. — **Köbeke:** Görcsös érbetegségek peroralis izomadenylsavterápiája az Egyesült Államokban és Németországban. — **Fedtko:** Háborus orvostani szemle. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 45. sz. **Bernhart F.:** Az eklampsia története, lényege és kezelése. — **Siedek H.:** A sóanyagcseréről. — **Fröhlich W.:** A syphilis serodiagnosztikája. —

Medizinische Klinik. 45. sz. **Falta W. és Pilgerstorfer E.:** Háborús kosz és diabetes. — **Hoche O.:** Harctéri sérülések sebészi kezelése. — **Oettingen Kj.:** A méhrák korai felismerésének és megítélésének kérdése. — **Konjetzny G. E.:** Megjegyzések Haring cikkére: „Mi a chronikus gastritis jelentősége a gyomorrák keletkezésében”. — **Haring W.:** Zárzó Konjetzny megjegyzéseire. — **Brandenburg K.:** Időjárásváltozások és asthma. — **Birkenfeld W.:** Az urologia újabb haladása. —

British Medical Journal. nov. 4. **P. W. Edwards és A. Lynn:** Zárt intrapleurális pneumolysis. — **J. S. K. Boyd:** Laboratóriumi módszerek a typhus és paratyphus csoport okozta belbetegségek diagnosztikájában és ellenőrzésében. —

Ralston Peterson: Rák; gyógyíthatóság és a radium-therápia. — **J. A. Martinez:** A gyomorfekély complicatiói; egy eset kapcsán. — **J. L. Hamilton—Peterson:** Raktározott vér felhasználása transfúzióra.

VEGYES HIREK

Halálozás. **Novák Lajos dr.** kórházi adjunctus életének 39. évében nov. 10-én; — **Nagy Dénes dr.** Tiszafüred nagyközség ügyvezető orvosa életének 35. évében, nov. 10-én; — **Gölniczki Oszkár dr.** ny. m. kir. I. o. főorvosorvos, életének 71. évében, nov. 9-én elhunyt.

A Budapesti Orvosi Kaszinó 40 éves fennállása alkalmából kitűzött pályadíjra beérkezett pályamunkákat a bíráló bizottság döntése után e célra alakult döntőbizottság elbíráta, melynek eredményeképpen két 200 P-s jutalmat ítél oda espedig: 1. Az „Új gyógymód a szervezet véderőinek fokozására” és 2. Az „Újabb gyógyító kísérletek a vasomotor és légzőközpontbénulás megszüntetésére a halál különböző eseteiben” című munkák szerzőinek.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának hírei. (Chronicle of the Health Organisation. 1939. I. 10.) 1. A Kopenhágában 1923-ban megtartott első Laboratóriumi Conferentián az a nézet alakult ki, hogy a *syphilis sero-diagnosis*-ban legmegbízhatóbb a Bordet—Wasserman-reactio, de ezt ajánlatos a flocculatiós reakciókkal kiegészíteni. Az 1928-ban Kopenhágában és az 1930-ban Montevideóban megtartott Conferentia ezzel némileg ellentétes véleményre jutott és megállapította, hogy a legjobb fajta flocculatiós reactio jobb eredményt ad, mint a legjobb typosú Bordet—Wassermann-reactiót, tehát ahol csak egyfélélt alkalmaznak, ott valamilyen flocculatiós reactiót javasoltak a Bordet—Wassermann-reactio helyett. Most újra felmerült az a kérdés, hogy vajjon a Bordet—Wassermann-reactio az időközben végzett technikai újítások miatt nem ad-e mégis jobb eredményt. Erre a kérdésre kellett volna felelnie annak a szakértőkből álló bizottságnak, amelynek 1939. szept. 25-én kellett volna összeülnie, de amelynek ülését bizonytalan időre elhalasztották. A szakértők mintegy 1000, e célra kiválasztott olyan serumot vizsgálnak majd meg, amelyek előzőleg kétes eredményt adtak. Az értekezlet azután több szempontból is elbírálja a reakciók alkalmazásának kérdését. Magyar részről a meghívott szakértők között **Oláh Gábor dr.,** az Orsz. Közegészségügyi Intézet osztályvezetője vesz részt az értekezleten; — 2. A malaria Afrikában is súlyos problema. Alig van terület, ahol malaria elő ne fordulna. Az 1935. évi Pan-Afrikai Egészségügyi Conferentia, majd két évvel később a Malaria Bizottság rámutatott az afrikai malaria-járványok néhány tulajdonságára. A kérdés alapos tisztázását megelőző munkálatokban több afrikai állam vett részt és ezeknek jelentését a Malaria Bizottság jelenleg tanulmányozza; — 3. Az egészségügyi múzeumokkal foglalkozó bizottság szeptember 1-én kezdte volna meg tanulmányútját, amelynek keretében Londonban, Varsóban, Belgrádban, Zágrábban és végül Budapesten tanulmányozták volna a higiéniai múzeumokat. Ugyancsak ezzel egyidejűleg egészségügyi mérnökökből álló bizottság is tanulmányutat tervezett, amely Jugoszlávián, Románián, Lengyelországon keresztül vezetett volna és ugyancsak szept. 30-án végződött volna Budapesten. Az utóbbi bizottságnak magyar részről **Vass Elemér m. kir. mérnök,** az Orsz. Közegészségügyi Intézet egészségügyi mérnöki osztályának vezetője is tagja. (A tanulmányutakat a világpolitikai helyzetre tekintettel bizonytalan időre elhalasztották.)

A háború higiéniéje. **Mühlens prof.** a hamburgi trópusi orvostani intézet igazgatója a háború higiéniájáról igen érdekes tanulmányt közöl. Régebben betegségekben sokkal több katona halt meg, mint sérülések következtében. A krimi háborúban (1854—56) háromszor annyi katona halt meg betegségben, mint sebesülésben. Kb. ilyen volt az arány az olasz háború alatt is (1859). A porosz—osztrák háború alatt (1866) többnyire kolerában 6400-an haltak meg és 5200-an fejtől. Az 1870—71-i porosz—francia háborúban már megváltozott az arány, 100 fegyver általi halálra 53 betegség következtében beállott halál jutott. A világháborúban tizszer annyi német katona halt meg sebesülés következtében, mint amennyi betegségben. E háborúban 13 millió katona közül 2 millió halt meg.

A világháborúban a dysenteria még igen nagy szerepet játszott, míg a typhus és kolera főleg a védőoltások és az általános közegészségügyi intézkedések folytán elvesztették előbbi nagy szerepüket. A typhus elleni védőoltások bámulatos eredményekre vezettek. Emellett az ivóvízről történt

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.Calcium sókat tart. jóízű
mentholos kreosot syrup**Idealis enyhe expectorans**Légzőszervi bántalmak
specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

gondoskodás is nagy szerepet játszott. Kolera már aránylag kis számban fordult elő (3300 eset). E betegség ellen is bevált a védőoltás. A görögök statistikájában 1000 nem oltottra 90 és ugyanennyi oltottra 8 jutott. — A himlőoltás a legnagyobb eredményt érte el. Az 1870—71-i háborúban 75-ször annyi francia katona lett beteg himlőben, mint német, akiken a védőoltásokat kivétel nélkül végrehajtották. A világháborúban a himlő már nem játszott szerepet, mert a 4 év alatt mindössze 459 katona esett át rajta, kik közül 20 halt meg. —

A tetanus és gázoedema elleni oltás is bevált. A kiütéses typhus a világháborúban igen nagy gondot okozott, különösen a foglytáborokban. A tetvenlítés azonban csakhamar végetvetett e szörnyű betegség pusztításainak. Nehezebb küzdelmet folytattak a malaria ellen. A chininkezelés és a szúnyogok pusztítása segített. Influenza ellen volt a legnehezebb a védekezés. — E néhány adat figyelmeztetésül szolgáljon arra, hogy résen kell lenni. A hadsereg higiénikusai nagy szolgálatokat tehetnek, de arról is gondoskodni kell, hogy a sebesültek és betegek számára kellő számú és kellően felszerelt, kellő vezetés alatt álló kórházi ágy álljon rendelkezésre. Londonban az első légitámadás esetére az első napon 100.000, a második napon 200.000 ágy áll rendelkezésre. Nagyon kívánatos, hogy az előkészületek feleslegessé váljanak, de jobb a felesleges előkészület, mint a meglepetés zür-zavara.

10.839—1939. sz.

Hajdú vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETÉMÉNY.

Hajdunánás megyei városban nyugdíjazás folytán megüresedett és a X. fiz. oszt. 3. fokozatában tartozó egy városi orvosi állásra pályázatot hirdetek. A pályázati kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvet és szigorlati bizonyítványokat; 6. orvoskamarai tagság igazolását; 7. tisztiorvosi, illetőleg községi orvosi képesítést igazoló okmányt; 8. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 10. az esetleges szak-képzettséget igazoló okmányokat; 11. az esetleges nyelv-ismeretre vonatkozó adatokat; 12. az 1939. évi IV. tc. értelmében a származás igazolása végett mindkét szülő születési és házassági anyakönyvi kivonatait, továbbá mind a négy nagyszülő születési és házassági anyakönyvi kivonatait; 13. életrajzi adatokat (curriculum vitae), esetleges tudományos működés igazolását; 14. a pályázók a kérvényben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézményekben és közintézetekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. Közszolgálatban álló pályázók az 1—14. pontban felsorolt követelmények közül azokat, melyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak véve, ennek hivatalos másolatával igazolhatják. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérvényeiket e pályázati hirdeteménynek a Népegészségügy c. hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül a m. kir. belügyminiszterhez címezve Hajdunánás megyei város polgármesteri hivatalába adják be. A határidőn túl érkező, vagy helytelenül felszerelt pályázati kérvényeket nem vehetem figyelembe.

Debrecen, 1939. október 30.-án.

Rásó, s. k. alispán.

2568—1939. fp. szám. Bp. székesfőváros főpolgármestere.

PÁLYÁZATI HIRDETÉMÉNY.

Az 1943. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a Szent Rókus köz-kórház szülészeti-, továbbá az Új Szent János köz-kórház gyermekosztályának ujonnan szervezett egy-egy gyermekgyógyász-szakos végleges jellegű alorvosi állásra. Felhívom mindazokat, akik ez állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket f. évi november hó 18. déli 12 óráig hivatalomban (IV., Váci utca 62—64. I. 11.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni a) a leszármazást igazoló okmányokat (közszolgálati alkalmazásba lépés szempontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. alkalmazása szempontjából „nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy az 1895. évi október hó 1. napja előtt keresztény hitfelekezeti tagjaként született, vagy ha az 1895. évi október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezeti tagjaként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni”); b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) a polgári szolgálatban alkalmazást igazoló okmányokat; g) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; h) az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot, tűzharcosságot, hadiárvaságot igazoló okmányokat, illetőleg annak igazolását, hogy állott-e katonai sorozás alatt; i) szakképzettséget igazoló okmányokat; j) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; k) tudományos dolgozatait; l) életrajzi adatokat (curriculum vitae).

Mindazokat a pályázókat, akik az állás elnyerése céljából közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá tartozó összes pályázók elbírálásánál utolsó helyen fogom tekintetbe venni.

Budapest, 1939. október 31.-én.

Karafiáth Jenő dr., s. k. főpolgármester.

18.370—1939. sz.

Fejér vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETÉMÉNY.

Fejér vármegye központi járási tüdőbeteggondozó intézetének vezető szakorvosi és segédorvosi állására pályázatot hirdetek. A vezető szakorvos javadalmazása későbbi időpontban állapíttatik meg. A segédorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény. A vezető szakorvosi állásra olyan orvostudorok pályázhatnak, akik legalább öt évi kórházi orvosgyakorlatot és megfelelő szakorvosi képesítést igazolni tudnak. Segédorvosi állásra a megfelelő elméleti képzés igazolása elegendő. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy elméleti képzésüket, az orvosi pályán eltöltött eddigi működésüket, vagy egyéb szolgálatukat, esetleges irodalmi működésüket igazoló, valamint személyi adataikat tartalmazó okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, magyar állampolgárság) felszerelt kérvényeiket, amennyiben jelenleg is alkalmazásban állanak, felettes hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül hozzám címezve f. évi november hó 30-án déli 12 óráig iktatóhivatalomban nyújtsák be.

Igazolni tartozik végül a pályázó azt, hogy az 1939. évi IV. t. cikk alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak. Igazolását 7720—1939. M. E. sz. rendelet 3. §-a szerint csatolandó. Később érkező pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetek.

Székesfehérvár, 1939. évi október hó 30. napján.

Thaisz Andor dr., s. k. alispán.

Bőségesen és könnyen köptetnek az *Expectin* cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz krt. 27.

Szabályszerűség helyreállítására: Eugastin mite et forte "Certa" a belműködést is szabályozza!

205.781—1939. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszatért kárpátaljai területen állami közigazgatás alá került nagyszöllősi kórházban 1 *belgyógyász* és 1 *bőrgyógyász főorvosi állásra* pályázatot hirdetnek.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. Születési anyakönyvi kivonat, nősek házassági anyakönyvi kivonata is; 2. A zsidók közéleti és gazdasági térfoglalásának korlátozásáról szóló 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-a értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az idézett törvény 1. §-ának korlátozó rendelkezései alá; 3. orvostudori oklevél; 4. szakorvosi képesítés; 5. állampolgárság igazolása; 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 7. Magyarországának a trianoni szerződés által megállapított területéről pályázók orvoskamara tagosságának igazolása; 8. esetleges katonai szolgálatra vonatkozó iratok; 9. Közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítványa, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 11. nyilatkozat arra nézve, hogy a pályázó bírja-e a magyar-orosz nyelvet s mily mértékben? A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalban, közintézményben és közigazgatásban állandó javadalmazással járó és orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét, meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap, (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltésekor — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek és szak szempontból az illető állásra képzettségüknel és gyakorlatuknál fogva megfelelnek a 7.800—1939. M. E. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi aug. 20-iki 188. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak: a) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszatért kárpátaljai területeken volt, állomásukat azonban magyarságuk, vagy politikai magatartásuk miatt a cseh-szlovák uralom alatt minden ellátás nélküli elvesztették és azóta állandóan a visszatért kárpátaljai területeken laktak; b) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszatért kárpátaljai területeken volt, állásukat azonban magyarságuk, vagy politikai magatartásuk miatt a csehszlovák uralom alatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni szerződéssel megállapított területére költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; c) akik az 1939. évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területen kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak; d) az a) pontban említettek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laktak; a) mindazok, akiknek az 1939.

évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területeken állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laktak. — Az a), b) és c) pontok alá eső személyek a d) és e) pontok alá eső személyekkel szemben egyenlő sorban vétetnek figyelembe; az a)–e) pontok alatt említettek közül azonban legeisősorban azok vétetnek figyelembe, akik a kárpátaljai területeknek visszatérése iránti mozgalmakban érdemeket szereztek. A 7.800—1939. M. E. rendelet 7. §. (1) bekezdésének a), b), vagy c) pontjai, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók e rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba besorozva.

Pályázók hiteltérdelemmel igazolni tartoznak azt, hogy az említett kormányrendelet 7. §-a a)–e) pontjai hatálya alá tartoznak. Az említett kormányrendelet 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 7.800—1939. M. E. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyane §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdelemmel igazolni.

A pályázati kérvények magyar, vagy magyar-orosz nyelven nyújtandók be. A kérvényhez mellékelni és nem magyar vagy magyar-orosz nyelven kiállított okmányok hiteles fordítása is csatolandó. A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak és ezért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek. A főorvosi állások általában az állami rendszerű VIII. fiz. oszt. legalacsonyabb fokozata szerinti javadalmazásban részesülnek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny” című hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtsák be. E határidőn túl érkező vagy nem kellően felszerelt pályázatokat figyelembe nem vehetem.

Budapest, 1939. november hó 19-én.

M. kir. belügyminiszter.

663—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Keszthely nagyközség közkórházában megüresedett egy *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetnek. A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Alkalmaztatása egy évre terjed és újabb pályázat útján kerül újra betöltésre. Javadalmazása: bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás, havi 80 P tiszteletdíj és ételmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez csatolandó: a születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, magyar orvosi diploma, magyar állampolgárságot igazoló okmány, kamara tag-ság igazolása, esetleges működési bizonyítványok. — A kérvényeket Barnd Sándor dr. Zala vármegye alispánjához címezve a kórház igazgatóságához kell benyújtani. Határidő 1939. december hó 10. Az állás kinevezés esetén azonnal elfogalandó.

Keszthely, 1939. november hó 9.

Magyary Gerő dr., s. k. kórházigazgató.

Orvosi szakmunkák szakszerű fordítását vállalja magyarról németre, németből franciából és angolból magyarra laboratoriumi assistensnő. Cím a kiadóban.

SEVENAL - CHINOIN

Injectio-tabletta

Altató- és csillapítószer, antiepilepticum.

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik okt. 29—nov. 11. között. Az időszak első felében számos frontátvonulás történt, a második héten a frontok száma abnormisan csekély volt. A frontok részletes adatai:

| Átvonulás ideje Budapesten | | | A front fajtája | Fejlettsége | Kísérő események |
|----------------------------|-----|-----|-----------------|-------------|--|
| hó | nap | óra | | | |
| Október | 29 | 0 | Betörési | Gyenge | Kis szélélénkülés. |
| | 29 | 4 | „ | Mérsék | Erősebb szellőkések. |
| | 29 | 6 | „ | „ | „ |
| | 29 | 10 | „ | „ | Záporosó 1 mm. |
| | 29 | 16 | „ | Erős | Szélvihar 18 m/mp. záporosó 7 mm. |
| | 29 | 20 | „ | „ | Szélvihar 24 m/mp. |
| | 29 | 24 | „ | „ | Orkányszerű szélvihar reggelig. 31 m/mp. |
| | 1 | 18 | Felsíkl. | Mérsék. | Praefr. borul. 10 ó-tól havaseső 0.2 mm. |
| | 2 | 14 | Betörési | Gyenge | Hir elen szélnyugtalanság. |
| | 2 | 18 | „ | „ | „ |
| November | 3 | 6 | „ | „ | „ |
| | 3 | 11 | „ | „ | „ |
| | 3 | 17 | „ | „ | „ |
| | 3 | 22 | „ | „ | „ |
| | 4 | 4 | „ | „ | „ |
| | 4 | 6 | „ | „ | „ |
| | 4 | 21 | Felsíkl. | „ | Praefrontalis borulás és légnyomássüllyedés. |
| | 4 | 22 | Betörési | Mérsék. | Záporosó délkeletről. |
| | 5 | 6 | Felsíkl. | „ | „ |
| | 5 | 7 | Betörési | „ | Praefront. eső éjjeltől. 2 mm. |
| November | 5 | 14 | „ | „ | Szélrohámok 7 m/mp. |
| | 5 | 19 | Felsíkl. | Erős | Szélroh. és záporosó 5 mm. |
| | 5 | 27 | Betörési | Gyenge | Héves praefront. eső 17 ó-tól. 7 mm. |
| | 7 | 6 | „ | „ | Néhány szélrohám 5 m/mp. |
| | 10 | 13 | „ | „ | Kis szélnyugtalanság |
| | 10 | 21 | „ | „ | Szélélénkül. 8 m/mp.-ig. ködösség Szélélénkül. 7 m/mp.-ig. éjjeli kiderülés. |

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár Budapest X., gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeljük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTAN.

Acirufan inj.
Allergiás betegségeknek a szervezet deszenzibilizálására
Ára: 6 amp. P 3.—
10 amp. P 4.80
MADAUS & CO. BUDAPEST II. Erőd u. 11

HETIREND

Hétfőn, 20-án 7 ó.: a Bp. Orv. Kör ülése. *Gortvay Gy.*: Kuruzslás. Laikus orvoslás. Népgyógyászat.

Kedden 21-én 3/47 ó.: a Bp. Orv. Kaszinó ülése. *Salamon H.*: Rendes gyermekek rendetlen fogai. Fogszabályozás.

Szerdán, 22-én, 6 ó.: a Közkórh. Orvostársulat ülése. Előadások: *Szöllősy L.*: A bél diverticulumai; *Tóth L.*: Bronchiektasia; *ifj. Kovács F.*: Beszámoló római tanulmányútról.

Csütörtökön, 23-án, 7 ó.: a Magy. Rtg. Társ. ülése. *Bach E.*: Vesemedencetágulatok röntgenképe; *Polgár F.*: Tüdőtályog és annak localizálása; *Biedermann J. és Polgár F.*: Hogyan befolyásolja a helyzetváltozás a művi pneumothoraxot?

Pénteken, 24-én, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatók: *Szüle D.*: Évek óta fennálló idiopathicus spontan pneumothorax; *Szüle D.*: Monaldi-féle caverna-szívódrainage kezelés esetei. — Előadások: *Györy Gy.*: Evipan-altatással szerzett tapasztalatok több mint ezer eset kapcsán; *Pándy K.*: Tuberculum carabelli és a connatalis Iues.

CORMOTYL - CHINOIN

pyridin - β - carbonsavas diaethylamid 25% -os vizes oldata

Ampulla (1.5 és 5 kcm), Solutio

Analepticum - Excitans - Expectorans

Engedélyezések: OTI: inj. és sol. főorvosi engedéllyel. Dohányjövédék B. B. I.: összes csomagolások főorvosi engedéllyel. MABI: összes csomagolások főorvosi engedéllyel. Pesti Izr. Hitközség Korházai: amp. szabadon.

ORVOSI HETILAP

Alapította: **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytattak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE.

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN**

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

TARTALOM:

Burger Károly: Irányelvek az előlfekvő lép kezelésében. (1001—1003. oldal.)

Rítlop Béla: A chlorpikrin „halálozási száma”. (1003—1005. oldal.)

Reichenfeld László: Miliaris gümőkór és szívizomtuberculosis. (1006—1007. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (105—108. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (1007—1009. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1009—1010. oldal.)

Lchotzky Pál: Még egy gondolat az öregedésről. (1010. oldal.)
n. e.: Verebélly Tibor 25 éves tanári emlékünnepe. (1010—1011. oldal.)

Vámossy Zoltán: Gyógyul a falu. (1011—1012. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Heti rend: (1012. oldal és a borítólapp III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

Irányelvek az előlfekvő lepeny kezelésében.

Irta: *Burger Károly dr., ny. r. tanár.*

Köztudomású, hogy az előlfekvő lepeny egyike a legsúlyosabb szövődményeknek, mely mind az anya, mind a magzat életét igen nagymértékben veszélyezteti. Az előlfekvő lepeny kezelése történhet hüvelyi úton vagy amint azt a század elején *Dudley* (1900) Amerikában, *Krönig* és *Sellheim* Németországban, sőt *Bermays* már 1894-ben alkalmazni és ajánlani kezdte a szülőcsatorna elkerülésével abdominalis úton. Az abdominalis út kétségtelenül javított az eredményeken, mégis vannak hátrányai is. Elsősorban, hogy csak intézetben jöhet szóba. Másodsorban, mert maga a műtéti eljárás is veszélyt rejt magában, azon a veszélyen kívül, amelylyel a placenta praevia a vérzés és fertőzés, esetleg embolia következtében jár. Részben talán ez az oka annak, hogy bár nagyon kevesen, de vannak ma is, akik a hüvelyi úthoz ragaszkodnak, így pl. a dublini iskola. Utóbbi a régi conservatív eljárásokat a vérvesztés leküzdésében oly áldásos vérátömlesztésekkel kombinálja és kitűnő eredményekről számol be. Azt különben magunk is számtalanszor tapasztaltuk, hogy a vérátömlesztés alkalmazása óta a conservatíven kezelt esetek eredményei is lényegesen javultak. Ezért mindjárt itt hangsúlyoznám azt az elvet, amit egyébként máskor is követendőnek tartok, hogy a *vérátömlesztést nemcsak akkor kell alkalmazni, amikor a reánk bízott beteg életét a kifejlődött heveny vérszegénység már súlyosan veszélyezteti, hanem idejekorán.* Másszóval a vérátömlesztéssel nem szabad fukarkodnunk, hanem minden olyan esetben, amikor a szüléssel kapcsolatban a heveny vérszegénységnek akár enyhébb tünetei is mutatkoznak, végezzük azt el. Az így alkalmazott vérátömlesztésnek célja és eredménye nem egyedül az elvérzéses halál megelőzése, hanem az nyilvánvalóan kedvezően hat a szülés, illetve műtét utáni gyógyulás folyamatára is. A *vérátömlesztés ezért egyik leghatásosabb fegyver az előlfekvő lepeny kezelésében.* Természetesen nem sza-

bad azt az ósdi felfogást követni, hogy az elveszett vér pótlásáról csak akkor gondoskodunk, amikor a vérzés forrását már elállítottuk, hanem igenis, ha célszerűnek látszik, már a műtéti beavatkozások előtt. Ilymódon a betegek jobban tűrik a beavatkozást. A vérátömlesztéstől sem várhatunk azonban csodát. Ezért, ha súlyos heveny vérszegénység mellett operálunk s így a beteg még további vért is veszít, amihez még a műtéti shock hozzájárul, úgy állapotán a *későn végzett vérátömlesztés* már nem sokat segíthet.

A *hüvelyen át végezhető eljárások* közül előlfekvő lepeny esetén szóbakerül a burokrepeztés, a ballontherápia, a Braxton—Hicks-féle lábrafordítás és mint nem typosus műtét az egyszerű láblehozatal, esetleges perforatio, stb. Az arteria hypergastricáknak laparotomia útján, arteria uterinák vaginalis úton végezhető lefogására, illetőleg lekötésére nem térek ki, mert azt csak egyesek végzik elvéve. Az ismertebb eljárások között a legkitűnőbb a burokrepeztés. Nemcsak azért, mert a legegyszerűbben elvégezhető, hanem azért is, mert a legkiválóbb eredményeket adja. Sajnos azonban csak könnyebb esetekben jöhet szóba, így marginalis, vagy legfeljebb lateralis placenta praevia eseteiben. Ilyenkor azonban az esetek nagyszámában kitűnően megoldja a helyzetet. A további vérzés megszűnik és a magzat is az esetek túlnyomó többségében élve születik meg. A másik két eljárás közül legalább is hazánkban a Braxton—Hicks-féle fordítás az elterjedtebb, a ballontherapiát majdnem mindenki elhagyta. Ugyálszik azonban, hogy aki állandóan az utóbbi eljárást alkalmazza, ezzel is elérhet jó eredményeket, mint azt egyes orosz szerzők közleményeiből látjuk. (*Sannicandro, Russo*). Hátránya a ballon-kezelésnek, hogy nem egyszer a magzat kedvező fekvését megváltoztatja és így a bálor megszületése után még fordítanunk is kell. Talán ez az oka annak, hogy ezen nem egyszer kétszakaszos műtét helyett, ami egyúttal annyit is jelent, hogy két ízben is vérezhet a vajudó, (nem szólva a lepenyi szakban fellépő vérzésről, melyről még külön lesz szó), legtöbbször a Braxton—Hicks-féle fordítást részesítik előnyben. Az eljárás az *anya szempontjából*, ha az megfelelő szakember végzi, igen jó. Fel kell azonban említenem egy körülményt, amely egész szülészeti működésem alatt folyton gondolkodóba ejtett. A Braxton—Hicks-féle lábrafordítás nem könnyű beavatkozás, de legalábbis bizonyos szülészti tapasztalatot, kezűgyességet és gya-

korlatot igényel. Hogy ez mennyire így van, azt legjobban az a körülmény mutatja, hogy e műtétet mind klinikákon, mind kórházakban inkább tapasztaltabbakra bizzák, de legalább is nem végeztetik kezdőkkel. Végeredményben tehát, ha valaki szorgalmasan elvégzi egyetemi tanulmányait s a gyakorlóévtől is pontosan abszolválja, akkor sem juthat abba a helyzetbe, hogy Braxton—Hicks-féle fordítást felügyelet mellett végezen. Ez természetesen helyes és érthető, mert ha e műtét a műtő gyakorlatlansága, vagy ügyetlensége miatt elhúzódik, úgy olyan nagy lehet a vérvesztés, hogy a beteg elpusztul. Az is világos azonban, hogy nem éppen célszerű, hogy a nem szakszülész oly műtétet végezzen, illetőleg neki oly műtét végzését ajánljuk és tanítsuk, amelynek kivitele erején és képességein felül állhat. Ezért felhívom a figyelmet a Willett-fogóra, amelynek alkalmazása feltétlenül egyszerűbb, mint akár a ballontherápia, akár a Braxton—Hicks-féle fordítás. Placenta praevia lateralis vagy marginalis eseteiben, ha nincs nagyobb fokú vérszegénység, úgy végezzünk burokrepszést, s ha a fej erre nem illeszkednék be, próbálkozunk ballontherápia, vagy Braxton—Hicks-féle fordítás helyett a Willett-fogó alkalmazásával. Intézetben ilyenkor természetesen felvetődik és alaposan mérlegelendő a császármetszés kérdése is. Ahhoz természetesen, hogy a Willett-fogót a gyakorlóorvosnak nyugodtan ajánlhassuk, oly nagy tapasztalat szükséges, amit egy klinika csak hosszú idő alatt szerezhet meg. Kérném ezért a szülészeti osztályok és klinikák vezetőit, hogy szintén próbálják ki ezt az eljárást. Ha az fog kiderülni, ami az eddigi tapasztalat alapján valószínűnek látszik, hogy az eljárással jó eredmények érhetők el, úgy az igen nagy jelentőségű volna, mert a szakorvos fegyvertárát egy egyszerű és értékes eljárással gazdagíthatnák.

Az abdominalis úton történő megoldást Stoeckel causalis therapiának nevezi, mert ilyenkor a passiv szakaszt elkerüljük. Ennek azért van igen nagy jelentősége, mert tudjuk, hogy az elvérzés oka placenta praevia esetén csaknem mindig a passiv szakaszban található sérülés vagy kinyulás (distractio). Ezért nem lehet súlyos esetekben a vaginalis úton történő megoldás sikeres, mert ha pl. placenta praevia centralis esetén tökéletesen tudom is csillapítani a vérzést akár ballon-behelyezéssel, akár a Braxton—Hicks-féle fordítás alkalmazásával, a beteg még mindig elvérezhet a magzat megszületése után a lepényi időszakban. Annak idején, amikor a placenta praevia terapiájában még a vaginalis eljárás volt az uralkodó, sok tragikus esetet láttunk, amikor az anya a magzat megszületése után elvérzett, mindamellett, hogy mindent elköveztünk élete megmentése érdekében. Célszerű ezért vaginalis eljárás esetén is, ha a beteg nincs a legjobb állapotban, már előre vérátömlesztést végezni. Még helyesebb azonban placenta praevia centralis esetén főleg ha jól fejlett a magzat, de lateralisnál is, ha a szülő nő már sok vért vesztett, az eset megoldására az abdominalis utat választani. Ily módon ugyanis a vérzés felett jobban tudunk uralkodni, akár főbb érforrások lefogása, akár végső esetben a méh amputatója révén. Hüvelyen át történő eljárás esetén ilyenkor az aorta compressio vagy az arteria uterinák lefogása (Henkel) jöhet szóba. Bármennyire is eredményes lehet ez eljárások alkalmazása, mégsem egyenértékűek a vérzéscsillapítás abdominalis úton alkalmazható eljárásaival.

Az abdominalis eljárás lehet conservativ, vagy radicalis. Másszóval vagy egyszerű császármetszés, vagy az a méh csonkolásával egybekötve. A császármetszést ma már placenta praevia esetén is úgyszólván mindenki

a méh alsó szakaszán végzi. A tapasztalat szerint ugyanis a vérvesztés ily módon sem túl nagy, viszont a műtėti terület ellátása tökéletesebb. A metszés irányát, illetőleg, hogy t. i. hossz, vagy harántmetszés-e a jobb, végleges véleményt mondani placenta praeviával kapcsolatban talán még korai volna.

Ha nagyfokú a vérzés és azt más módon ellátni nem lehet, szóba jöhet, mint ultimum refugium a méh amputatója. Ezt végezhetjük, mint ú. n. amputatio praecae-sareát is. Értvén ezalatt azt, hogy a méhet előbb amputáljuk és csak a már amputált méhnek nyitjuk meg a falát, hogy abból a magzatot a világra hozzuk. Ez az eljárás természetesen csak mint igen ritka kivétel jön szóba, de adott esetben igen áldásos lehet. Olyankor végezzük, amikor a vajudó annyira kivérzett, hogy még transfusio mellett sem róhatunk rá annyi vérvesztést, amennyi a normalis lepényi szakban várható. A műtétet természetesen a nagy érforrások előzetes lefogása után végezzük és ily módon az a kivérzett, alacsony vérnyomású nőn minimalis vérvesztéssel elvégezhető.

A sectio caesareával kapcsolatban felhívom a figyelmet még egy körülményre. Ha a terhesség végén a vérzés többször ismétlődik és előreláthatólag a császármetszés látszik a legcélszerűbb megoldásnak, részben, mert nagyfokú a vérzés, részben, mert pl. idős — 40 év körüli — előszörszülőről van szó, úgy, ha a szülés ideje itt van, ne soká várokozzunk a császármetszés elvégzésével, mert a hüvelyben ilyenkor nem egyszer bomló vérérvadékok a gyermekágy lefolyására ártalmas hatású lehet.

Minthogy abnormalis úton a súlyos esetek is többnyire eredményesen megoldhatók, a placenta praevias vajudót lehetőleg intézetbe kell szállítani. Ezt sokan hangoztatják, de nem nyilatkoznak kellőképpen arra vonatkozólag, hogy hogyan történjék a szállítás. Ismert elv, hogy tamponade lehetőleg ne történjék, mert a tamponált szülőcsatorna nem tekinthető már teljesen aseptikusnak és ilyen módon a beteg élete megmentésének kilátásai császármetszés esetén rosszabbak. Mit tegyen tehát a gyakorlóorvos? Merjen-e bármely placenta praevias nőt tamponade nélkül intézetbe szállítani? Ezt azt hiszem senki sem merné ajánlani. Tamponálás nélkül csak akkor szállítható a vajudó, ha alapos reménye lehet az orvosnak arra, hogy a szállítás folyamán nem lesz a vérzés életveszélyes. Erre vonatkozólag némi támpontot nyújt az a tapasztalat, hogy az először jelentkező vérzés nem szokott nagyon súlyos lenni. Ily, aránylag kedvező esetek azonban csak akkor kerülnek az orvos elé, ha rendszeresen történik a terhesség vizsgálata, melynek kapcsán a terhesek figyelmét felhívják arra, hogy a legkisebb vérzés esetén kérjék ki orvos tanácsát. Ha nincs terhesellenőrzés és egy, már súlyos állapotban lévő, nagyfokban vérző asszonyhoz érkezik az orvos, úgy általános tanácsot adni nem is lehet. Azt kimondani azonban —, főleg ha hosszabb szállításról van szó —, hogy tamponálni nem szabad, nagyon merész lenne és azt hiszem kevesen mernék ezért a felelősséget vállalni.

Végül még csak arra térnék ki néhány szóval, vajjon helyes-e és mennyiben jogos a vaginalis úton megoldott esetek eredményeit, a kétféle út értékelése céljából az abdominalisan megoldottakkal összehasonlítani. Szerény véleményem szerint csak akkor, ha a burokrepszéssel megoldott eseteket nem vesszük tekintetbe, minthogy ezek általában a legkönnyebbek szoktak lenni és ezért nem vonhatók párhuzamba az abdominalisan megoldott súlyos esetekkel. Tulajdonképpen nem is helyes a műtėti eljárások e két csoportját, mint konkurrens mű-

téteket egymással összehasonlítva szembeállítani, mert a józan, középúton járó szülész számára adott esetben valamennyi értékes lehet, ha azokat, mint egymást kiegészítő fegyvereket alkalmazzuk.

A vezetésem alatt álló klinika 15 évi placenta praevia anyagát *Baumann* dolgozza fel és ő fogja az e tércn szerzett tapasztalatainkat ismertetni. Magam csak arról az anyagról számolnék be, amely a budapesti Bábaképző Intézetnek és a II. sz. női klinikának vezetésem alatti idejére esik. Tehát olyan anyagról, amelyet egységesen, saját elveim szemmeltartásával, láttunk el.

46 esetünk volt, amelyek közül csupán egy anyát veszítettünk, de ez sem elvérzés miatt halt meg, hanem súlyos toxicosisra valló májelhárításai miatt fél nappal a műtét után. Nem akarom azonban az esetet levonni, mert nem vagyok híve az ú. n. „tisztított” mortalitás közlésének, ami nem mindig elég tárgyilagos. Így is 2.17% az anyai összes halálozás, ami a világirodalom adataival összehasonlítva: *Stoeckel*-klinika (*Mikulitz-Radetzki*) 9.5%, *Högler* (Wien) 5.6%, *Peckham* (Baltimore) 8.64%, *Kovács* (Pécs) 6.2%, *Mueller* (München) 8.7%, stb. igen kedvezőnek mondható. A magzati halálozás 32.6% volna, de ha ebből levonjuk azokat az eseteket, amelyek az irodalomban szokásosak, így a beavatkozás előtt már elhaltakat s a 2000 g-nál, illetve 40 cm-nél kisebbeket, úgy összesen 7 eset marad, ami 15%-nak felel meg. A világirodalom adataival összehasonlítva: *Mikulitz-Radetzki* (*Stoeckel*-klinika) 61%, *Högler* (Wien) 44.2%, *Peckham* (Baltimore) 38.71%, *Kovács* (Pécs) 33.3%, *Mueller* (München) 58.5%, stb. eredményeink tehát e tekintetben is jóknak mondhatók. Az esetek száma természetesen 6 év alatt nem volt olyan nagy, hogy abból százalékos számításon alapuló végleges következtetéseket vonhassunk le. Annyit azonban mutat anyagunk, hogy úgylátszik jó úton járunk és helyes elveket követünk placenta praeviás szülőink el-látásában. Ezek pedig a következők:

1. Nem fukarkodunk a vérátömlesztéssel, amelyet, ha szükségesnek látszik, már a beavatkozás előtt más-kor pedig ismételtelen is elvégezzük.

2. *Centralis praevia* esetén, ha csak nem kicsiny, halott magzatról van szó, az abdominalis megoldást részesítjük előnyben. Nagyon kivételesen rendkívül súlyosan kivéztelt nőknél, az ú. n. *sectio praecaesarea* is szóba kerülhet.

3. *Lateralis* és *marginalis praevia* esetén burokrepesztést végzünk. Ha ily módon az eset nem oldható meg, úgy alaposan mérlegelendő a *sectio caesarea* kérdése. *Braxton-Hicks*-féle fordítás inkább kis magzatok esetében és többszörszülőkön jön szóba.

4. Felhívjuk az intézetek vezetőinek figyelmét a *Willet*-fogó alkalmazására placenta praevia eseteiben, hogy nagyobb anyagon kipróbálva, lehetőleg rövid idő alatt tisztázódjék ezen eljárás értéke, mert, ha az eddigi benyomásaink igazolást nyernek, úgy ezzel a gyakorló-orvos fegyvertárát értékesen gyarapíthatjuk.

A chlorpikrin „halálozási száma”.

Irta: *Ritlop Béla dr.*, m. kir. ezredorvos.

A chlorpikrin, vagy más néven nitrochloroform (CCl_3NO_2) tiszta állapotban könnyen folyó, 113°C -on forró folyadék. *Dermedési pontja* -69.2°C . Vízben nem oldódik, víz nem bontja, viszont jól oldódik szerves oldószerekben. Illanósága 20.5°C -on $175\text{ cm}^3/\text{m}^3$, ami literenként 290 mg-nak felel meg. (*Fiury-Zernik*.)

A chlorpikrint először *Stenhouse* állította elő 1848-ban. Békében rovarirtásra használják, mint vegyi harc-anyagot először az oroszok alkalmazták 1916 márciusában, de még ugyanebben az évben az angolok és németek is. Az oroszok sulfurylchloriddal, az angolok óntetrachloriddal keverve gránátokba töltöttek; a németek eleinte chlorhoz adva gázfúvásra, később peranyag-gal (diphosgen) keverve gázlövésre használták.

Emberre gyakorolt specifikus mérgező hatását a világháborúban nem sikerült megállapítani, mert amint említettem, mindig más gázokkal keverve használták, ezért a harctéri mérgezések tünetei is nem a chlorpikrin-mérgezésre jellemzőek, hanem „keverték” voltak. A chlorpikrin gőze már $2\text{ mg}/\text{m}^3$ töménységben erősen izgatja a szem kötő- és szaruhártyáját; $5\text{ mg}/\text{m}^3$ koncentrációban az azonnal jelentkező égető fájdalom miatt a szem nyitvatartása lehetetlen; $50\text{ mg}/\text{m}^3$ -es behatásnál álarc nélkül 1 perc múlva elviselhetetlen. Ilyenkor a könnycsorgás mellett már bőséges orrfolyás is észlelhető. Izgató hatással van a légutakra, a gyomorbél rendszerre: hányingert, hányást, hasmenést, máskor meg spastikus székrekedést okoz. Súlyos mérgezéskor a csaknem mindig kifejlődő tüdővizényő miatt a mérgezeteknek nehézlégzésük van. A chlorpikrin a haemoglobinnal methaemoglobint képez, tehát bizonyos fokig „vérmérgező” hatása is van.

A chlorpikrin mérgező hatásának nagyságát éppen úgy, mint a többi harcigáz hatásosságát a „halálozási számmal” fejezzük ki.

A „halálozási szám” fogalmán (*Haber-féle szám*) egy szorzatot értünk (c. t) ami képletes kifejezése annak, hogy a kérdéses harcigáz mérgező hatása függ a levegőben elosztott hatóanyag töménységétől ($c = \text{mg}/\text{m}^3$) és az elgázított térben történt tartózkodás idejétől (t). A legújabb értelmezés szerint halálozási számon azt a mérgezési értéket értjük, amelynél a kísérleti állatok fele elpusztul, a másik fele életben marad: közepes halálozási szám. Pl.: a phosgennek macskára vonatkoztatott halálozási száma 1000, ez azt jelenti, hogy a kísérleti macskáknak fele elpusztul akkor, ha 20 percig hagyjuk őket olyan atmoszférában, amelyben köbméterenként 50 mg phosgen van ($50 \times 20 = 1000$).

A c. t érték megváltozott körülmények között nagyon eltolódhat. Meghatározásakor a töménységen, a kísérleti időn, a kísérleti tér nagyságán kívül még a kísérleti állatok fajára is tekintettel kell lenni. Általában a harcigázok hatásosságának számokkal kifejezése sohasem jelent abszolút értékeket, e számoknak csupán tájékoztató, összehasonlító jelentőségük van.

A chlorpikrin halálozási számát az irodalomban 2000-nek adták meg, viszont saját kísérleteinkben azt láttuk, hogy ez az értékszám 16.000 és 20.000 között ingazodik.

A kísérletek elvégzése. A kísérleteket 20 m^3 -es gázkamrában végeztük, amelyben a chlorpikrint comprimált levegővel porlasztottuk el és amit azután ventillátorral a kamra levegőjével jól elkevertünk. A kísérleti időtartam — két 30 perces kísérlet kivételével — mindig 20 perc volt. A gázkamra levegőjének chlor-

FA G I F O R „Cito” lag. orig.

Calcium sókat tart. józú
mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak
specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

pikrin tartalmát Lőb dr. vegyész ajánlatára a következő módon ellenőriztük:

Üvegcsőbe töltött 8 cm magas, 1,25 cm átmérőjű, 4,8—5,0 g mennyiségű activ szénoszlopon addig áramoltattuk keresztül a kísérleti kamra gázmentes levegőjét (10 liter/perc), amíg a szén súlyállandó nem lett. A kamrában azután elporlasztottuk a szükséges chlorpikrin-mennyiséget, majd a kísérleti idő középső részében 10 percen át a fenti activ szénoszlopon most már a chlorpikrin-tartalmú levegőt szivattuk keresztül. Az activ szén physikai úton megkötötte a chlorpikrint és a súlynövekedés megadta 100 liter levegő chlorpikrin-tartalmát, amiből a kamrában lévő chlorpikrin töménységét már könnyű volt kiszámítani. Pl.:

1. Az activ szénnel megtöltött cső súlya az első 100 liter gázmentes kamralevegő átszívása után: 16.0408 g
a második 100 liter gázmentes kamralevegő átszívása után: 16.0198 g
a harmadik 100 liter gázmentes kamralevegő átszívása után: 16.0108 g
a negyedik 100 liter gázmentes kamralevegő átszívása után: 16.0374 g
az ötödik 100 liter gázmentes kamralevegő átszívása után: 16.0438 g

A 20 m³-es kamrában ezután 16,0 g chlorpikrint (800 mg/m³) porlasztottunk el. Az egész kísérlet 20 percig tartott, ezért a mintavételt az 5-től 15-ik percig terjedő időben végeztük. A cső súlya 100 liter chlorpikrin tartalmú levegő átáramoltatása után: 16.1256 g
100 liter levegőben tehát volt:

16.1256 — 16.0438 = 0.0818 g chlorpikrin, azaz 818 mg/m³. A bemért és a mintavétellel megállapított töménység között a különbség csak 2,25%!

2. A cső súlya áramoltatás előtt 16.0548 g
40 perces gázmentes levegő átszívása után (10 l/p.): 16,0728 g
további 10 perces gázmentes levegő átszívása után (10 l/p.) 16.0849 g
A 20 m³ es kamrában ezután 19.8398 g chlorpikrint (992 mg/m³) porlasztottunk el.

Az 5. perctől a 15. percig terjedő időben történt 100 liter chlorpikrintartalmú levegő átáramoltatása után a cső súlya 16.1816 g
100 liter levegőben tehát volt:

16.1816 — 16.0849 = 0.0967 g chlorpikrin, azaz 967 mg/m³. A bemért és mintavétellel megállapított mennyiség között a különbség csak 2,5%!

A kísérleti állatok macskák voltak, csak tájékoztató céljából végzetünk a 7. a)–b) macska-kísérletekkel egyidejűleg egy házinyul- és két tengerimalac-kísérletet.

1. kísérletben 4000 g súlyú macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután 2,0 g chlorpikrint porlasztottunk el, amit azonban előzőleg kb. négyszeresére széntetrachloriddal hígítottunk fel. Az állatot 20 percig hagytuk az elgázosított térben (c. t = 2000). Tünetek: kísérlet közben a macska könnyezik, különben nyugodt; 24 óra múlva kissé levert, étvágytalan; 2 nap múlva tünetmentes.

2. kísérletben 2715 g súlyú macskát tettünk a kamrába, amelyben azután 4,0 g chlorpikrint porlasztottunk el, amit előzőleg kb. háromszorosára hígítottunk fel széntetrachloriddal. Az állat 20 percig maradt az elgázosított térben (c. t = 4000). Tünetek: a kísérlet elején az állat nyáladzik, különben nyugodt; 24 óra múlva kissé levert; 2 nap múlva teljesen tünetmentes.

3. kísérletben 4300 g-os macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután oldószer nélkül 6,0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatot 20 percig hagytuk az elgázosított térben (c. t = 6000). Tünetek: kísérlet közben az állat nagyon nyugtalan, hápogva lélekzik és bőséges nyálfolyása van, 24

Chlorpikrinnel végzett kísérletek táblázatos összeállítása.

| Sorszám | Kísérleti állat | Állat súlya (gramm) | Gázkamra (m ³) | Kísérleti idő (°) | Bemért mennyiség (mg) | c. t | Elpusztult | | Megjegyzés |
|---------|-----------------|---------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------|-------|------------|---------|------------|
| | | | | | | | nap múlva | Tünetn. | |
| 1 | Macska | 4000 | 20 | 20 | 2000 | 2000 | | 2 | |
| 2 | " | 2715 | 20 | 20 | 4000 | 4000 | | 2 | |
| 3 | " | 4300 | 20 | 20 | 6000 | 6000 | | 7 | |
| 4 | " | 4750 | 20 | 20 | 10000 | 10000 | | 11 | 1. |
| 5 | " | 2820 | 20 | 20 | 12000 | 12000 | | 21 | 2. |
| 6 | " | 3600 | 20 | 20 | 14000 | 14000 | | 11 | |
| 7/a | " | 2900 | 20 | 20 | 16000 | 16000 | 14 | | |
| 7/b | " | 3250 | 20 | 20 | 16000 | 16000 | | 12 | |
| 8/a | " | 1950 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | 3 | | |
| 8/b | " | 2650 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | | 55 | |
| 9/a | " | 2504 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | 15 | | |
| 9/b | " | 2227 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | | 38 | |
| 10/a | " | 3350 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | 2 | | |
| 10/b | " | 3250 | 20 | 20 | 20000 | 20000 | 5 | | |
| 11/a | " | 2500 | 20 | 30 | 20000 | 30000 | 2 | | 6. |
| 11/b | " | 3400 | 20 | 30 | 20000 | 30000 | | 21 | 7/b. |
| 7/c | Házinyul | 2700 | 20 | 20 | 16000 | 16000 | 3 | | |
| 7/d | T.-malac | 600 | 20 | 20 | 16000 | 16000 | 2 | | |
| 7/e | " | 500 | 20 | 20 | 16000 | 16000 | 2 | | |

óra múlva kissé levert, különben tünetmentes; 5 nap múlva köhög, tüszög, de a 7. napon már teljesen tünetmentes.

4. kísérletben az első kísérletben egy hét előtt már használt és közben 4750 g-ra hízott macskát helyeztünk a kamrába, amelyben azután 10 g chlorpikrint porlasztottunk el, amit előzőleg 2 ccm széntetrachloriddal hígítottunk fel. Az állatot 20 percig hagytuk a kamrában (c. t = 10.000) Tünetek: kísérlet közben azonnal könnyezés és bőséges nyálfolyás látható. Az állat nyugtalan, szemét csukva tartja. A nyálfolyás következtében néhány perc múlva 8—10 cm hosszú nyálcafát lóg a szájából. Az állat többször görcsösen összerázkodik és ismételtén ki akar törni a ketrecből 3 óra múlva nagyfokú nehézlégzés látható; 2 nap múlva a macska levert, étvágytalan, a nagyfokú dyspnoe még tart; 7. napon a nehézlégzés mulófélben van. 11 nap múlva az állat a második mérgezés után is tünetmentes.

5. kísérletben a második kísérletben 8 nap előtt már használt és közben 2820 g-ra hízott macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután 12,0 g chlorpikrint porlasztottunk el, amit előzőleg ugyanannyi széntetrachloriddal hígítottunk fel. Az állatot 20 percig hagytuk az elgázosított térben (c. t = 12.000). Tünetek: kísérlet közben az állat nyitott szájjal, hápogva lélekzik, bőségesen nyáladzik, néha öklendezik és menekülni akar ketrecéből. 24 óra múlva levert, étvágytalan és nehezen lélekzik; 2 nap múlva étvágytalansága még tart, rekedt, a dyspnoe csökkent; 5 nap múlva kisebbfokú nehézlégzés, rekedtség; a 14. napon az állat eivétel; a 21. napon a második mérgezés után is teljesen tünetmentes.

6. kísérletben 3600 g súlyú macskát tettünk a kamrába, amelyben azután oldószer nélkül 14,0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatot 20 percig hagytuk a gázkamrában (c. t = 14.000) Tünetek: kísérlet közben könnyezik, nyála erősen folyik, szemét csukva tartja; 2 óra múlva oldalt fekszik, orra folyik, nehezen lélekzik, légzésszáma percenként 96. A következő napon dyspnoe, orrfolyás; 4 nap múlva étvágytalan és részvétlen, de nehézlégzése már mulófélben. A 11. napon teljesen tünetmentes.

7. kísérletben egy a) 2900 g-os, egy b) 3250 g-os macskát, ezenkívül egy c) házinyulat és 2 db. d), e) tengerimalacot tettünk a kamrába, amelyben ezután oldószer nélkül 16,0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatokat 20 percig hagytuk az elgázosított térben (c. t = 16.000).

A 7. a) macska tünete: Kísérlet közben bőséges nyál- és orrfolyás, valamint könnyezés. 24 óra múlva nagyfokú dyspnoe és étvágytalanság. Kisfokú nehézlégzés még a 12.

napon is van. Az állat a 14. napon elpusztult. *Boncolási lelet:* a légcső végig belövelt. A tüdő felszínén számos sötétvörös folt. A tüdő emphysema, tüdővizenyő nincsen. A béltractus mesenterialis erei nagyfokban tágultak, livid színűek.

A 7. b) macska tünetei: Kísérlet közben könnyezés, orrfolyás és nyálfolyás, szemét csukva tartja. A következő napon levett, étvágytalan, de különben tünetmentes. A 12. napon teljesen tünetmentes.

Tünetek a házinyúlón. A kísérlet elején nyugtalan, később megnyugszik, orrát törölgeti; 24 óra múlva kisfokban dyspnoe, a 3. napon elpusztul. — *Boncolási lelet:* a légcső egész hosszában belövelt. Mindkét tüdőfélben vizenyő, emphysema, ezenkívül a jobb felső lebenyben beszűrődés látható. A szív kátránszerű véralvadékkal van tele. A máj törékeny, pangásosan bővérű.

Tünetek a tengerimalacokon. Kísérlet közben nyugtalanság, könnyezés és nyálfolyás. *Reggelre mindkét állat elpusztult. Boncolási lelet:* a légcső egész hosszában, de különösen a felső harmadban bővérű. A tüdőben vizenyő és széli emphysema. A bal szívfél kátránszerű vérrrel telt. A máj törékeny, pangásosan vérbő. A gyomor és a duodenum fala szakadékonny, itt a nyálkahártya cafatosan levált, a cardia környéke bővérű.

8. kísérletben egy a) 1950 g-os és egy b) 2650 g-os macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután oldószer nélkül 20.0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatokat 20 percig hagytuk az elgázított térben. (c. t = 20.000).

Tünetek a 8. a) macskán. Kísérlet közben nyugtalanság, könnyezés, nyálfolyás, 24 óra múlva nagyfokú nehézlégzés, könnycsurgás, levertség, étvágytalanság látható. 3. nap reggel az állat elpusztult. — *Boncolási lelet:* hatalmasan megnagyobbodott vizenyős tüdő, amelynek felszíne sajátságosan barna színű és helyenként sötét barnás-vörös foltokkal tarkázott. A tüdőből a légszón keresztül nyomásra bőven habos-savós folyadék ürül. A légcső végig belövelt. A máj és vese pangásosan vérbő.

Tünetek a 8. b) macskán. Kísérlet közben nyugtalan, könnyezik, nyála folyik, szemrése zárt. A következő napon az állat nehezen lélekzik és igen súlyos beteg benyomását kelti. A 4. napon elvetél, állapota különben változatlan. Még 30 nap múlva is levett, részvétlen, de 55 nap elteltével mégis teljesen tünetmentes.

9. kísérletben egy a) 2504 g-os és egy b) 2227 g súlyú macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután oldószer nélkül 20.0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatokat 20 percig hagytuk az elgázított térben (c. t = 20.000).

Tünetek a 9. a) macskán: Kísérlet közben könnyezik, orra folyik, nyáladzik, szemrése zárt. 24 óra múlva nagyfokú nehézlégzése van, ami még a 13. napon is tart. A 15. napon elpusztult. — *Boncolási lelet:* a légcső és a hörgők belöveltek és tapadós nyálkával borítottak. A tüdő tömött, térsztatapintatú, metszéspapja sárgás-szürke, sötétvörös foltokkal tarkázott és belőle nyomásra geny ürül. Az alsó és középső lebenyben, különösen a széli részeken emphysema. Máj és vese pangásosan vérbő.

Tünetek a 9 b) macskán: Kísérlet közben azonosak az előbbi állat tüneteivel, de már 1 1/2 óra múlva nagyfokú dyspnoe. Kisfokú nehézlégzés és orrfolyás még a 13. napon is észlelhető; csak a 38. napon vált tünetmentessé.

10. kísérletben egy a) 3350 és egy b) 3250 g súlyú macskát tettünk a gázkamrába, amelyben azután oldószer nélkül 20.0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatokat 20 percig hagytuk az elgázított térben (c. t = 20.000). — *Tünetek:* kísérlet közben mindkét macska igen nyugtalan, könnyezik, nyáladzik, szemrésük zárt. 3 óra múlva nehézlégzés és orrfolyás. A 10. a) macska másnap reggelre, a 10 b) állat pedig az 5. napon pusztult el. Mindkét macska boncolási lelete nagyjában azonos. A tüdő vizenyősen megnagyobbodott, felszíne sötét barnás-vörös foltokkal tarkázott, belsejéből nyomásra barnás-vörös lakkszerű savó ürül. A széli részeken emphysema. A máj, a lép és a vesék pangásosan bővérűek.

11. kísérletben egy a 6-os kísérletben 1 hónappal előbb már használt és közben 1100 g-ot fogott 2500 g lyú macskát a) és egy a 7. b) kísérletben 20 nappal előbb már szintén használt és közben 150 g-ot hizott 3400 g-os macskát tettünk a kamrába, amelyben azután 20.0 g chlorpikrint porlasztottunk el. Az állatok 30 percig maradtak az elgázított térben. (c. t = 30.000).

Tünetek. Kísérlet közben mindkét állat nagyon nyugtalan és menekülni próbál. Könnycsurgás, orrfolyás és bőséges nyálfolyás. A szemérse zárt. A 11. a) macska a második mérgezést már nem bírta el és másnap reggelre elpusztult. *Boncolási lelete:* A felső légutak enyhén belöveltek. A tü-

dő vizenyősen megnagyobbodott, szélein emphysema, felszíne sötét-vörös, kissé barnás árnyalatú foltokkal tarkázott. A máj, lép és a vesék pangásosan bővérűek.

A 11. b) macska 2 nap múlva és a következő napokon étvágytalan ugyan, de különben tünetmentes. 21 nap múlva már jó étvággal eszik és teljesen tünetmentes. Ez a macska tehát 20 napon belül egy 16.000 és egy 30.000 c. t. értéknek megfelelő mérgezést állott ki anélkül, hogy elpusztult volna. Ez az ellenállóképesség valóban kivételes.

Kísérleteink alapján tehát megállapítható, hogy a chlorpikrin halálozási száma nem 2000, hanem 16.000—20.000.

A 2000-es c. t. érték valószínűleg *Gildenmeister-* és *Heubner*-től származik, akik még 1920-ban végeztek idevonatkozó kísérleteket. (Über Kampfgasvergiftungen VI. Die Chlorpikrinvergiftung. Z. f. d. g. exp. Med. XIII.) *Gildemeister* és *Heubner* kísérleteik kiértékelésében abból a feltevésből indultak ki, hogy a kamrában elporlasztott chlorpikrinnek — hasonlóan a phosgenhez — csak a fele vesz részt a reakcióban, a másik fele részben elbomlik, részben kicsapódik, ezért ők — elméletüknek megfelelően — a c. t. érték megállapításakor mindig 50%-os veszteséggel számoltak. Ez az elgondolás, amint láttuk nem helyes, mert a bemért chlorpikrinmennyiség a gázkamrában elporlasztás után is 100%-ig megtalálható, tehát a kiértékelésben nem szabad 50%-os veszteséggel számolni.

Gildemeister és *Heubner* kísérleteiben egyetlen macska pusztult el „2100” c. t. értéknél (helyesen 4.200 c. t. értéknél) és valószínűleg ezt az értéket vette át később az irodalom — 2000-re lekerekítve —, mint a chlorpikrin halálozási számát. *Gildemeister* és *Heubner* hangsúlyozzák, hogy ez volt a legkisebb c. t. érték, minek következtében egy macska 4 napon belül elpusztult. Ezt az értéket tehát legfeljebb a chlorpikrin „legalacsonyabb halálozási számának” lehetne elfogadni akkor, ha több állat pusztult volna el legalább megközelítőleg ilyen alacsony értéknél, mivel azonban ez az adat egyetlen kísérletből származik, ezért az még legalacsonyabb halálozási számnak sem fogadható el.

*Gildemeister*nek és *Heubner*nek azonban nem is volt szándékában, hogy a 2100-as értéket, mint a chlorpikrin halálozási számát tüntessék fel, hiszen dolgozatukban ők maguk írják, hogy 6000 (helyesen számítva 12.000) körül van az a c. t. érték, amelynél a kísérleti macskák fele elpusztul, a másik fele pedig életben marad. Hogy ők a „közepes halálozási számra” helyesen számítva 12.000-es c. t. értéket kaptak, ez talán azzal magyarázható, hogy kísérleti macskáiknak átlag testsúlya — már amennyire ezt meg lehetett állapítani — 2.19 kg volt, viszont saját kísérleteinkben felhasznált macskák közepes testsúlya 3.14 kg-nak felelt meg.

Összefoglalás: 1. A chlorpikrin macskákra vonatkoztatott halálozási száma nem 2.000, hanem 16.000—20.000

2. A chlorpikrin erős ingerlő hatása és nagy halálozási száma — tehát kevésbé mérgező volta — miatt inkább sorolható az ingerlő harcigázok közé, mint a folytoak közé, bár a nagy töménység okozta halálestekben a kórbonctani elváltozások csaknem teljesen azonosak a fojtó gázok (phosgen, diphosgen) okozta kórbonctani elváltozásokkal.

3. A gázkamrában elporlasztott chlorpikrinmennyiség ott 100%-ig megtalálható, tehát a c. t. érték kiszámításában nem szabad 50%-os veszteséggel számolni.

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

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye.
(Igazgató: Ángyán János ny. r. tanár.)

Miliaris gümőkór és szívizomtuberculosis.

Irta: Reichenfeld László dr., egyetemi tanársegéd.

A szívizom gümőkóros betegsége kórbonctani észlelések alapján már régóta ismeretes. Labbé, majd Eisenmenger, Sternberg első észlelései óta az esetek száma szaporodott s Raviart már 185 esetet gyűjtött össze. Eszerint a szívizom gümőkóros elváltozásai többnyire a szívburok gümős folyamatához csatlakoznak. Ritkábban találunk elterjedt interstitialis myokarditist, vagy elszigetelt, conglomerált tuberculomát. E többé-kevésbé isolált formákon kívül természetesen miliaris szóródás kapcsán a szív izomzatában is találhatunk kölesgümős elváltozást.

A klinikai irodalomban csak szórványosan találkozzunk a szívizom tbc-jére vonatkozó észlelésekkel. Az esetek nagyobb részében hirtelen szívhalál következett be s a boncolás derítette ki, hogy ennek oka a szívizom gümőkóros elváltozásában van. (Baumgarten, Perretti, stb.) Ott, ahol némileg hosszabb megfigyelésre is alkalom volt, a betegség heveny, vagy elhúzódó myokarditis alakjában zajlott le s olyan jellegzetes elváltozás, mely a szív betegségének gümős voltára utalna, nem volt található. Néha a szervezetben kimutatható egyéb gümős megnyilvánulás felkeltette a gyanút, hogy a szívizombetegség is hasonló eredetű. Pedone betege pl. pleuritisben szenvedett és fokozódó keringési elégtelenségben halt meg. Ez eset boncolása mindkét fülése specifikus beszűrődését mutatta ki. Viszont Perretti esetében gümős folyamat lehetsége fel sem merülhetett. A 49 éves beteg angina pectorisra jellemző tünetcsoporttal került felvételre és keringési elégtelenség tünetei között halt meg. A kórbonctani vizsgálat a szívizom kiterjedt gócós elváltozását állapította meg. Kevésbé heveny lefolyású esetek példáját Gallavardin és Gravier közlése adja, akik elhúzódó myokarditis képét észlelték, melynek boncolásakor elterjedt interstitialis és parenchymás myokarditis tuberculosa felelt meg.

Elektrokardiographiai észlelésről csak Castellano számol be, szapora érveréssel, alacsony vérnyomással járó, gyorsan előrehaladó és minden beavatkozással ellenkező keringési elégtelenség esetében. Az elektrokardiogramm, (alacsony kilengés és mindhárom elvezetésben negatív T-hullám) kiterjedt, nem jellegzetes izombajra utalt.

A körülírt gócós elváltozás a szívizomban, hacsak a specifikus ingervezető rendszerben kifejezett működészavart nem okoz, vagy valóságos daganatra jellemző nagyságot (Kaufmann sokszor idézett tyuktojásnyi tuberculomája a jobb pitvarban) nem ér el, intra vitam rejtve marad.

A szívizom tuberculosisának kórismézése —, mint a fentiekből is kitűnik — rendkívül nehéz, sokszor lehetetlen. Jellegzetes tünet hiányában hevenyen fejlődő, nem befolyásolható keringési elégtelenség esetében akkor gondolhatunk rá, ha fiatal s egyéb gümős jeleket mutató egyénről van szó és ha egyéb gyakoribb kóroki tényezőt kizárhatunk. Ilyenkor többnyire kiterjedt izom-elváltozásról van szó. Körülírt gócok azonban, mint az alábbi észlelésből is kitűnik, az elektrokardiographia segítségével valószínűleg gyakrabban lesznek felismerhetők.

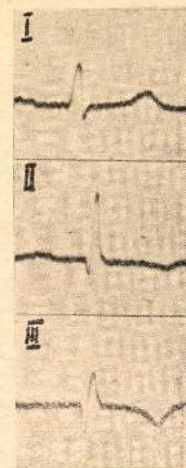
Esetünk, mely egyrészt a miliaris gümőkór elkülönítő felismerése szempontjából érdekes, másrészt azért,

mert a klinikai elektrokardiographiában értékes és egyedülálló adatot szolgáltat, a következő:

36 é. férfibeteg, 1939. nov. 7-én került a klinikára. Fél-évvel azelőtt 6 napig tartó, ismétetlen hidegrázással járó betegsége volt, melyet malariának tartottak, s amely az emiatt végzett chinidin-kúra után lezajlott. 9 héttel a klinikai felvétel előtt lázzal, gyomorpanaszokkal volt beteg. A 4 hetes, állandó 38–39 °C körüli hőmérséklet után 1 hétre lázталanná vált, majd az ezt követő 4 hét ismét nagy lázzal, nagyobb hőingadozás nélkül telt el.

Felvételkor a rossz állapotban lévő beteg subicterusos, sem szederjessége, sem a legcsekélyebb légzészavara nincs. A máj, valamint a lép 2 har, újjal ér a bordaív alá, mindkettő mérsékelten tömött, nyomásra nem érzékeny. Hőmérséklete 39 °C, érverése egyenletes 90/p. (viszonylagosan ritka). Vörösvérkép rendes. Fvs: 5000, minőségi vérképben 1–2% eosynophilejtet és jelentékeny lympho- és monocytosist, a subikterusnak megfelelően 2,54 mg^o/o-os vérbilirubint és nagyfokú urobilin- és urobilinogenuriát találtunk.

Az első gondolat a kórkép magyarázatára, amely az észlelés első hetében is magas continuával, relatív bradycardiával, máj- és lépmeagnagyobbodással és leukopeniával járt, a typhus abdominalis volt. Az ötödik hét lázталansága után kiújulás támadhatott s ez zajlik most szemünk előtt. A vér, vizelet és széklet bakteriologiai vizsgálata azonban ezt a gyanút nem erősítette meg, az agglutinációs titer nem emelkedett 1:100 fölé. Ugyancsak negatív volt a Bang-bacillussal végzett agglutinációs próba is. Malaria-plasmodiumot sem kenetben, sem vastagszeppben nem találtunk. Mindehhez még egy érdekes és eleinte megmagyarázhatatlan lelet társult. Az elektrokardiogrammban ugyanis a bal szívkamra hátsó falára terjedő tömület (infarctus) jellegzetes képe jelentkezett: jelentékeny Q₂, mély Q₃, kissé convex RT-szakasz és a jobb a. coronaria elzáródását jellemző T-hullám a III. elvezetésben, T₂ is negatív. (l. ábra.) Ese-



tünkben ez a lelet nehezen értelmezhető koszorúer-elzáródással, mert a tapasztalás szerint ez bár valószínűleg két hétnél idősebb, mégis nem sokkal régebbi keletű elváltozásnak felelhetne meg. Minthogy a beteg nem érzett soha szív táji fájdalmat, collapsus állapotában nem volt, vérnyomása 120/60 Hgmm., a szív kopogtatási és hallgatósági lelete rendes, keringési elégtelenség jeleit nem mutatja, ezt az ekg-leletet semmiképpen sem tudtuk összeegyeztetni a klinikai képpel. Endokarditisre sem klinikai támpontunk, sem bakteriologiai adatunk nem volt és így a fiatal egyénben, kibem syphilitis, sklerotikus koszorúer-elváltozásról, ill. thrombosisról nem lehetett szó, a koszorúerekbe történt embólia valószínűnek látszott.

E kórkép 8 napon át változatlan maradt, sőt a beteg általános állapota javulni látszott, amikor az észlelés nyolcadik napján a minőségi vérkép jelentékenyen balra

tolódott 2 nappal ezen, a kvalitatív vérképben jelentkező „signal” után, heves meningealis tünetek jelentkeztek s már néhány óra múlva facialis paresis és szétterő kancsalság formájában agyalapi tünetek fejlődtek ki. A körjelzést a globulin és sejtdús liquor döntötte el, melyben Koch-bacillust is ki tudtunk mutatni. 2 napos mély eszméletlenség után, az észlelés 12. napján a beteg meghalt.

A kórképet úgy állítottuk össze, hogy a miliaris tuberculosisebetege első szórása már a félév előtti 6 napos lázas időszakban lehetett és most főképpen hepatolienalis tünetekkel és elhúzódó kórlefolyással fejlődött ki az újabb tuberculotikus szórás. Az ekg-leletet a jobb koszorúér által ellátott kamrafalban ülő olyan göccel kellett magyaráznunk, amely a szervezet általános gümös fertőzöttségével függhet össze.

A kórbonctani lelet (*Heim Vilmos dr.*) általános miliaris gümőkórnak felel meg, mely mindenek szerint az ondóhólyag elsajtosodott göcaiból indult ki.

A szívburokról és szívről a boncolás jegyzőkönyve a következő adatokat tartalmazza:

„A szívburok két lemeze között kb. két evőkanálnyi barnás-sárga, zavaros, átlátszatlan folyadék van, de csak a szív csúcsának megfelelően, egyébként a szívburok két lemeze egymással összenőtt, vagy összetapadt. Az összenövés részben szalagosak, a szív basisán azonban az összenövés lapszerű. A szívburok vastag, átlag 2—3 mm és az összenövéseknek megfelelően vörhenyesszürke szövet található. Helyenként, szabálytalanul, szétszórta, főleg a zsigeri lemez helyén lévő vastag vörhenyes, vagy sárgás-szürke szövetben lencsényi, késsel nem metszhető, kemény, dudoros részletek is vannak. Az átmetszett vastag szívburok mindkét lemeze mind az összenövéseknek, mind a szabad részleteknek megfelelően, a mélyebb rétegben sajátságos fakósárga, tömött, száraz és helyenként jól felismerhető mákszemnyi-kölesnyi, a metszéslapról kidomborodó, hasonló fakósárga szemcsék is vannak. A szív közepes nagy, csúcsát a bal kamra alkotja, állománya nagyon petyhüdt, izomzata a bal kamrai részen középvastag, törékeny, zavaros, vörhenyesbarna; a jobb kamra izomzata vékony, átlag 3 mm, helyenként vékonyabb és a felületén réteget alkotó fakósárga, száraz részletekkel összefüggésben zabszemnyi, babnyi olyan területek is vannak, ahol a fal akár egy cm vastag. Ezeken a részleteken a szívizom helyén a környezet felé élesen elhatárolt tömött, száraz, törékeny, fakósárga szövet van, a széli részeken pedig különálló, vagy egymással összefolyó buzadarányi, mákszemnyi kissé kidomborodó fakósárga szemcsék vannak. A legnagyobb ilyen részlet, amely jókora babnyi, a jobb billentyű alatti területen van. Kisebb göcök, de egymás mellett elég sűrűn a hátsó billentyűn vannak. A belhártyán a jobb billentyű alatt és a sövény hátsó felén a mélyebb részletekben is ujjbegnyitől lencsényi területeken a belfelület mákszemnyi, kendermagnyi dudoroktól egyenetlen fakósárga. Ezeken a területeken vannak az izomzatban leírt sajtos fakósárga részletek. E nagy területeken kívül az izomgerendázat között számos buzadarányi-mákszemnyi kidomborodó szürke szemcse is van. A függőző kezdeti szakasza hasonlóképpen a koszorúerek is középtágak, síma belfelületűek.”

A jobb kamra hátsó falában a kamrasövény közelében talált jókora babnyi sajtosan beszűrődött szövetből készített metszet lelete a következő:

„Nagy részleten az epikardium szabályos szerkezete hiányzik, helyén általában sejtdús szövet van, amelyben kiterjedt egymeműen festődő, magfestést nem adó részletek vannak. Ez elhalt szövet szélén tőporódott és darabosan szétesett magvak találhatóak. A sejtdús szövet kötőszöveti sejtekből, lymphoid sejtekből, aránylag kevés plasmasejtből és karélyosmagvú leukocytákból áll, tehát gyulladáson sarj-szövet. A sarj-szövet betérjed a szív izomzatába is, főleg az interstitiumba. Különben a szívizomzatban, mégpedig egész vastagságára kiterjedőleg különálló és egymással összefolyó apró területeken szabálytalanul szétszórta, sejtdús szövet van. Sok göc szövetén magfestés nincs és ezen elhalás környékén epitheloid sejtek között Langhans-féle óriássejtek is találhatóak. Minden göcban hasonló jellemző szerkezet van és így vegyes gümös szemcséknek felelnek meg. *Diagnosis: Tuberculosis epikardii et myokardii.*”

A boncoláskor talált régi gümös perikarditis mindenek szerint az első lázas betegség maradványa. Az ekg-leletet a jobb kamra hátsó falában talált sajtos beszűrődés magyarázza.

Klinikai szempontból az eset tanulságaképpen megállapíthatjuk, hogy akkor, ha fiatal nem syphilitikus egyénben tömületre utaló görbét kapunk s endokarditisből származó embolia feltevésére támpont nincsen s különösen, ha a klinikai és elektrokardiographiai kép össze nem hangolható, a szívizom gümös göcos betegségére kell gyanakodni. Éppen a göcos forma okozta azt, hogy klinikai tünetek, melyek közvetlenül a szív betegségére utaltak volna, nem mutatkoztak s így csupán az ekg. szolgáltatott olyan leletet, melynek alapján a jobb koszorúér vérellátási területén körülírt elhalásos göcöt tétélezhattunk fel.

Az ekg segítségével tehát ennek az eddig intra vitam alig megállapítható kórképnek a felismerése is lehetséges. Az észlelés alkalmas az ekg. localisatiós képességének ellenőrzésére is, főleg mert a jobb kamra olyan kis kiterjedésű elváltozásáról van szó, mely a hasonló ekg-képpel járó elzáródásoknál alig fordul elő. Végül értékes kiegészítője lehet az ekg. a gümös kór folyamat észlelésének már csak azért is, mert olyan szervre irányítja a figyelmet s e szerv állapotáról objektív adatot szolgáltat, melynek megfigyelése prognosztikai és therapiás megítélésünkben is igen fontos.

Összefoglalás: Elhúzódó kórlefolyással és főképpen hepatolienalis tünetekkel járó miliaris gümőkóros betegről számolunk be, kinek ekg.-ja a jobb koszorúér elzáródásának jellegzetes képét mutatta. Lues, endokarditis, koszorúér-sklerosis hiányában a szívizom tuberculotikus betegségét tétéleztük fel. Meningealis szóródás a beteg halálát okozta s a boncolás általános kölesgümös szóródást, a szív izomzatában pedig az ekg-képnek megfelelő localisatióban — szövettani vizsgálattal is igazolt — sajtos beszűrődést mutatott ki.

IRODÁLMÍ SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Acut rheumás karditisek. *Ritchie.* (Lancet. 1939. 11.) Néhány esetben a bántalon átmeneti jellegű. A súlyos esetekben viszont diffúz szívizombetegség jelentkezik egy, vagy több billentyű sérülésével és halálhoz vezethet. Ha a beteg az acut szakot túléli a laesiók enyhülnek, de egész életére szívnyomórék marad, még akkor is, ha a billentyűk nem sérültek meg, mert a szívizom sérülése fibrosishoz, majd hypertrophiához és dilatatiohoz vezet és így a szív teljesítő-képessége csökken. Az ártalom más szervekre is áterjedhet, elváltozásokat okozhat a koszorús arteriákban és arteriolákban, az aortában, arteria pulmonalisban degeneratiós jelek formájában. Ritkábban malignus nephrosklerosis és zsgorvose fejlődhet ki. Az orvos feladata tulajdonképpen nem a szívnyomórékok kezelése, hanem a rheumás láz megelőzése az egyéni és socialis hygienés rendszabályok szigorú alkalmazása révén. (B. 51.)

Mihálkovic Tibor dr.

A nicotin hatása a vérkeringésre. *Hassencamp.* (Münc. Med. Wschr. 1939. 36.) A nicotin neurotrop mérge, ami a vegetatív idegrendszer útján hat és ily módon az egész keringési rendszert befolyásolja. A hatás lényege az érumen szűkítése; e direct hatáson kívül indirecte is hat a mellékveséken keresztül fokozott adrenalin-kiáramlást hozván létre. Így kétségtelen szerepe van az arteriosklerosis és hypertonia létrejöttében. Legfontosabb hatása a szív koszorús ereinek szűkítése. A szív ily módon a szükségesnél kevesebb vért kap, angina pectoris, később thrombosis keletkezik. Az agyi erekre hatását fejfájás és szédülés jelzi. Az alsó végtag ereire gyakorolt hatása claudicatio intermittens kórképe alakjában nyilvánul. Az idegrendszer útján történő hatását

az ingerképző és ingerületvezető rendszerre is kifejti, bradycardia, tachycardia, extrasystolék, arrhythmia, vezetési zavarok jöhetnek létre. Az emberek nicotin iránt különböző fokban érzékenyek; életkor, nem, constitutio szerint. Orvosok többnyire szintén fokozottan érzékenyek, talán nagy felelősséggel járó, nehéz munkájuk következtében. (B. 53.)

Kováts Zoltán dr.

Főhn és Főhnbetegségek. Pfanner. (Münch. Med. Wschr. 1939. 31.) Sok tapasztalat bizonyítja, hogy a Főhn kifejezett hatással van az élő szervezetre. Leggyakoribb tünetei: súlyos depressió hangulat, a koncentrálóképesség hiánya, ingerlékenység, álmatlanság, fejfájás, bágadttság, szívdobogás, szívfájdalmak, étvágytalanság. A betegség keletkezésének oka talán a szervezet sav-basis egyensúlyának a savi oldalra eltolódása. Kísérletek szerint ugyanis mesterségesen létrehozott acidosis alkalmával főhn-szerű tünetek jelentkeznek, de hasonló jelenségek észlelhetők röntgenbesugárzás után, menstruatio előtt, továbbá eklampsiában. Ezen állapotok szintén a sav-basis egyensúly bizonyos fokú eltolódásával járnak. Basis-gazdag étrend csökkenti a főhn-érzékenységet, ezen érzékenység főleg labilis sav-basis egyensúllyal bíró embereken észlelhető. (B. 52.)

Kováts Zoltán dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

A duodenum gangraenás diverticulitise. Avancini. (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 7—8.) A közölt esetben az átúródott duodenum diverticulum halálos hashártyagyulladáshoz vezetett. Ennek alapján végzett vizsgálatai kimutatták, hogy a duodenum diverticulum különösen a magasabb életkorban fordul elő gyakrabban. Mind a két nem morbiditási arányszáma egyforma; az esetek egyötödében a diverticulum többszörös. A nagyság változó, magasabb korban a diverticulumok általában nagyobbak voltak. Az esetek $\frac{3}{4}$ -a a Vater-papilla környékén volt található. Szerző szerint a duodenum diverticulum sem a pankreas, sem az epeutak betegségeiben, sem az ulcusok előidézésében szerepet nem játszik. (F. 58.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Kísérleti vizsgálatok vértömlesztés céljából conservált vérrel. Knoll. (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 7—8.) Kísérleti vizsgálatokat végzett vértömlesztés céljából különböző anyagokkal elraktározott vérrel. Azt tapasztalta, hogy a conserválás céljából legjobban beváltak, mint sensibilisatorok az organikus sók. Ezek közül is legjobban a citrát és a glukosecitrát. Igen lényeges az abszolút sterilitás a vér elraktározásakor; kerülendő a rázás és az elraktározás alatt a folyadék forgatása. — Legelőnyösebb a +4 C° hőmérséklet; a conservált vér elváltozásának foka párhuzamosan halad az eltelt idővel. Az elváltozás kémiai és morfológiai, ú. m. a cukor elbomlása és haemolysis fellépése, melyek a vértkapó szempontjából veszélyesek lehetnek. Veszély nélkül adható a maximum három hétig conservált vér. (F. 57.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A medialis combnyaktörés kezelése. van. Gelderen. (Bruns Beitr. 170. 2.) 25 év előtt Delbet, Albee, Noordenbos vezették be a medialis combnyaktörés kezelésére az autoplastikus anyaggal történő műtéti gyógyítást. Eljárásuk feledésbe merült és a műtéti kezelés csak 1931 óta használatos újra, amikor Smith Petersen, majd Sven Johansson bevezették a reactio nélkül begyógyuló, nem rosdásodó acélból készült szöggel történő rögzítést, melyet azóta az esetek ezreiben alkalmaztak világszerte. A Johansson-féle extraarticularis eljárás jobbnak bizonyult és a combnyaktörések 90%-ában alkalmazható, főleg a magasabb korban. (F. 56.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A dülmirigyültengés kezelésével szerzett tapasztalatok. Wille—Baumkauff. (Bruns Beitr. 170. 2.) A göttingeni klinikán 6 év alatt 286 prostatahypertrophiás beteget kezeltek; 15%-on sectio altával távolították el, míg 56%-on endourethralis elektrosectiót végeztek. Az összhálozást sikerült 10%-ra ieszoritani a régi 21%-hoz képest; a gyógyult, illetve a lényegesen javultak 80%-ot tettek ki. Az endourethralis elektrosectio hálozása 4.4% volt, a teljes, illetve nagymérvű javulás pedig 90%-ot tett ki. (F. 55.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Szemtükrözés borús szaru esetén. Larsson. (Acta Ophth. 1939. 3.) Nyomásemelkedés esetén a szaru borús volta gyakran megghusítja a tükrözést; ez főleg egyoldali zöldhályogban volna fontos (daganat a szem belsejében). Ennek leküzdésére pantocain érzéstelenítés után fél percig nyomást gyakorol a szaru közepére 4 mm átmérőjű gömbölyűvégű tüvegpcával, úgy hogy a szaru kissé behorpadjon. A vízenyő szétnyomása 3 mm-nyi átlátszó részletet eredményez, mely negyedórán keresztül lehetővé teszi a tükrözést. Az egyszerű fogás több ízben bevált. (G. 96.)

Grósz István dr.

Fertőzés megelőzése hályogműtét előtt. Noe. (Amer. J. Ophth. 1939. 9.) Typhus H-antigen (Lilly) venás befecskendése a hályogműtét előtt a postoperatív gyulladást csökkenti és emeli a vér O. és H. ellenanyagait. A kettő között azonban nincs párhuzam. Omnadin nem befolyásolta a műtét utáni reactiót. A typhus vaccina öreg egyéneknek óvatosan használandó (rossz erek!). (G. 97.)

Grósz István dr.

Retinalis vérzés vértömlesztés után. Gray. (Amer. J. Ophth. 1939. 9.) Ideghártyavérzés csak már fennálló kóros állapot esetén jelentkezett. A Cincinnati-i kórház 85 betegét vizsgálta szemtükrőrel a vértömlesztés előtt és után. Hat ízben talált már előzetesen is vérzést, melyek közül egyben növekedett később a vérzések száma. A másik pozitív esetben az ép retinán a transfusio után kétoldali praeretinalis vérzés jelentkezett (vérző duodenalis fekély), mely azonban nyom nélkül felszívódott. Az első hasonló esetet Sallmann írta le 1925-ben. Az irodalomban található esetek nagyrésze perniciosás, vagy egyéb vérszegénységben szenvedő betegekből került ki; tehát a vérzés „dyskrasiás” eredetű. Az átömlesztés csupán kiváltó tényező (mechanikai hatás vagy hajszálérembólia). (G. 98.)

Grósz István dr.

Átmeneti rövidlátás. Mattson. (Acta Ophth. 1939. 3.) Műlo fénytörésváltozás nem ritkaság: ismeretes cukorbetegségben, iritisben, orbitalis daganatban, sérülés kapcsán, stb. Transitorikus myopiát salvarsanbefecskendezés után is leírtak (8 eset), általános tünetek kíséretében. Nagy vízvesztés folyamán (hasmenés, izzadás, soványodás), a víz-só-forgalom zavara okozza a rövidlátást; sőt influenza után is jelentkezhet. Szerző 3 esetében sulfamid kúra kapcsán iá-tott műlo myopiát, melyet allergiára vezet vissza (lencse?). Alkalmazkodási görcs kizárható, vér-konyhasó normalis. (G. 99.)

Grósz István dr.

Trepanatio eredményei. Thomsen. (Acta Ophth. 1939. 3.) 244 glaukomás szemén végzett trepanatio statistikai feldolgozása. 157 ízben végezték az eredeti Elliot-féle műtétet, 87 esetben a Bentzen-féle módosításban (kötőhártyakötény). Az esetek 75%-ában sikerült tartósan leszállítani a nyomást, sőt „simplex” formában 91%-ban. 4 alkalommal látott késői fertőzést: ebből 2 endogen, 2 exogen. (G. 100.)

Grósz István dr.

ELME-ÉS IDEGGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horányi Béla.

A szédülés localisatiójáról. Leidler R. (Confinia Neurol. 1938. 1. 376.) Szerző 73 eset analízise alapján arra a megállapításra jut, hogy a vertigo leggyakoribb oka a vestibularis rendszernek annak bármely pontján történő sérülése. Kivételt képeznek a vestibularis magvak sérülései (nucleus triangularis, nucl. angularis Bechterew), amelyeknél szerző szerint nem következik be szédülés, ha a vestibularis rendszer csak egyik oldala bántalmazott, viszont alig észlelhető szédülés, ha mindkét hátsó longitudinalis fasciculus sérült. A IV. agykamra körüli és a kisagyi folyamatok csak abban az esetben idéznek elő szédülést ha a vestibularis systema rostrendszere bántalmazott. (H. 15.)

Horányi Béla dr.

Herpes utáni neuralgia sebészi kezeléséről. Hyndman O. (Arch. of Neur. and Psych. 1939. 2. 224.) A postherpetikus neuralgia szerző vizsgálata szerint az afferens sympathikus idegrostok izgalmi állapotára vezethető vissza. Olyan esetekben, amikor a postherpetikus neuralgia a fejen jelentkezett,

kitünő eredményeket látott a ganglion stellatum és a felső thoracalis sympathicus ganglionok azonos oldali kiirtásától. (H. 15.)

Horányi Béla dr.

A cardiazolgörcs gyógyszerterapeutikai hatásáról. *Blaurock* és munkatársai. (Arch. of Neur. and Psych. 1939. 2. 237.) Szerzők kimutatják, hogy a vér hydrogenion koncentrációja lényegesen csökkent a cardiazolgörcs alatt. Viszont ha a cardiazol injectióra epileptiformis görcsök nem jelentkeznek, a vér hydrogenion koncentrációja változatlan maradt. (H. 16.)

Horányi Béla dr.

Syphilitikus polyneuritis. *Washington* és *Northport*. (Arch. of Neur. and Psych. 1939. 2. 273.) Esetet ismertetnek, ahol a klinikai kép kizárólag polyneuritis tüneteiből állott. A serológiai vizsgálat, továbbá a kórszövettani vizsgálatból arra a következtetésre jutnak, hogy a lues egyes esetekben, függetlenül a lues időszakától polyneuritist képes előidézni, amelynek szövettani képét az ereken lejátszódó gyulladásos beszűrődések és intima proliferatio jellemezné. (H. 17.)

Horányi Béla dr.

Hypoglykaemiás halál. *Sahs* és *Alexander*. (Arch. of Neur. and Psych. 1939. 2. 286.) Az 58 éves férfi diabetes miatt insulint kapott (40 E.) Hypoglykaemiás shock alakult ki, és halála az injectió beadása után 24 órával következett be. A szövettani vizsgálat maximálisan tágult ereket, szétszórt miliaris vérzést, (az utóbbit főképpen a basalis ganglionokban és a medulla oblongatában), az oligodendroglia sejtek duzzadását, továbbá a nagyagyú kéregben körülírt sejtihalványodásokat mutatott. A leletből arra a következtetésre jutnak, hogy a hypoglykaemia anoxaemián át vezet idegrendszeri elváltozásokhoz. (H. 18.)

Horányi Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Általános kémia. *Irtai: Gróh Gyula dr.* (Negyedik kiadás. Budapest, Németh József kiadása. Ára 7. P.) Arra a régi világra gondolva, mikor még alig volt egy-két tankönyvünk, mindig örömmel és büszkeséggel kell üdvözlőnk, mikor egy-egy fontos szaktudomány új és kitünő foglalata jelenik meg egy igazi tankönyv formájában. Az ifjúság és sok autodidakta hálásan is fogadja, ami egyre új kiadások közrebocsátását vonja maga után. *Gróh* prof. fáradságtalan és mohó tudományvágy kielégítésében és mestere az új kiadásoknak a korszerű igényekhez alkalmazásában. Ezért tankönyveinek anyaga nem bővül, csak felülül. Örömmel látjuk a IV. kiadásban a ma legnagyobb érdeklődésre számot tartó fejezeteket egész az atomrombolásig és mesterséges radioaktivitásig. — Valósággal nemzeti büszkeséggel tölt el, hogy tankönyvét már német- és olasz nyelvre is lefordították, sőt az utóbbinak 1936-ban már II. kiadása is megjelent. Ennél jobb kritikát nem írhatunk róla.

Vámosy prof.

A rák felismerése és kezelése. *Kisfaludy Pál.* (1940. Novák Rudolf és társai kiadása, 101 szövegtől ábrával.) A sugaras gyógyítás terén ismertnevű szerző e munkája abban a nagy kitüntetésben részesült, hogy *Berven* prof., a stockholmi Radiumhemmet igazgatója, a svéd sugáriskola nagyhírű vezére írt hozzá előszót, amelyben a következőket mondja: „Ez a könyv tartalmával és tanulságos képeivel hozzájárul ahhoz, hogy a rosszindulatú daganatok kórszövését a gyakorló orvosok korábbi stadiumban állapíthassák meg, amivel feltétlenül tetemesen emelkedik a kezelés eredményének a lehetősége”. *Berven* prof. e szavaival találóan mutatott rá *Kisfaludy* munkájának érdemére, mert e könyv, mely elsősorban a gyakorló orvosnak a rákdiagnostika és gyógyítás terén továbbképzését célozza, kitűzött feladatának igen jól megfelel.

Az általános részben a szerző mindenekelőtt rövid áttekintést nyújt a gyakorló orvosnak a rákellenes küzdelemben teljesítendő feladatairól, a rákos beteggel szemben követendő magatartásáról, a rákdiagnostika modern eszközeiről és a különböző rákellenes gyógymódokról, amelyek közül maradandó értékűnek csupán a sebészi és sugaras kezelések bizonyultak. A következő fejezet a sugárkezelés irányelveit, hatásmechanizmusát, technikai alkalmazását és újabb vívmányait foglalja össze.

A részletes rész a nőgyógyászati daganatok kivételével sorban foglalkozik az összes rákfélésekkel, azok kórbonc-

tanával, klinikai képével és gyógyításával felhasználva szerzőnek az OTI központi kórháza radiuosztályán gyűjtött tapasztalatait. *Kisfaludy*, aki sebészi előtanulmányok után tért át a sugárkezelésre, nem egyoldalú és elfogult sugárterapeuta, hanem mindenütt józan kritikával mérlegeli a sebészi és sugaras kezelési indikációit és a velük elérhető eredményeket. Figyelemre méltóak a tonsilla, gége és nyelőcső, különösen pedig az emlőrákokról írt sikerült fejezetek. Utóbbi a betegvizsgálat és tünettan sok finomabb részletét tárja fel a gyakorló orvos előtt és különös nyomatékkal mutat rá a prae- és postoperatív besugárzások fontosságára.

A könyv nyomása és kiállítása elsősorban; a szerző szép sugárterapeutikai eredményeit jól sikerült fényképek és instructív röntgenfelvételek demonstrálják. Utószót *Barla-Szabó József dr.* az OTI főorvos igazgatója írt a könyvhöz, kiemelve az OTI radium-osztályának eredményes működését a rákellenes küzdelemben.

Kisfaludy munkájának olvasását, a rákkérdéssel foglalkozó minden orvosnak, de főleg a gyakorló orvosoknak melegen ajánljuk.

Milkó prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 10-i ülése.

Előadások:

Kovács A.: *A röntgenkórisme értéke a gerinc feszes izületeinek vizsgálatában.* 326 beteg közül, kizárva a traumás, daganatos és csigolya-gyulladásos eseteket, 146-ot talált olyat, kinek kisizületeiben elváltozás volt. Vizsgálja, hogy ezen elváltozások mikor okoznak működési zavart, mikor hátí és derékfájdalmakat. Maradandó működészavart csak az előrehaladott elváltozások okoznak. A fájdalomak lehetnek helybeli izületi eredetűek, izomeredetűek és idegnyomásos fájdalomak. A gerinc betegségeinek pontos kórhatározásához a kisizületi röntgenvizsgálatot feltétlenül szükségesnek tartja.

Neuber E.: *Újabb adatok az aktinomykosis kórszövéséhez és gyógyításához.* A bóractinomykosis tüneteinek többsége már klinikailag is felismerhető. Mélyebben fekvő actinomykosisfolyamat kórszövésére elsősorban az allergiás reakciók és a complementkötés szolgálnak. A legelső között foglalkozott a fajlagos allergiás reakcióval, így különösen a percutan, cutan és intracutan reakciókkal. Legérzékenyebb az *intracutan allergiás reactio*. Ismerteti továbbá a *complementkötést*. — *Therapiás eljárások* közül elsősorban a *fajlagos vaccinalekezéssel* foglalkozik. Ennek feltétele, hogy a beteg ne legyen anergiás. Ilyenkor roboráló aranykúrával ki kell ragadni az anergiás szakból. Auto-, vagy polyvalens viccinával dolgoznak. — Egy újabb fajlagos gyógymód, a *reconvalescens savó-kezelés* Ezt az allergiás szakban is adhatjuk. Rendszerint még arany + fajlagos vaccinat is ad a betegnek a befejezett reconvalescens savó gyógykezelés után. — *Transfusiók* gyógyeljárásakor gyógyult actinomykosis-betegből 100—200—300 ccm vért ömleszt át sugárgombás betegbe. Az eredmény kitünő; nagy hátránya, hogy a vércsoportnak egyeznie kell. Legújabb gyógyeljárása a *fajlagos autohaemoterapia*, melynek előnye, hogy a gyógyanyag beszerzése nem okoz nehézséget.

Szili J.: A bemutatott egyik beteget kórházi osztályán volt alkalma észlelni. Egyik sebészi osztályon appendektómia, más női osztályon hosszas kezelés történt pyosalpinx diagnossal, de a beteg csak tovább romlott. Felvételtör végleteleg lefogyva, köldökig érő kemény beszűrődéssel, mély, genyedő fistula a hason. Csak második vizsgálatkor sikerült a sugárgomba kimutatása.

v. Szecsődy I.: *Az elmeorvos szerepe a büntetés végrehajtásában.* Ismerteti a pszichiatriának a kriminologia terén és a büntetés végrehajtásában mutatózó nagy szerepét. A büntető törvények történeti fejlődését és az egyes érvényben lévő büntetésnemeket sorolja fel a pszichiater nézőpontjából. A fogság alatt mutatózó ideg- és elmebajokat, a fiatalokú bíráskodást, a fogházorvos és a büntetőintézet orvos szerepét és a társadalmi védelmét célzó intézkedéseket ismerteti. — A túlspecializált orvostársadalom figyelmét felhívja e specialis orvosi működésre. Csakis így remélhető, hogy a természettudomány haladásával szükségesnek mutatózó újítások hazánk büntető törvényében és a börtönügy terén is kellő méltánylásra találjanak.

Sandelhausen M.: Vázolja a bűnözés és büntetés új orvostudományi, elméműködéses szempontjait a gyakorlati

hasznosítás hangsúlyozásával. A lehető prophylaxis érdekében „Elmeállomás” rendszeresítését tartja szükségesnek.

v. Szecsődy I.: Büntető törvénykönyvünk a szándék nélküli bűnt bűnnek, a gondatlanságtól eltekintve, nem tekinti. Lombroso tana megdőlt. Az alkohol-mámor csak abban az esetben lehet súlyosbító körülmény, ha a tettes azt előre megfontolt szándékkal a bűn elkövetésének megkönnyítése céljából tudatosan szerezte.

Még egy gondolat az öregedésről.

Az idős ember vérnyomása többé-kevésbé magas és az ütereit többé-kevésbé arteriosklerotikusak. Ez a két jelenség rendszeresen egymással párhuzamosan halad, mert ha egyéb pathológiás momentumok nem játszanak közre, a magas vérnyomás idézi elő az arteriosklerosist. Öreg korban a magas vérnyomást meg az idézi elő, hogy a mellékvese velőállományának a hormonja, az adrenalin, antagonistá hormonjának, a mellékvesekéreg hormonjának, a cholinnak csökkent elválasztása folytán szabadabban garázdálkodik a szervezetben.

Igy azután rájövünk az emberi szervezet öregedésének *primum movens*-ére: ez a mellékvesekéregnek a korral beálló lassú sorvadása. Ezt azonban nemcsak az öregkornak említett két tünete: a hypertonia és az arteriosklerosis bizonyítja, hanem más is. A mellékvesekéreg nemcsak a cholint, az adrenalin antagonistá hormonját termeli, hanem nagy mennyiségben magába raktározza a kívülről, táplálék alakjában felvett ascorbinsavat, vagy C-vitamint. Ügylátszik, hogy a mellékvesekéreg éppúgy csinál a szervezetben egy állandó C-vitamindepót, vagyis forrást, mint a máj csinál egy szénhidratdepót és forrást. Amiképen a szervezet szénhidratellátása csak akkor van biztosítva, ha a máj raktározó és mobilizáló tevékenysége jól működik, éppúgy a szervezet C-vitaminellátása is csak akkor biztosított, ha a mellékvesekéreg raktározó és mobilizáló tevékenysége jól működik. Nos, az öregkorban éppen ez nem szokott kielégítő lenni. Ismeretes, hogy az igen öreg emberek bőrének színe sötétbarna. Ez a mellékvesekéreg elégtelenségének tünete, ami az Addison-kórral egyezik. Az igen öreg emberek sem szoktak nagy testi erővel rendelkezni, éppen úgy, mint az Addison-kórban szenvedő egyének. Ez a testi gyengeség egy másik mellékvesekéreg-elégtelenségi tünet. Közeli az a gondolat, hogy az Addison-kór és a teljes elaggottság egymással rokon állapotok. Mindkettő lényege az, hogy a szervezet C-vitamin-szegénységben szenved.

Ime egy bizonyíték állításaim igazolására. Amióta csak foglalkozom biológiával, kezdettől fogva az az elvezérelt, hogy az állati és növényi szervezetek életfolyamatai lényegükben véve azonos módon folynak le és feltételeztem azt, hogy főképpen az olyan alapvető folyamatnak, mint a szövetlélegzésnek azonos módon kell lefolynia az állati és növényi szervezetben. Közismert dolog, hogy a kis (fiatal) körte belseje fehér, viszont az érett (öreg) körte belseje barna. Az érett (öreg) körte belseje már akkor kezd barnulni, amikor az még a fán van, vagyis, amikor az még a körtefával összefügg. Kétségtelen, hogy a fiatal körte belseje azért fehér, mert az elegendő mennyiségű C-vitamint tartalmaz, viszont az érett (öreg) körte belseje azért barnul el, mert az már C-vitamint nem, vagy csak igen kis mennyiségben tartalmaz. A C-vitamin ugyanis az az anyag, amely a polyphenolnak melaninanyagokká oxydálását megakadályozza. Azon, hogy én az éretlen körteket fiataloknak és az éretteket öregeknek tekintem, holott ezek nem is önálló élő lények és csak az a körtefa, amelynek ágain csüngenek ezek a körték, az az ön-

álló élő lény, azon ne csodálkozzon senki. Hogy a körte ősszel egészen más, mint tavasszal, azt mindenki láthatja, mert oly gyökeres átalakuláson megy keresztül. A gyümölcs érése általában öregedési folyamat. Hogy a körtén erre a folyamatra, ami szerintem az öregedés nyitja, rá lehetett jönni, annak oka az, hogy a körte tartalmaz ugyan C-vitamint, de csak igen kis mennyiségben. Ha a körte nagy mennyiségben tartalmazná a C-vitamint, akkor az benne az idők folyamán nem csökkenhetne meg annyira, hogy végül is elégtelenné válik arra, hogy a polyphenolnak melaninanyagokká oxydatióját megakadályozhassa. Ezért ez a gyümölcs szinte praedestinálva van arra, hogy az öregedés titkát elárulja. Csak egészen mellékesen megjegyzem, mert nem tartozik szorosánvéve ide, hogy csak azon növényi részek metszlapja barnul meg levegőn, amelyek kevés C-vitamint tartalmaznak, ilyenek a banán, alma, körte, stb. E növényi részek nem mindegyikén lehet azonban a belsejüknek a korral beálló barnulását megfigyelni, csak azokon, amelyek oly kevés C-vitamint tartalmaznak, mint a körte: 100 g körtében 1–3 milligramm C-vitamin van.

Az itt felsorolt adatok egymással annyira megegyeznek, hogy a belőlük levont következtetés nemcsak valószínűnek, hanem bizonyosnak látszik. Állításom igazolására nem végeztem ugyan egyetlen kísérletet sem, de közismert dolog, hogy a természettudományokban a megfigyelés sok esetben felér a kísérlettel. Igazság szerint a körték belsejének színváltozása sem saját megfigyelésem, mert az közismert dolog; én csupán következtetések, vagyis mások megfigyelései és a mások által kísérletileg megállapított tények alapján jutottam arra a gondolatra, hogy az öregedés oka a mellékvesekéreg sorvadása. Ez azonban nem zárja ki azt, hogy megállapításom helyes legyen.

Lehotzky Pál dr.
kórorvos, Csikvánd.

Verebélly Tibor 25 éves tanári emlékünnepe.

Csak most volt, 1914-ben, hogy a katedráját elfoglaló Verebélly Tibor eseményszámában esti előadásait tartotta és íme, 25 év távlatából állapítja meg népes családja, tanítványai és tanártársai körében: úgy érzi, kitűzött célját elérte, nem hiába élt, mert szellemi kincseit tanítványaiban látja átöröklődni. A 25 évet kitöltötte munkája és az örömet számára a mindegyre növekvő munkateljesítmény jelentette.

Verebélly Tibor, a tanár, e hó 16-án ülte 25 éves tanári jubileumát. Kifejezett óhajára a tanítványai munkáiból összeállított emlékkötetet, egy fényes kiállítású, 708 oldalas művet, melyben 37 szerző 50 dolgozattal szerepel, házi ünnepély keretében nyújtotta át Matolay György. — Nem esett szó ezen az ünnepélyen Verebélly prof-ról, az orvosi közélet vezetőjéről, csak a tanítómesterről. Domanovszky Sándor rector magnificus, Orsós Ferenc orvoskari dékán méltatták tanári működését. Matolay György beszélt a tanítványok nevében, akik összejöttek ünnepelni Mesterüket, jól tudván azt, hogy az életben elért minden sikerüket tőle nyert tudásuknak és az ő támogatásának köszönhetik. Megható szavakkal köszönte meg az egyetemi professor fáradságos munkáját számtalan orvostanhallgató társa nevében ifj. Hüttl Tivadar.

Ha olvasni tudtunk volna Verebélly prof. szívében, talán ez a keresetlen szavakkal elmondott üdvözlés

szerzett számára legnagyobb örömet, hiszen a magyar ifjúság életre nevelése, gyakorlati tanítása volt legfőképpen gondja. Mikor a közélet viharai dúltak körülötte, midőn úgyszólván minden percét orvosi közérdek vette igénybe, nem mulasztotta el egyetlen előadását sem. Az előadás, tanítás volt és maradt mai napig munkája gerince. Nagy öröm számára, ha annyi fáradsága jutalmát látja. Öröm és elégtétel minden sikerült szigorlat s vigasztalan, ha ritka esetben úgy látja, hogy tanításai nem hulltak termő talajba.

Hóman Bálint — úgy mondotta — nem mint a közoktatásügy legfőbb irányítója jött el *Verebélj* családi ünnepére, hanem eljött mint barát és hálás beteg. Hangsúlyozta, hogy ahhoz, hogy valaki hasonló magasságokba emelkedjék három dolog kell: ész, tudás és szív. A sebészet tanárának szellemi felkészültségén kívül szívre van szüksége, hogy előbbre tudja vinni szakmáját, hogy mindegyre több és több szenvedő embernek addhasson új reményt és gyógyulást. Szív kell ahhoz, hogy valaki az akadályok előtt ne hátráljon meg, hogy azokon át végül is célhoz jusson. Mint a klinika volt betegek kellemesen gondol vissza az ott eltöltött időre, mert *Verebélj* prof. módora, suggestív egyénisége, mindenkor bizakodó, derűs kedélye munkatársain keresztül olyan légkört teremt, amely már maga is gyógyulás.

Simonyi Árpád orvostábornok, mint öreg katonabajtárs felelevenítette *Verebélj* „élve” jelentkezését Ferenc József királyunknál, amidőn megköszönte a sub auspiciis regis avatást . . .

Hallottuk az Ő szeretett tantermében és este legszűkebb tanítványai környezetében Mesterünk szavait. Saját személyére nézve szerény szavai örérzetesen, büszkén csengtek, amidőn seregszemlét tartott iskolája felett. Megállapította és megállapíthatta, hogy jó munkát végzett: két katedrán ülnek tanítványai, rendkívüli tanárok, magántanárok és főorvosok tekintenek Mesterükre. „Tout comprendre c'est tout pardonner.” A családi szeretet ez ünnepének mérhetetlen távlatából por szemnek, múltó villanásnak tekinthette *Verebélj* prof. mindazt a kicsinyes, személyes érdekeket szolgáló kellemetlenkedést, ami a megközelíthetetlen tudású sebészt érthette azóta, amióta mint igaz magyar ember kötelességének tartotta, hogy tekintélyében pusztuló rendünkért sikraszálljon.

n. e.

Gyógyul a falu.

(A m. kir. Orsz. Közegészségügyi Intézet 7. közleménye.)

Irta: *Johan Béla dr.*, államtitkár.

Gyermekében gyönyörködő magyar anya mosolyog ránk a címlapról, mit zöld kereszt ékesít, a remény keresztje, — és remény sugárik a könyv minden szavából, annak az erős hitű, a maga útján oly szívós kitartással haladó orvos-államférfinak reménye, aki 12 évvel ezelőtt elindult a magyar nemzet életforrását megtisztítani és gazdagabbá tenni, a magyar falut meggyógyítani. — A Rockefeller-alap áldozatkészségéből felépítve a tudomány központi várát valóságos hadsereget szervezett e felderítő és hódító munkára, melynek támogatására sikerült megnyernie kormányt és parlamentet, a pénz hatalmasait és a magyar társadalmat és most e lebilincselő könyvben elébünk tárja ezt az egész nagyszerűen együttműködő szervezetet, elárulja hadi titkait, tanulságul állítja be vereségeit, hittet és reménnyel —, de elbizakodás nélkül — sikereit. Jelentés ez a könyv, nem egy befejezett munkáról, mint némely

kritikusa hitte és gúnyosan állította szembe a benne foglalt positívumokat az egész ország még mindig túlnyomóan siralmas állapotával: — hanem jelentés a mai helyzetről, a 12 évi munka eredményeiről és tanulságairól, az eszközökről és módokról, melyekkel azokat elérték, a vezérekről és katonákról, akikkel azt a harcot megvívták és továbbfolytatni akarják.

Jelentés a mai helyzetről és a legjobb propaganda a jövőben folytatandó küzdelemre ez a könyv, amelynek első részéből megismeri az olvasó közegészségi közgazgatásunk egész szervezetét, hivatott szakmunkásainak feladatait és kötelességeit a m. kir. tisztifőorvostól le egészen a bábáig és laikus halottkémig s megismerkedik ezek ma megkívánt képzésével is. Milyen lelkesítő lehet e fejezeteket olvasni, melyekben a vezér pontosan körülírja, mit kíván egy tisztifőorvostól vagy egy zöldkeresztes védőnőtől, — ha az illető jól végezte dolgát és magára ismer e követelmények hű teljesítőjében; — és milyen hasznos és lelkesítő lehet ez olvasmány azoknak, kik még csak készülnek e pályákra vagy azoknak várományosai. Tisztába jönnek azzal, mit kíván tőlük a vezér és az ország s bizonytalan körvonalak helyett határozott célt és utat látnak maguk előtt. *Ezt a könyvet többi fejezetéért is —, de különösen ezért, minden községi, kör-, és tisztiorvosnak, minden védőnőnek kezébe kellene juttatni*, mert csak az lehet győzelmes hadsereg, amelynek minden legkisebb tagja tudja, mit akar a vezér és tudja, miként kell abba neki is beleilleszkedni.

A könyv második része a különleges eszközöket és módokat —, hogy úgy szóljunk — a harci egységeket tárgyalja, amikkel ezt a küzdelmet vívják a magyar nép egészségéért. Egészség ház, szülőotthon, óvoda, napközi otthon, környezet higiéné, házépítés és lakás, utak és kutak. A szöveget tervek, fényképfelvételek, sokszor szép festői képek élénkítik, de mindenkit leginkább az adatok érdekelnék. Belepirulunk az örömbé, hogy már 55 „egészség ház”-ban osztják a jó tanácsokat anyának és csecsemőjének, tüdő- és nemibetegeknek s még a fürdő áldásaival is megismertetik a falu népét; — és belesápadunk a szűgyenbe hogy 3376 község közül 2000-en felüliben még mindig nincs orvos és hogy hazánk összes lakóházainak 73.8%-a vályogból vagy vert földből épült s ezek egyharmadának van csak kő vagy téglalapja!

Egészen új és a legtudományosabb alapokon nyugvó nagy munkáról és munkatervről számol be a „nép-élelmelés” fejezete. Hogy itt milyen nehézségekkel találja szemben magát a jóakaró, azt mindenki tudja, aki ismeri falusi népünk nagyon egyoldalú és hiányos táplálkozását, pénztelenségét és mondjuk őszintén, pénzhűségét, amivel még a gyermeke élől is eladja a tejet, ha módja van rá. A védőnők ijedten jelentik, hogy mihelyt egy tejszövetkezet kezd működni, mindjárt csökken a gyermekek tejfogyasztása. Vajtermelésünk 2½ millióról 11½ millióra emelkedése is nem a többtermelésből nyert fedezetet, hanem a 10 év óta változatlan tejtermelésből vont el tetemes mennyiséget a fogyasztóktól, elsősorban a falusi gyermekektől. Mivel népünk húst a disznóölés szolgáltatta füstöltön kívül nem fogyaszt, a tojást eladja, állandó fehérjedeficitben van, kenyérfogyasztása pedig a szükséglet duplájára rúg. Gyömolcsót csak nyáron eszik, zöld főzeléktől idegenkedik s így könnyen kerül főleg télen avitaminosisba. Mindezen bajokon a Népelelmelési Bizottság munkájával igyekeznek segíteni, melyben a társminisztériumok és a társadalom képviselői is részt vesznek, mert hiszen ez talán túlnyomólag socialis kérdés és feladat.

De Johan Béla nem az az ember, akit a nehézségek vagy akár lehetetlenségek téltenségre kárhoztatnak. Meggyőző argumentálásának s a kormánykörök és társadalom megértésének eredménye a zöldkeresztes tejakció, mi ez évben 17 millió liter tejet nyújtott a terhes és szoptató nők, csecsemők és iskolás gyermekek részére, kiknek 148 vagon cukrot is osztottak ki és sok helyen 90 napon át étkeztetik is a kis iskolásokat s ezzel kapcsolatban főzőtanfolyamokat is rendeznek a falusi népnek (ez évben 148 községben).

Érdekes fejezete a könyvnek az ivóvízellátás, mi azzal a szomorú akkorddal végződik, hogy bár 1938 végéig 1534 törzskönyvezett „jóivóvíz” kutat létesítettek, még 8200 kút és 250 vízelvezetés volna szükséges, aminek azonban csak 1/3-ára van fedezet a beruházási hitel ötévi 1 millióját is hozzászámítva.

A könyv befejező része a fertőző betegségek elleni küzdelemmel, a zöldkeresztes egészségügyi munkával, a kapcsolatos socialis gondozással és az egészségügyi propagandával foglalkozik. Minden téren korszerű munkával, tapasztalati alapon kidolgozott legcélszerűbb eljárásokkal találkozunk s az a megnyugtató tudatunk támad, hogy az a hatalmas központ itt az ország szívében a maga tudományos és szervező munkájával állandó szerves összeköttetésben él az ország lepperiferiásabb részén is a betegekkel küzdő orvossal és lelkes munkát végző védőnővel. — Ezért a nagyon becses szervező munkáért, a tudás és a világosság állandó terjesztéséért, nemzeti létünk gyökerét: népünk egészségét támadó veszedelmek leküzdéséért hálával tekintünk e küzdelem vezérére és táborkarára, de nem kisebb hálával és egyre többet váró bizalommal az őket megértő kormányférfiakra.

Vámosy prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 46. sz. Hegler C.: Icterus infectiosus (Weil-féle betegség). — Curschmann H.: Praehypophysialis és vesefunctio. — Gömöri P. és Sármai E.: A hypochloraeamiás mézsnephrosis kérdéséhez. — Klotz R.: A glutathion viseikédeése szívelégtelenségben. — Reichel W. S.: Az agy, agyhártyák és a tüdő blastomykosisa. — Brockmeyer I.: A vizelet indicanjának quantitativ meghatározása. — Schön W.: Klinikai tapasztalatok az interferometriás vérsavóvizsgálattal (Abderhalden-reactio). — Bruman F.: A calcium hatása az ember alapanyagcseréjére. — Ludány G.: Válasz a fenti cikkekre. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 46. sz. Hase A.: Tetvesség elleni védekezés. — Thums K.: A sklerosis multiplex átöröklésének kérdése. — Kraetsch H. I.: A kryptorchismus hormonális kezelése. — Finger H.: A nyelvcső daganatai. — Gilbert W.: Adatok a szemdaganatok tanához. — Anderl O.: Beck-pasta. — Schmincke A.: Borst M. prof. 70. születésnapjára. — Brunn W.: Virchow Rudolfról. — Mayer F. O.: Katgut túlérzékenység. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 46. sz. Härter: Általános sebészeti technika a háborúban. — Rodenwaldt: Vérhas a háborúban. — Liebermeister: A gümőkór elkülönítő kórisméje kórházi belosztályokon. — Eymers: Alkalmazkodási folyamatok a terhesség és szülés folyamán. — Reifferscheid: A méhtágulás veszélyei és ennek elhárítása. Sauer: Sterilizált női tej bakteriologiai vizsgálata. — Tscherner: A hajnövekedés elősegítése tüszőhormonnal.

Wiener Klinische Wochenschrift, 46. sz. Schneider Ph.: A kosmetika törvényes alapjai. — Stöger R.: A B₁-vitamin és C-vitamin összefüggései. — Kutschera—Aichbergen: Fertőző betegségek diataetikája. — Bernhart F.: Az eklampsia története, lényege és kezelése. —

Medizinische Klinik, 46. sz. Curschmann H.: Bacillaris vérhas. — Schöne G.: Megelőző operatív sebkezelés a harc-téren. — Fink K.: A gyomor-bél és a női nemibetegségek néhány kapcsolatáról. — Kraatz H.: A női húgycsőnyílás betegségei, ezek elkülönítő kórisméje és kezelése. — Theiss O.: Vegetativ-neurotikus betegségek kezelése bolgár belladonnagyökérrel. — Keller F.: Nőgyógyászat és fülészet. —

Brandenburg R.: Sulfonamidszármazékok hatása repülőkre. — Betegségi tünetek időtartama, mint diagnostikus eszköz. — Koszoruérinfarctus az Egyesült Államokban. —

La Presse Médicale, 31—84. sz. Binet L.: és Burstein M.: Vizsgálatok a méhméregéről. — Garin Ch.: Spirochaeta hispanica okozta sapnyol-afrikai visszatérő lázról. — Gayraud Y.: A koponyaboltozat csontosodási lacunáiról. — Ravina A.: Sulfamid helyi alkalmazása nyílt törések esetén. — Savy P.: Az ütőeres hypertensio therapiás javallatai. — Basset A.: Áthatolói izületi sérülések sürgős kezelése. — Chauchard P.: Chemiai transmissio és ingerlékenység. — Cretin A.: Adatok az inter fragmentaer vérömlenyek tanához a törés utáni első napokban. — Seimeanu A. és Adamesteanu C.: A pruritus perinealis pathogenesise és kezelése epiduralis magnesiumsulfatinjectiókkal. — Roch M.: Uraemiás hányás vagy hányás okozta uraemia? — Feil A.: A silicosis kártalanítása. —

The Lancet, szept. 30. D. T. Davies és M. Wilson: Anyagi és lelki körülmények befolyása a haematemesisre és az ulcus perforatióra. — J. G. Graham, J. C. Alexander, stb.: Vérzés ulcusban. — T. H. Belt: Pulmonalis emboiia késői következményei. — V. Spiller: A szülés időtartama primiparákon. — S. Thomson, M. Arnott, stb.: Vércomplement acut glomerulonephritisben és terhességi toxikosisban. — T. C. Bachouse: Haematuria M. & B 693-tól. — H. M. Royds Jones: A tengeri rék és gastroenteritis. — Okt. 7.: G. Hadfield: A regionalis ileitis elsőleges szövettani laesiója. — T. Andersen, E. D. Cooper, stb.: Sulphapiridin kezelés pneumococcus pneumoniában. — O. Romcke és E. Vogt: Pneumoniakezelés M. & B. 693-al. — P. M. Tookey Kerridge, G. Briggs stb.: A rossz hallás és a táplálkozás viszonya gyermekkorban. — M. Silverstone: Foramen Winslow hernia.

British Medical Journal, nov. 11. H. A. Harris: A testgyakorlás anatómiai és physiologiai alapja. — H. L. Marriot: Sulphapiridin és a pneumococcus infectiók. — I. W. Rowlands és A. W. Spence: Antigonadotrop hormon termelés férfiakban, terhes lóserum kivonat injectiójára. — E. J. G. Glass: Bronchographia. — J. D. P. Graham: Crataegus oxyacantha magas vérnyomásban. — L. H. Gray és J. Read: Radium használat a háborúban.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére **Fritz Gusztáv dr. Pázmány Péter** tudományegyetemi magántanár, adjunktusnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyet. rendkívüli tanári címet adományozta.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete nov. 29-én este 8 órakor a Bp. kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezendő I. házi hangversenyének műsora: 1. Bevezetőt mond: **dr. Lévai Györgyné**; — 2. **Vivaldi**: Concerto grosso d-moll, op. 3. №. 11, két hegedűre és zongorára. Előadják **Furka Gizella** (zongora), **Milkó Gabriella** (I. hegedű), **Tóbiás Károly** (II. hegedű). — 3. **Lully—Godowsky**: Courante; **Rameau—Gadausky**: Rigaudon; **Scarlatti**: Pastorale; **Capriccio**. Zongorán előadja: **Milkó Vilmos** prof. — 4. **Tartini**: g-moll szonáta. Hegedűn előadja: **dr. Simonyiné Gróh Klára**, zongorán kíséri: **Kály Mária**. — 5. **Giordani**: Caro mio ben; **Stradella**: Pietà signora; **Bounoncini**: Per la gloria. Énekl: **Győri Pál dr.**, zongorán kíséri: **Róna Alfréd dr.** — 6. **Händel**: IV. szonáta fuvolára és zongorára. Előadja: **Meisel Gusztáv** (mint vendég), zongorán kíséri: **Milkó Vilmos** prof.

Az Erdélyi Múzeum Egyesület Emlékkönyve megjelent **Koleszár László dr.** szerkesztésében. Tartalma az 1938. augusztusában Tordán lefolyt vándorgyűlés keretében tartott orvostudományi előadások, melyek között találjuk **Manninger** prof.-nak „A rák gyógyításáról”, **Orient Gyula** prof.-nak „A rák keletkezéséről” és „A kén biológiai jelentőségéről” és **Jeney Endre** prof.-nak „A lép élet és kórtanáról”, valamint „A meteorológiai tényezőkről” tartott nagytértékű előadásait. A többi előadók és bemutatók is mindannyian élénk bizonyosságot tettek afelől, hogy Erdélyben a magyar kisebbség megtartotta és teljes önállósággal fejlesztette tovább kulturáját. A sikeres szervezés **Koleszár László** érdeme.

Németországban a tuberculosishalandóság az utóbbi 50 évben a következő arányban csökkent; nők: 28.4‰-ról 6.4‰-ra; férfiak: 34.2‰-ról 7.8‰-ra.

Angliában az orvosi ellátás krízis előtt áll. A kórházi orvosok legnagyobb része katonai szolgálatot teljesít. — Aggódva néznek egy esetleges bekövetkező epidemia elé.

Hétfőn, 27-én 7 ó.: a Bp. Orv. Kör ülése. Szondi L.: Az örökklődő betegségek elhárításának kérdése az orvosi gyakorlat szempontjából. A sterilisatiós törekvések bírálata.

Kedden 28-án 1/2 7 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr és Gége. Sz. o. ülése. Szende B.: Idült pansinuszitisek szögödri szövödményei; Pándy K.: a) Septum sulcatum, a veleszületett lues új jele, b) Veleszületett nyeregorr; Némai J.: Újabb felvételek a hangvibrálás magyarázata céljából.

Kedden, 28-án 3/4 7 ó.: a Bp. Orv. Kaszinó ülése. Weinstein P.: A szemészeti lelet értékelése a gyakorló orvos szempontjából.

Szerdán, 29-én 6 ó.: a Közkórh. Orvostársulat ülése. Előadások: Nebenführer L.: a) Trophoneurosis alapon fellépő bőrbetegségek; b) Az Új Szent János kórház bőr-és nemibajos rendelőjének 5 éves működése. Müller F.: A bőrbetegségek és az anyagcserebetegségek közötti vonatkozások.

Csütörtökön, 30-án 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orthop. Sz. o. ülése. Előadás: Dollinger B.: Szemelvények az othopaedia köréből. Bemutatók: Sajgó Gy.: Újrendszerű gerincoszlopmentesítő fűző csigolyatörés, spondylitis és scoliosis esetében. Glauber A.: Extraarticularis tuberculosus a csípőcsontban. Zimmer N.: Ritka csigolyadaganat műtéti gyógyult esete.

Pénteken, 1-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bakay Lajos: Az agydaganatokról. —

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár Rt., Újpest gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeljük.

Dr. Szontagh: Szanatóriumok és gyógypalota UJTÁTRAFÜRED

Egész évi üzem. Igazgató: Dr. Szontagh Miklós
Felvilágosítás: Tátra Iroda, Budapest, V., Dorottya-u. 5-7.

924—11—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Jász-Nagykún-Szolnok vm. I. Ferencz József közkórházban lemondás folytán megüresedett egy *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, (de ha a kinevezendő segédorvos szolgálati ideje, beleszámítva másutt hasonló minőségben eltöltött idejét is, eléri a 3 évet, előléphet a X. fiz. oszt. 3. fokozatába.), egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás és I. oszt. ételmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő (jelenleg havi 18.— P körül) Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Sebészeti gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Magángyakorlatot nem folytathatnak.

A pályázati kérvényhez csatolandó: születési anyakönyvi kivonat, hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, curriculum vitae és orvoskamari tagság igazolása.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket 1939. évi november 30-ig báró Urbán Gáspár főispánhoz címezve a kórház igazgatóságához kell beadni. A segédorvos kinevezése 1—2 évre szól, mely évenként pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Az állás kinevezés esetén ezonnal elfoglalandó.

Szolnok, 1939. évi november hó 15-én.

Szabó Elemér dr., s. k., igazgató-főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló szegedi állami gyermekmenhelyben lemondás folytán megüresedett *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű V. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti ételmezés.

Az állást elnyerni óhajtoknak a m. kir. belügyminiszterhez címzett kérvényüket legkésőbb *f. évi december hó 2-án déli 12 óráig* kell hozzám benyújtaniok. — A pályázati kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgárság igazolása; 3. az 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ai értelmében annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá; 4. eddigi működést is feltüntető életrajzi adatok (curriculum vitae) esetleges szakképesítés igazolása, (a különnyomatok egy-egy példányának csatolásával); 5. egyetemi lecke-könyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, esetleges szakképesítés igazolása; 6. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkéltű tisztiorvosi bizonyítvány; 7. közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletét igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány; 8. családi állapotot igazoló hatósági bizonyítvány; 9. orvoskamari tagság igazolása.

Az állás betöltése megbízatás útján történik, mely nyugdíjra igényt nem ad, egy évre szól és annak elteltével, pályázat mellőzésével további egy évre meghosszabbítható. A segédorvosnak az intézetben kell laknia. Az egy szobából álló segédorvosi lakás csak saját személye részére vehető igénybe.

A gyermekvédelmi közigazgatásban és gyermekgyógyászatban jártas pályázók előnyben részesülnek. A kinevezendő segédorvos magángyakorlatot nem folytathat. Hiányosan felszerelt, a pályázatnak meg nem felelő, vagy elkésve érkezett pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Szeged, 1939. évi november hó 15-én.

Kovács Ödön dr., egyet. rk. tanár, igazgató-főorvos.

2517—1939. kórh. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában üresedésben lévő, az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítvény ellenében kiszolgáltató I. oszt. ételmezésből álló javadalmazással járó *segédorvosi állásra*, illetve ennek betöltése esetén üresedésbe jövő, havi 80 P tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítvény ellenében kiszolgáltató I. oszt. ételmezésből álló javadalmazással járó *orvosgyakornoki állásra*, 1939. évi december hó 10.-i határidővel pályázatot hirdetek.

A segédorvos kinevezés esetén 3 évi segédorvosi vagy azzal egyenlő értékű szolgálattal bíróknak a 300—1935. B. M. sz. rend. alapján, mint alorvosnak a X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés jár. Kinevezett orvos magángyakorlatot nem folytathat. Az állás kinevezés esetén lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybéllyel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja thj. város főispánjához, nagykászonyi Kászonyi Richard főispánhoz címzetten a város közkórházába adandók be.

Baja, 1939. november hó 17.

Bernhart Sándor dr., s. k., polgármester.

Bőségesen és könnyen köptetnek az Expectin cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz krt. 27.

Savbáxisegyensúly helyreállítására:
Eugastin mite et forte "Certa"
a bélműködést is szabályozza!

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógyszer. vegy. lab. Bpest., Teréz-kr 27. Telefoni: 121-283.

206.012—1939. XVI. B. M.s z

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszacsatolt felvidéki területen állami igazgatás alá került beregszászi kórházban egy *helgyógyász osztályos főorvosi* és egy *kórboncnoki és laboratoriumi főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvényekhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandó: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgársági igazolás; 3. születési anyakönyvi kivonat, (keresztlevél); 4. életrajzi adatok (curriculum vitae) esetleges tudományos működés igazolása; 5. szakorvosi képesítés; 6. Magyarországnak a trianoni békeszerződés megállapította területéről pályázók orvoskamrai tagságának igazolása; 7. esetleges katonai szolgálat igazolása; 8. közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítványa; 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecské és szigorlati bizonyítványok; 10. az 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rend. 1. és 3. §-ai értelmében annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az idézett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataiban, közintézményben és közintézetben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázat) is fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltések — amennyiben szakszempontból az illető állásra képzettségükkel és gyakorlatuknál fogva megfelelnek — a 2.300—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi febr. 26.-i 47. sz.-ban) 7. §-ában foglaltak értelmében — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak: a) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területen volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszacsatolt felvidéki területeken laktak; b) akik az 1921. évi július 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszacsatolt felvidéki területeken volt, állásukat azonban magyarságuk miatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni békeszerződés megállapította területére költözve, itt közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; c) akik az 1938. évi november hó 2. napján a visszacsatolt felvidéki területeken kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak; d) az a) pont alatt említettek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarországi területen laknak; e) mindazok, akiknek az 1938. évi nov. 2. napján a visszacsatolt felvidéki területeken állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarországi területén laknak.

Az említett 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítéseket az idézett 2.300—1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni. Ugyancsak hiteltérdemlően igazolni tartoznak azt is, hogy az említett kormányrendelet 7. §. a), b), c), d) vagy e) pontja hatálya alá tartoznak. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak és azért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek. A főorvosi állással általában az állami rendszér VIII. biz. oszt.-ra nézve mindenkor megállapított il-

letmények járnak. A 2.300—1939. M. E. sz. rendelet 7. §. (1) bekezdésének a), b) vagy c) pontja továbbá a 8. §. (2) bekezdés alá eső pályázók e rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével sorozatnak fizetési osztályba és fokozatba.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetemének a „Budapesti Közlöny” c. hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve nyújtsák be. Határidőn túl érkező vagy nem kellően felszerelt pályázatok figyelembe nem vehetnek.

Budapest, 1939. évi november hó 15-én.

M. kir. belügyminiszter.

18.370—1939. sz.

Fejér vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Fejér vármegye központi járási tüdőbeteg gondozó intézetének vezető *szakorvosi és segédorvosi állására* pályázatot hirdetek. A vezető szakorvos javadalmazása későbbi időpontban állapítatik meg. A segédorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény. A vezető szakorvosi állásra olyan orvosok pályázhatnak, akik legalább öt évi kórházi orvostudorok pályázhatnak, akik megfelelő szakorvosi képesítést igazolni tudnak. Segédorvosi állásra a megfelelő elméleti képesítés igazolása elégséges. Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy elméleti képesítésüket, az orvosi pályán eltöltött eddigi működésüket, vagy egyéb szolgálatukat, esetleges irodalmi működésüket igazoló, valamint személyi adataikat tartalmazó okmányokkal (születési anyakönyvi kivonat, magyar állampolgárság) felszerelt kérvényeiket, amennyiben jelenleg is alkalmazásban állanak, felettes hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül hozzám címezve f. évi december hó 15-én déli 12 óráig iktatóhivatalomban nyújtsák be.

Igazolni tartozik végül a pályázó azt, hogy az 1939. évi IV. t. cikk alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak. Igazolás 7720—1939. M. E. sz. rendelet 3. §-a szerint csatolandó. Később érkező pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetek.

Székesfehérvár, 1939. évi október hó 30. napján.

Thaisz Andor dr., s. k., alispán.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik nov. 12—18. között. A hét első fele frontokban szegény volt, második felében a frontok száma és fejlettsége is növekedett. A frontok részletes adatai:

| | Átvonulás ideje Budapestben | | A front rajtaja | Fejlettsége | Kísérő eseményei |
|--|--------------------------------|---------|--------------------|---|---|
| | hó | nap óra | | | |
| NOV 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 | 12 | 5 | Betőréai | Gven-e | Szélnyugtalanság. |
| | 12 | 22 | Felsőikl. | Mérsék. | Praefrontális kód, 1000 m-nél vastagabb |
| | 13 | 4 | Betőréai | Gyenge | Légvonnasugrás, |
| | 14 | 19 | | | Szélélénkülés, állásviszonyok javulás. |
| | 16 | 8 | Felsőikl. | Kérsék. | Praefrontális kód és borulás, 1 mm eső. |
| | 16 | 21 | Betőréai | Gyenge | Kis szél nyugtalanosság. |
| | 17 | 4 | Felsőikl. | Mérsék. | Erős praefrontális súllvédés 2 ó-tól. |
| | 17 | 5 | Betőréai | | Hirtelen szélroham 8 mlp. |
| | 17 | 9 | | | Héves zápor néhány percig. |
| | 17 | 11 | | | „ „ „ szélvihar. ÉNY-ra. |
| | 17 | 13 | | | „ „ „ szélvihar. ÉNY-ra. |
| | 17 | 14 | | Erős | Szélvihar 23 mlp. |
| | 17 | 18 | | Mérsék. | Szélrohamok, max. seb. 15 mlp. |
| | 17 | 22 | | Erős | Szélvihar, 23 mlp. |
| 18 | 7 | | Erős | Szélcsenad után szélvihar és kis zápor. | |

A táblázat utolsó oszlopán szereplő számok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A Schüller-Christian-féle betegség.

Ritka betegség, mellyel a gyakorló orvos alig találkozik. Tulajdonképpen a xanthomatosis-betegségeknek egy specialis alakja, vagyis elsődleges cholesterin-anyagszerebántalom. Mint ilyen rokonságban van a Niemann-Pick-féle betegséggel és a Gaucher-féle kórral, melyek szintén elsődleges lipoid-anyagszerebántalomból; előbbiben a phosphatidák, utóbbiban a cerebrosidák anyagcseréje zavart. Első leírója az amerikai Hand 1893-ban, aki azonban gümös megbetegedésnek tartotta. A bécsi Schüller 1915-ben a betegség jellemző triasaként írja le a koponyacsontelváltozást, az exophthalmust és diabetes insipidust. 1919-ben Christian Amerikából ismertette a Schülleréhez hasonló beteget, mindketten a hypophysisre vezetvén vissza a kórképet. A szintén amerikai Rowland 1928-ban utal arra, hogy itt valójában egy különös lipoid-anyagszerebántalomról van szó. Azóta kb. 140 eset ismeretes. Legújabbban egyes kórboncnokok szerint a granuloma-képződés az elsődleges és a hypercholesterinaemia másodlagos.

Főleg gyermek- vagy fiatalkorban fordul elő, a férfi nemből gyakrabban. Az öröklés kérdése bizonytalan. Az első és leggyakoribb tünetek: duzzanatok és lyukképződések a koponyacsontokon, exophthalmus és diabetes insipidus. Ezért ajánlja Sachs (1937) a „diabetic ocular dysostosis” elnevezést. Különösen jellemzők a koponyacsont elváltozásai röntgen képen. A koponya Schüller hasonlata szerint a térképre emlékeztet: élesen határolt kerek vagy szabálytalan csonthiányok ép környező csontrészekkel. A csontpusztulások néha annyira kiterjedtek, hogy a koponyatető nagy része puha, bőrszerű tokká alakul át. A koponyaalap is résztvesz a folyamatban, leggyakrabban a sella környéke. A csontelváltozás lényege sajátos granulomaképződés a velőállományban és a granulomasejtekből tömeges cholesterin-ester, kisebb részben szabad cholesterin és neutralis zsír tárolás. Az ilyen xanthomák granulomák okkersárga csomókat alkotnak, egy ideig növekednek, később azonban kötőszövetesen zsugorodhatnak és helyükön csont-sclerosis jöhet létre. A koponyacsontokon kívül leginkább a medencecsontokban és combcsontokban fordulnak elő. Az exophthalmus oka vagy az orbita elváltozása, vagy a dura mentén előre növekvő granulomaképződés. A diabetes insipidus pedig azáltal jön létre, hogy az ékcsontról a velőállományát infiltráló granulomák a kemény burokra vagy a kemény burkon keresztül magára a hypophysisre és a hypothalamusra is ráterjednek. Ezért adott esetben, ha a koponyaalapi folyamat háttérbe szorul, úgy az exophthalmus, mint a diabetes insipidus hiányozhat. Egyéb tünetek közül fejfájás, látásromlás, alvászavar, dystrophia adiposo-genitalis (a koponyaüri elváltozásokkal kapcsolatban), lép és nyirokcsomó duzzanat (a xanthomák infiltratio miatt), vérszegénység (a csontvelőt pusztító granulomák következtében) és cyanosis (tüdő-fibrosis esetén) fordulhatnak elő. Jellemző a vérsavó cholesterin-tartalmának megnövekedése. A betegség hónapokig vagy évekig húzódhat, mindig rosszindulatú. A halált vérszegénység, cachexia vagy közbejövő fertőzés okozhatja.

Elkülönítő kórismézés szempontjából fontos a Röntgen-kép, a vérsavó cholesterin értéke és esetleg biopsia.

A röntgenkép hasonló lehet multiplex myelomához, itt azonban a csigolyák is mindig bántalmazottak. A nyirokcsomóból történt kimetszések — mint Hanson figyelmeztet — néha rákos áttétel gyanuját kelthetik.

Therapiás kísérletképpen a Rowland-féle étrenden kívül, melynek lényege a tej, tojás és húsfélék eltiltása, a röntgen-besugárzást minden esetben alkalmazni kell. Teperson, Blinkenberg, valamint Wynkoop és társai besugárzás után a granulomák visszafejlődését és a csonthiányok gyógyulását észlelték; pár esetük 2—3 év óta nem romlik.

Kiegészítésképpen meg kell említenünk, hogy legújabbban Bogaert-Scherer-Epstein, Schneider, valamint Hallervorden olyan eseteket észleltek, ahol a jellemző csontelváltozások mellett vagy azok nélkül a xanthomák folyamata a központi idegrendszeret támadta meg, granulomák csomókat hozván létre a gerincvelőben, agytörzsben és kisagyvelőben. (Idegrendszeri cholesterinosis vagy Bogaert-Scherer-féle betegség)

Sántha Kálmán dr.
egyet. ny. rk. tanár, Debrecen.

A csuklás kezelése.

Egészen sajtós, hogy sok lényegtelennek látszó, egyébként kellemetlen tünetcsoport kezelését mennyire elhanyagolják a tankönyvek és alig tesznek róluk említést.

A csuklás megszüntetésére ösidők óta a legprimitívebb népies babonák és szerek szokásosak nemcsak a népi gyógyításban, hanem a művelt laikus közönség körében is, melyeknek sikere abban rejlik, hogy a baj legtöbbször magától is elmúlik minden beavatkozás nélkül.

Előfordul azonban olyan súlyos, sokszor kétségbeejtően makacs csuklás is, amikor az nem percekig, órákig, hanem hetekig, hónapokig eltart, majd kis szünet után újból kezdődik, ami igen súlyos következménnyel járhat. Deutsch 30 éven keresztül tartó csuklásról számol be, Neuberg és Kappis pedig 3—3 éves csuklás eseteit közlik, Schusztter és Pinéas egy idősebb férfi csuklásáról számolnak be, aki a heteken keresztül állandóan tartó csuklástól teljesen kimerült, erősen lefogyott, enni nem tudott és erős mellkasi és bordafájdalmi voltak.

Eltekintve azoktól az esetektől, amelyek műtét után jelentkeznek és az operatio sikerét kockáztatják a sok csuklás miatt rendszerint kezdetben gyomorpanaszok, majd rekeszizom, később légző apparatus, végül vérkeringési szervi zavarok jelentkeznek (fulladás, cyanosis, szapora légzés, érverés stb.) és a beteg teljes kimerüléséhez, lefogyásához vezetnek.

Ezekre és a gyakorlatban is elég gyakran előforduló komolyabb csuklási esetekre tekintettel nem látszik céltalannak, hogy a csuklás mechanizmusával, kórokta-nával és kezelésével egy kissé bővebben foglalkozzam.

Bár Erb és utána sokan mások szerint is a csuklás a rekeszizom clonikus görcse, műtéti beavatkozások mutatják, (phrenicotomia-, exairesis), hogy a csuklás rekeszizom nélkül is bekövetkezik. Ilyenkor a nyak, váll,

bordaközi izmok clonikus görcse okozza azt. (Tehát az összes légző izmok részt vesznek a kiváltásban.)

A csuklás lényege hirtelen fellépő, rövid inspiratív-összekötött görcsös rekeszizomcontractio, miközben a gége-garatban a jellemző hang keletkezik. Abba a csoportba sorozható, amelyhez a tonikus rekeszizomgörcs, tüsszentés, köthögés, ásítás, számarköhögés, bőfögés stb. tartozik.

Kóroktana még mindig nem tisztázott és keletkezését sok mindenre vissza lehet vezetni.

Kiváltható, ill. kiváltódik:

1. reflectorikus úton a subdiaphragmalis szervek útján,
2. a központi idegrendszer felől,
3. a n. phrenicus izgatása által.

Bárhogy álljon is azonban a reflex kiváltására vonatkozó lehetőség, minden körülmények között a légző centrum, némelyek szerint a singultus centrum (*Schapiro* szerint a légző centrum két részre van osztva) izgalmára van szükség, hogy a csuklás létre jöjjön.

Kiváltásában úgy psychikus, mint organikus okok szerepelhetnek. Az organikus okok közé tartozik a chemiai inger is, ami a véráram útján (uraemia, azotaenia, toxikus anyagok stb.) bekerül a légző központba és ott izgalmat vált ki.

A centrum izgalmát kiváltó okok között a legérzékenyebbek a hasüri szervek felől kiinduló ingerületek, itt is leginkább a gyomor felső része, amely hideg vagy meleg étel vagy ital mohó élvezésekor csuklást indít meg. Ismeretes és majdnem mindenkiel előfordult gyors nyeléskor az oesophagusban nehezen haladó, vagy fennakadó ételnek csuklást kiváltó hatása, amely megszűnik azonnal, mihelyt egy korty vízzel a nyelést siettetjük vagy befejezéshez juttatjuk. Ugyancsak csuklást indíthatnak meg erős alkohol, nicotinabusus, erős hányató vagy hashajtó alkalmazása is.

Csuklás jelentkezik a hasüri szervek megbetegedéseiben is. Rekeszszérv, gyomorfekély, vagy gyomorrák, gyomorbélhurut, volvulus, ileus, máj-, bélrák, dysenteria, cholera, typhus, peritonealis izgalmak-, sérülések, fertőzések, oesophagus szűkület, hepatitis, epekövek, a húgyutak és genitáliák megbetegedései stb. esetén.

Igen lényeges az agy és gerincvelő felől kiváltható és kiváltódó csuklások ismerete. Ezek lehetnek psychikusak, (neurasthenia, hysteria) és organikusak.

Utóbbi kapcsán megemlítendő: epilepsia, hydrocephalus, meningitis, tabes, myelitis, a hid és nyultvelő latens gümőkórja, chorea, encephalitis lethargica, syringomyelia stb. Kiválthatják azonban. chemiai okok is. Szénsavtelítettség, oxygenhiány, intermediär anyagcsere-termékek, uraemiás salakfelhalmozódás, diabetes mellitus, influenza toxinhatás stb. Ezek valószínűleg mind (a csuklás magasabb bulbaris és kéregközpontja útján) a frontalis és parietalis lebeny útján hatnak.

De gyakran észlelhető csuklás a n. phrenicust ért ingerek következtében. *Stratigopulos* és *Psaraftis* a csuklás okát a tracheobronchiális mirigykörül gyuladásnak a n. phrenicus hüvelyre terjedése által kiváltott idegizgalomban keresik. stb. *Rosenownak* 8 esetben streptococcustörzset sikerült kimutatni, amely törzs állatoltáskor rekeszizom és masseter-görcsöt tudott kiváltani (a centrum toxikus izgalma).

A kezelésre vonatkozó összes népies és használatban levő módszerek és gyógyszerek a következőkben foglalhatók össze:

Meggyógyul magától, lélekzetviisszatartásra, mély légzésre, lélegzetviisszatartásra glottiszárási kísérlettel (ezt csak felnőttek próbálhatják meg), hátütögetésre, suggestio, hypnosis hatására (hysteria, neurasthenia), narkoticumok adagolására (brom, opium, morphia, chloroform stb.), a n. phrenicus elektromos ingerlésére, rekeszizom faradozására. Szerepel a tanácsok között intenzív bőringerek alkalmazása, sondabevezetés a nyelvcsöbe-, gyomorba, gyomormosás, nyelvvelőrehúzás, hasprés, a gyomorgödör vibrációja, jéglabdac nyeletés, vízítatás falhoz állítás közben felemelt karral falhoz támaszkodva, intracutan atropin, intravenás lobelin stb. Gyermekeken hánytatás, mivel legtöbbször túlevés vagy gyors evés következtében csuklanak, ami hányásra vagy az emésztés előre haladásakor azonnal megszűnik. Leggyakoribb a morphia és cocainos készítmények adagolása (ornnyálkahártya ecsetelése *Lichtenstein*), vagy cocainos-papaverines cseppek adagolása, amellyel több esetben én is szép eredményt értem el.

Mindezek mellett azonban leglényegesebb az ok megkeresése és annak megszüntetése.

Újabban súlyos csuklással jelentkező betegek esetében az az elgondolás vezetett, hogy valamiképpen a vegetatív idegrendszer ingerlékenységét csökkentsem s ezáltal a rekeszizomgörcsöt megszüntessem. Mivel a fent elsorolt szerek mind az általános gyakorlatban látható bizonytalan eredmények miatt, mind gyógyszerhatástaniilag causalisan sem eléggé megalapozottak, igen sokszor súlyos esetekben nem válnak be, olyan szer után kutattam, amely nem narcotikum, azonban amphotrop hatásánál fogva úgy a parasymphikus idegek izgatása, valamint a sympathikus idegek bénítása útján vezessen célhoz.

Ismeretes a calciumnak a vegetatív idegrendszerre gyakorolt sedatív hatása, hiányának pedig ingerületfokozó következménye. De ismeretes a calciumnak tetania, asthma, vagotonia, spasmophilia elleni kitünő hatása is.

Heubner szerint állatkísérletekben nagy adag calcium (0.25 g Ca Cl₂ pro kilogramm) azonnali szívbénülést, a hátsó vétagokon sajátos izomgyengeséget okozott, a mi részegséghez hasonló tántorgásban nyilvánult meg és tiszta öntudat mellett más esetben pár óra múlva halálhoz vezetett a motoros kör gyengítése mellett.

A calciumnak ez a motoros bénító sedatív hatása akkor vált szembeszökővé, ha az állat agyveleje a striatummal együtt egész a thalamusig eltávolított, amikor az állat egész kis adagra álomba merült (*S. Yamawaki*), ami a nagyagy jelenlétében nem következett be. Fenti szerző szerint a calcium tehát a magasabb agyterületeken izgat, az alsóbb részekben motorosan gátló hatást fejt ki. Egész kis adag calciumnak a tuber cinereumra vétele állaton többórás alvást idézett elő (*Demole*).

Ezek a vegetatív mérgek (a cholin is) ha közvetlenül a kamrai alvásközpontra fecskendeztetnek, vagy a sympathikus éberközpontot bénítják, vagy a parasymphikus alvásközpontot izgatják. (*Marinesco, Demole*).

Ha mindezekhez hozzáveszem azt a megfigyelést, amelyet intravenás calcium beadása után tapasztaltam, hogy a kívánt hatás mellett a beteg minden alkalommal elbágyadt, fáradt lett, valamint legtöbbször álomba merült, indokoltnak látszott, hogy csuklás ellen a calcium hatását kipróbáljam.

A hatás azonnal bekövetkezett, a csuklás még a gyógyszer beadása közben megszűnt.

Egyik esetben egy fiatal nő került vizsgálatra, aki colitise miatt injiciált lóserum következtében urticariát kapott. Az orvosa által adott adrenalinra az urticaria igen gyorsan eltűnt. Nemsokára ezután beteg hirtelen rosszul lett, ájulás környékezte, a szíve mind lassabban vert, halálfélelem vette elő, szíve táján erős nyomást érzett, hideg veríték lepte el stb., amikor a beteg én hoztam került. Hozzátartozói a szív erősítésére és a beteg rosszulletének megszüntetésére előzőleg egy pohár cognacot itattak vele, ami után azonnal igen erős csuklás jelentkezett. A megfelelő cardiacumok beadása után, midőn a pulsus alig javult, a bradycardia mind kifejezettebb lett és a csuklás nem akart szünni, a beteg cyanotikusan, hidegverítékekkel, majdnem teljesen öntudatlanul feküdt, a csuklás megszüntetése végett 5 cmm calcivent adtam i. v.. A csuklás még az injectio adása alatt azonnal megszűnt és a beteg pillanatok alatt magához tért.

A második beteg idősebb férfi volt, akin pár nap óta kinzó, szünni nem akaró, beszédben, evésben őt zavaró és már teljesen kimerítő csuklás jelentkezett.

Calciven adása közben, mikor a tü még a venában volt, a csuklás azonnal megszűnt.

A III. eset már komplikáltabb volt, mivel egyébként nem egészséges, hanem gyomorfekély, lues latens és tüdőcsucs-folyamatban szenvedő betegről volt szó.

Az első kórházi felvételnél a napok óta tartó csuklás miatt többször hánynia is kellett és a hányadék már sanguinolens volt. A szokásos cocainos papaverines cseppekre a csuklás megszűnt és a kórházból javultán távozott. Két hét múlva újból jelentkezett ugyancsak napok óta szünni nem akaró csuklásával. Kezelő orvosa újból megpróbálta a már bevált előbbi cseppeket, azonban pár percnyi szünetelés után a csuklás újból megkezdődött. A Calciven itt is azonnali hatást ért el.

A 3 eset közül kétségtelen, hogy az első eset volt a legsúlyosabb s a calciven alkalmazása életmentő jelentőségű volt.

Úgy hiszem eléggé indokolt, hogy ezt a kezelési módot a gyakorló orvos figyelmébe ajánljam.

*vitéz kibédi és makfalvi Varga Lajos dr.,
főtörzsorvos, egyetemi magántanár.*

A szénbányászok silicosisa.

Hazánkban a silicosis egyelőre nem jelent nagymértékben fenyegető veszedelmet, miután a leginkább veszélyeztetett szakmák munkásai legnagyobb részét idény-munkások, akik gyakran évekig nem térnek vissza előbbi munkahelyükre. Már pedig az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a silicosis az okozza, ha a munkás *hosszú ideig* siliciumdioxidot tartalmazó poros helyen dolgozik. Kivételesen azonban rövid idő alatt is felléphet: így Taylor és Alexander 62 silicosis-esetről szóló részletes tanulmányukban felemlítenek egy alagúti furómunkást, akin 6 heti munka után röntgennel a silicosis kétségtelen jeleit lehetett kimutatni. Ez azonban a ritkaságok közé tartozik. A bányamunkások annál inkább veszélyben forognak, miután éltük folyamán rendszerint nem változtatják és nem szakítják meg foglalkozásukat.

Különböző — nyilvános közlésre nem került — vizsgálatok Magyarországon a pécskörnyéki bányákban alapították meg a silicosis jelenlétét; a salgótarjáni szénmedence geológiai és fejtéstechnikai adatai is arra mutatnak, hogy itt is mód van a silicosis létrejövételére. Ennek a feltevésnek meg is felel az átvizsgált nyugdi-

jasok (tehát átlag 30—35 évet a bányában töltött egyének) röntgen-átvilágítási lelete: az átvizsgáltak közül több esetben volt kifejezett silicosis (hópehely-tüdő), másokon pedig annak gyanújele megállapítható.

A Salgótarján mellett fekvő Baglyasalján jelenleg két tárnában folyik a termelés. Minthogy nedves bányában a silicosis veszélye sokkal kisebb, mint száraz munkahelyeken, az itteniek pedig igen vizesek (a Rauhánában a percenkénti vízfeltörés 2000 liter) legalább is a jelenre vonatkozólag a silicosis kifejlődésének veszélyét elméletileg igen csekélynek kell tartanunk. E mellett megjegyzendő, hogy a tárnában 34—36° C meleg is van, amely hőfok mellett a páraépződés igen nagy és ez is csökkenti a siliciumdioxid elporladását. Más azonban a helyzet azoknál a vājároknál, akik azelőtt másutt dolgoztak: a most már kimerült bányák szárazabb, fejtesnél nagy porképződéssel járó szén tartalmazó tárnák voltak és a vājárok legnagyobb része éveken át itt dolgozott. Azonkívül a vājárok körében nagy a vándorlási hajlam — igen sokan az ország többi bányájában is jártak, sőt külföldön is — így különösen az idősebb nemzedéknek több alkalma lehetett a silicosis megszerzésére. A betegségi és halálteki statisztikák ebből a szempontból nem irányadók, mert a betegség leírása újkeletű lévén, tüneteire nem figyeltek vagy ha fel is ismerték azokat, leginkább chronikus bronchitis és főképp a tüdő-tuberculosis rovatába könyvelték el. De különben is igen szegény a silicosis tünettana, az egyetlen biztos jel a pozitív röntgenlelet. A mellkas fokozatos retractióját és rigidde válását melyet alább részletezendő vizsgálataink tanúsága szerint nagy számú vājáron ellenőriztünk, más betegség is okozhatja, így pl. asthma, vitiumok stb. Schmolovitz a tüdő oxgyén-elyelési képességéből következtet a silicosis jelenlétére és mérvére. Ez sem biztos eljárás, hiszen minden más, akár térszűkítő, akár atelektasiát okozó folyamat csökkenti az oxgyén-elyelő képességet — ép így decompensált vitiumok és anaemiák is. A betegek panasza: hátfájdalom és nehéz légzés, súlyosabb esetben vércöpés; az objektív lelet rendszerint nem felel meg a panaszoknak, általában csak az emphysemát lehet felismerni — természetesen a pozitív röntgenen kívül. Átvizsgáltuk a baglyasaljai bányakórház beteganyagstatistikáját és az emphysemára, mint a silicosis egyik lehetséges következményére vonatkozó adatokat összeállítottuk. Eszerint emphysema diagnosissal 138 beteg feküdt a baglyasaljai kórházban 1928-tól 1937-ig, akik közül:

| | Vājár | Külszini | Összesen |
|----------------|-------|----------|----------|
| 50 éven aluli | 50 | 3 | 53 |
| 50 éven felüli | 48 | 37 | 85 |

Ezen adatokból feltűnik az ötven év alatti emphysemások nagy száma. Általában éghajlatunk alatt 45 éves kor körül szoktak az emphysemás elváltozások megjeleneni — így tehát a kórházunkban ápolt 50 éven aluli betegek száma és aránya meglepően nagy. Ez az adat megerősíteni látszik azt a feltevésünket, hogy t. i. a régebben kitermelt bányákban több silicosis keletkezhetett, mint jelenleg; most ugyanis nem tapasztaljuk az emphysemának ilyen fiatal korban fellépését. A vājár ill. a külsziniekre való beosztás jól szemlélteti, hogy ez a fiatal korban fejlődött emphysema tényleg a bányai munka következménye volt — hiszen az ötven éven felüliek csoportjában, ahol az emphysema a korrallal vājárolag is már fellép, a külsziniiek száma megközelíti a vājárokét — addig az ötven éven aluliak közül a külszinen csak kivételesen akad hasonló elváltozású beteg. Természetesen az adatok megítélésakor tekintetbe kell

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD)

minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

venni, hogy a jelenleg külszínen dolgozók régebben a bányában is lehettek alkalmazva; ellenkezőleg viszont azt is, hogy az emphysema számos más okból is keletkezhetett! Objektivebb vizsgálat és a jelenlegi viszonyokat jobban szemlélteti a mellkas tágulékonyságának mérése. Taylor és Alexander ugyanis azt állítják, hogy ha a mellkas kitérése mély belégzéskor 2 cm-nél kisebb, úgy ez silicosis mellett szől. 100 különböző korú és beosztású, mellkasi betegségben nem szenvedő vagy legalább is nem panaszkodó bányamunkást vizsgáltunk meg erre nézve. Eredményeink a következők:

| | | Vájarak: | | | | |
|------------------------------|--|-------------|-------|-------|------|-----|
| Bányában töltött évek száma: | | 40—35 | 34—26 | 25—16 | 15—6 | 5—1 |
| Mellkas tágulása átlag cm: | | 2.8 | 3.9 | 4.7 | 5.1 | 5.3 |
| | | Külszíniek: | | | | |
| Munkában töltött évek száma: | | 45—35 | 34—22 | 21—11 | 10—1 | |
| Mellkas tágulása átlag cm: | | 4.6 | 6.2 | 6.3 | 4.9 | |

Mindkét csoportban megállapítható a mellkasi kitérés fokozatos csökkenése, mely a munkában töltött évekkel (és a korosodással) párhuzamos. A munkahelyen töltött időbecsztást azért nem egyformán állapítottuk meg a két csoportban, mert külszínre általában korábban mennek dolgozni — fenti beosztásuk viszont lehetővé teszi, hogy nagyjából azonos korcsoportokat hasonlíthassunk össze. A külszínen dolgozókon feltűnik, hogy előbb növekedés áll be. Ennek oka az, hogy az 1—10 évig dolgozó javarészt 15—24 éves fiatal emberek, akiknek csontrendszere még fejlődőben van és a mellkasi kitérés korral járó — fiziologiásnak nevezhető-csökkenése csak később — tehát a kb. 25—33 évesek körében kezdődik. Szembeszökő a különbség azonban az idősebb korcsoportokban: ez az adat elég határozottan olyan tényező hatására mutat, mely csak a bányában létezik.

Mindezek azonban a silicosis fennforgását csak elméletileg valószínűsítik — hiszen a 2 cm-es átlagkritérium egyik csoportban sem éretett el, az átlag kiszámításához felhasznált egyes adatok pedig alig mutattak szóródást. A silicosis kétségtelen kimutatására, mint említettük, a röntgen és a boncletet szolgál. Kérdést intéztünk a gyulai m. kir. József-szanatórium igazgató-ságához, ahová tüdőbetegeinket küldjük. Gáli Géza főorvos úr válaszából kitűnt, hogy a legutóbbi két év alatt ott ápolt 9 negyven éven felüli vajúrunk közül 5-ben a tuberculosisnak silicosisal szövődésére gyanú volt.

Mindezek szerint mind statisztikai adataink, mind pedig jelenleg dolgozó vajúrállományunk, valamint tuberculosisban szenvedő betegeink egy részében a silicosis nagy valószínűséggel felvehető. A silicosis magában véve is súlyos elváltozásokat okozhat, melyekre jelen cikkünk keretében nem térünk ki, — még nagyobb azonban a tuberculosisal történt szövődés veszélye. Sokoloff és Farrel 507 anthracosilicosisban szenvedő betegéből 22 (4.3%) spontan pneumothoraxot kapott, akik közül 12 halt meg! Minthogy ennek a súlyos betegségnek gyógymódja nincsen, a megelőzés fokozottabb végrehaj-

tására kell törekednünk. Szénbányában e célból a felszálló por belégzését kell megakadályoznunk, minthogy az ideális eljárás: a por képződés lehetetlenné tétele nem áll módunkban. Ezt úgy érhetjük el, hogy a port a munkahelyről kiszivni igyekezzünk; ilyen berendezés működik a Rau-aknában, igen hatásosan: a levegő hőmérsékletét a ventilátor 23—24-ra nyomja le, ez biztosítja az élénk levegőcserét. Másik módszer a porban dolgozónak porfogó álarccal felszerelése; sajnos, az ilyen álarc a munkát igen megnehezíti. Mihelyt egy bányász szilicosisra valló tüneteket észlelünk (nem specifikus hátfájdalmak, vérköpés, nehéz légzés, mindenekelőtt pedig pozitív röntgen) munkahelyéről eltávolítandó és bányász foglalkozásával végleg fel kell hagynia.

Több állam a silicosisra a kártalanítandó foglalkozási betegségek sorába iktatta. Célszerűbb volna az eddigi tapasztalatok figyelembevételével az erre költött összeget inkább a veszélyes üzemek megelőzését szolgáló be-
bendezéseire fordítani.

Mosonyi László dr.
Baglyasalja.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: A 36.500. és 40.700—1939. sz. N. M. M. rendelet alapján köteles-e az orvos minden olyan betegét, akitől vizsgálati anyagot küld, fertőző betegként, vagy annak gyanújával bejelenteni?; vagy felhasználhatja e vizsgálatokat olyan betegek esetében is, kin kifejezett gyanúja nincsen, de annak lehetőségét is ki szeretné zárni.

Pl. A falumban több typhus-beteg van. Cholecystitis-es betegnek minden nap hidegrázása 39.0 és 40 C° között ingadozó hőmérséklete van, de lépe nem nagyobb, és semmi külön typhusra utaló tünete nincs. Be kell-e a beteget a vérvétellel egyidőben gyanusként jelenteni, vagy megvárhatjuk a vizsgálat eredményét?
A. I. dr.

Felelet: A gyanus betegségeket is be kell jelenteni. Ha azonban Kartárs úr csak biztonság kedvéért végezteti el a vizsgálatot, természetesen nem kell a beteget bejelenteni. A hatóságok azonban többnyire úgy gondolják, hogy ha valakit typhusra vizsgáltatnak, az legalább is „gyanus” és az esetben, ha a lelet a typhust igazolja, nehéz az orvosnak a laikus hatóságok előtt megmagyarázni, hogy nem „typhus gyanu” miatt végeztette el a vizsgálatot. Helyesebben jár tehát el Kartárs úr, ha az ilyen beteget is bejelenti, mert ha a lelet és a klinikai kép nem igazolja a typhust, még mindig módjában van a bejelentést hejyesbíteni. Ha ellenben nem jelenti be és utólag kiderül, hogy mégis typhusos volt a beteg, a hatóságok előtt nehéz magyarázatát adni, hogy csak biztonság kedvéért végeztette el a vizsgálatot.
P. A. dr.

Tabl. INFLUEN „Cito“

Megbízható, gyorsan ható Analgeticum, Antipyreticum, Antirheumaticum, Antineuralgicum Menstruációs görcsök ellen prompt hat. — scat. orig. 90 f.

CITO gyógyszeripari gyár Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. Telefon: 296—673.

Szabadon rendelhető
MÁV. BBI. M. kir. posta BBI., M. kir. Postatakarékpénztár BBI Szlov. Közkórházak, Magyar Házjótárs BBI., Caritas, Keresked. segélyegylet stb terhére.

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógyszer. vegy. lab. Bpest., Teréz-kr. 27. Telefon: 121-283.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A magyar gyógyszeripar reformjáról.

Irta: felsővályi Kardos Kálmán dr.,
a diósgyőri vasgyár orvosa.

[Megjegyzésekkel (dült betűk) ellátta a szerkesztő.]

Népegészségügy ez is, a legzsebbevágóbb népegészségügy, aminek a megoldása már nem sokáig várathat magára. E problema súlyát lelkileg mi gyakorló orvosok viseljük, anyagi része pedig a közönséget terheli. Nem arról akarok írni — bár itt volna már az ideje —, hogy a 0.5 g-os compr. acid. salicyl. előállítására cca 0.62 fillér s gyógyszeráraknak 0.84 fillérért szállítják, a közönségnek pedig 6 fillérért adják. Nem erről akarok írni, bár ez a 2—300%-os bruttó haszon kicsit megdöbbentő, de fél akarom hívni a figyelmet arra a rettenetes zavarra és kárra, amit a kibocsátott szükségtelen gyógyszerek tömege okoz és arra a csalárd, tudományos mezbe öltöztetett orvosi és laikus propagandára, mivel tudatosan mérgezik a lelkeket.

A számítás téves, mert csak a 0.5 g aspirin tabletta 6 f, — a 0.5 g ac. acetylo-sal. pedig csak 2.4 f. A hasznát helyesen nevezi bruttónak, mert abból igen sok elfogy az állam által megkövetelt teljesítményekre.

Jöjjünk tisztába mindenekelőtt azzal, hogy van-e szükség gyógyszerárakra, mint közegészségügyi intézményekre vagy dobjuk oda gyógyszerellátásunkat a szabad kereskedelmi verseny karjaiba. Ha szükség van rájuk, akkor fenntartásukról is gondoskodni kell számuk korlátozásával és megfelelő árszabással, mint ahogy az ma történik. Ezért nem háboroghat senki az ellen, hogy törvényeink szerint gyógyszert a közönségnek csak nyilvános gyógyszertár szolgáltathat ki (s nem a felelőtlen droguista vagy illatszerész) és hogy az Orsz. Közegészségügyi Tanács által kidolgozott s a belügyminiszter által jóváhagyott hivatalos árszabással dolgozik.

Sajnálattal állapítom meg, hogy a gyógyszergyárak nem egyebek, mint haszonszerzés céljából alakult iparvállalatok, nem is beszélve a gyógyszervegyészeti laboratóriumokról és az ezzel foglalkozó gyógyszerárakról. Sokkal szomorúbb azonban az, hogy híjjával vannak legnagyobbbrészt annak az erkölcsi felelősségnek és szigorú állami ellenőrzésnek, amit egy ilyen fontos közüzem részéről és részére elvárhatnánk.

Kartársunk első mondatában foglalt igazságot teljesen magunkévá tesszük, de nem sajnálattal, hanem mert természetesnek találjuk, hogy mindenki abból akar megélni, amihez ért és amit producál. De azt a vádat, hogy híjjával volnának legnagyobbbrészt az erkölcsi felelősségnek, ami tőlük megkövetelhető, azt nem tartjuk alkalmazhatónak, mert saját jól felfogott érdekük parancsára készítményeiket szakemberekkel, sokszor a gyáron kívüli független szakértőkkel állandóan ellenőrzetik. Hiszen nem bolondok, hogy egy értéktelen vagy épen ártalmas praeparatummal saját megbízhatóságuk sírját ássák meg! Ha mégis történnek bajok nagy ritkán, azok emberi tévedések vagy a kiszámíthatatlan individualitás rovására irandók, de nem a gyógyszerkészítők erkölcsi felelősségérzetének hiányára.

Ami pedig az állami ellenőrzés hiányosságát illeti, ez a vád a helyzet nem ismerésére vall, mint ahogy

később kifejtjük ott, ahol Kartársunk javaslatokkal jön elő, amik már mind érvényben is vannak.

A készítményeket illetőleg egységes vegyületekről és kombinációs készítményekről beszélhetünk.

Ma már minden orvosi megfigyelés napvilágot láthat. Amennyire hasznára lehet ez az orvostudománynak, ép oly károk származhatnak belőle, ha kritika nélkül fogadjuk el azokat, anélkül, hogy a tudomány tisztító tüzén keresztül mentek volna. Ha X. prof., vagy Y. főorvos Londonban vagy Pekingben közöl egy megfigyelést, azt mohó üzleti szellemmel a gyárak mindjárt készpénzre igyekeznek váltani. Pár nap múlva már az orvosok asztalán van a felfedező műve, rövid idő alatt pedig elárasztják reklámokkal és beállított dolgozatokkal. Az így kibocsátott gyógyszereknek azonban csak kis része bír maradandó értékkel, nagy részük rövid idő alatt eltűnik a piacról. Mindez üzleti szemmel nézve ügyes dolog, mert a haszon sohasem marad el, magasabb szempontból azonban, enyhén szólva erkölcsstelen, mivel szemben védtelenül állunk, hiszkenységünket a közönség egészsége, zsebe és saját lelkiismeretünk sinyli meg. Szükséges, hogy ez az anarchia minél hamarább megszűnjön. Nem lehet engedni, hogy egy-egy kutató tudományos tévedésén egyesek a közönség rovására vagyonokat szerezzenek.

Ebben a kikezdésben Kartársunk a gyárak tevékenységének, de egyben a gyakorlati orvostudománynak legsebezhetőbb pontját érinti. Tény az, hogy a gyógyítás tudománya nem halad mindig biztos, experimentális úton (sokszor ez se biztos), hanem a betegészlelés sokkal bizonytalanabb alapjára kell építenie. Nagy kérdés tehát, hogy hibáztatható-e az orvosi észlelések közlése és az utánuk rohanó üzleti élelmesség? Kétségtelen, hogy ez teszi lehetővé a szélesebb körben észlelést s ezáltal a kívánt kipróbálást. Ami nem jó, az kihull ennek a rostának a likacsain. Persze, hogy ez áldozattal is jár s az értéktelen is üzletet csinál eleinte. — de szélesebbkörű kipróbálás nélkül az érték meg sem állapítható. Higyje el Kartársam, hogy maguk a gyárak volnának legboldogabbak, ha akadnának olyan klinikák vagy kórházak amelyek kötelesek volnának betegeiken kipróbálni az új gyógyszereket. A gyógyszerkészítők szívesen honorálnák fáradozásukat akár kedvező, akár kedvezőtlen lenne is az eredmény, mert az sok hiábavaló költségtől, munkától, s nem egyszer a nem kívánatos felsüléstől kimélné meg őket. De ilyen intézményt még nem sikerült felállítani, mert lehetetlen volna az új gyógyszerek kívánta sokféle beteganyagot ott összegyűjteni, folyton változtatni, nem is szólva arról, hogy a dolognak még szociális és jogi akadályai lennének: a pénztári betegek bizonyára, s ki tudja a többiek is nem kérnék-e ki maguknak, hogy rajtuk gyógyszereket próbálgassanak ki.

Ezért tehát el kell tűrnünk egyelőre, hogy az orvosok észleléseiket, még ha tévesek is, közölhessék; el kell tűrnünk, hogy a gyárak egy eredményesnek tetsző gyógyszerelést fürgeségükkel mások számára is ismertté és lehetővé tegyenek, s elsősorban az orvosok kötelessége, hogy ami hamisnak bizonyul, azt minden feldicsérés ellenére ne csak elvessék, hanem arra a kollégák figyelmét is felhívják. Megnyugtató, hogy rossz

gyógyszert még a leghatalmasabb propaganda sem tudott piacon tartani. Az tehát, hogy „egy kutató tévedésén egyesek a közönség rovására vagyontokat szerezzenek” erősen túlzott, sőt merőben lehetetlen állítás.

A gyárakat minden titkolózásuk és jól megfogalmazott patentjük sem tudja megvédeni az utánzástól. Míg ez az árletörés szempontjából hasznos, addig más oldalról csorbítja az eredetit kibocsátó gyár érdekeit. Az utánzat-készítmény kevés kivétellel mindig silányabb lévén, mint az eredeti, megkárosítja a közönséget és szaporodásuk folytán növeli azt a zavart, ami a gyógyszerterén magyar viszonylatban is az áttekinthetlenségig növekedett. Sajnos a gyárak nagy része erre az utánzásra van berendezkedve, mivel komoly, eredeti dolgot sohasem is alkottak.

Hogy gyógyszergyáraink ma úgyszólván minden külföldi gyógyszert elő tudnak állítani, annak nemzetgazdasági és közérdeki szempontból csak örülni lehet. Hol volnánk ma a legkeresettebb gyógyszereinkkel, melyekre a közgyógyoszerellátás betegei is rászorulnak, ha gyáraink képzett vegyészei és experimentátorai azok titkára rá nem jönnének és üzleti tevékenységükkel minden hazai ellenséges indulat dacára be nem vezetik, s el nem terjesztik őket a magyar orvosok között. Ezt a tevékenységet lekicsinyelni, sőt létjogosultságát tagadni szintén túlzás, különösen, miután már az árletörésben becses szerepét elismerte a szerző. De még nagyobb kár ez „utánzat-készítmények”-nek bélyegzett szereket általában silányabbnak nyilvánítani az eredetiekénél, ami kémiai és fizikai azonosság mellett nem állhat fenn, a kifogástalan vegytisztaság pedig a kibocsátó gyár elsőrendű érdeke és e tekintetben állandó ellenőrzés alatt is áll. De szomorúan jellemző ez az indokolatlan bizalmatlanság magyar orvosközönségünk nagy részére, amiben talán része van a hatalmas szomszéd iránt belénk oltott vakonbizásnak és hódolásnak is.

A kombinációs készítmények kevés kivétellel magistraliter felírhatók, tehát ezek gyári előállítására semmi szükség sincsen. Ezeket a gyárak kimondottan csak haszonszerzés céljából készítik, vele másoknak igen nagy erkölcsi és anyagi kárt okozva. Túlzott reklamirozással tévedésbe ejtik az orvost, megkárosítják a közönséget és a kiskereskedő nivójára süllyesztik a gyógyszerészt. Nem a gyógyszerészt akarom védeni, de igen is védem a közönséget és vele együtt az orvost, akit leszoktatva az egyéni rendelésről, magasabb gyógyászati célokat mellőzve, jól bereklámozott, tetszetősen csomagolt készítmények ajánlójává degradáltak. Az orvos, még ha tisztában van is a rendelt gyógyszer irodalmával, akkor sem tudja és nem tudhatja százszázalékosan, hogy mit rendelt. Az irodalomnak rendszerint csak az egyik oldalát ismeri, amelyiket a gyáraktól kapott, de hogy minek kellene lenni abban a tablettában vagy solutióban, azt nem tudja az ember pontosan, mert képtelen annyi ezer készítmény összetételét a fejében tartani, s minden gyár emlékeztetőjét csak nem hordhatja a zsebében, (rajta van a címkén). A közönség egy része ma megkívánja, hogy készítményt rendeljen neki az ember s az orvosok kényelmes része szívesen meg is teszi. Pedig sokat ártnak vele a praxisnak és sokat a közegészségügynek. Mert mikor egy ilyen díszes üvegecske kézről-kézre jár, inveterálódnak a betegségek és az operabilis esetek inoperabilissé válnak.

Az injectiós készítményekre is mindenben vonatkoztatom az előbb elmondottakat annak figyelembevételével, hogy a magistralis rendelés határai itt szűkebbek, mint más készítményeknél.

Mindezen anomáliák megszüntetésére úttörő reformra van szükség. Mindenekelőtt a magistraliter is

felírható kombinációs készítmények és az utánzatként forgalomba került egységes vegyületek forgalmi engedélye rövid úton bevonandó. Sajnos ezek szerint a magyar gyárak nagy része felszámolhatna, mert oly kevés eredetit alkottak, főként utánzatok és kombinációs készítmények gyártásával foglalkoztak. A külföldi iparnak sem áll azonban szándékomban propagandát csinálni, ezért ideális elképzelésem keresztültvitelét a gyakorlatban a következőkben látom. Az egységes vegyületeket illetőleg eredetinek fogadnánk el a magyar gyár által előállított első utánzatot. Hogy mi az utánzat és mi az eredeti, annak elbírálásában a valószínű képletlen ejtett, sokszor komolytalan változtatásokon kívül inkább a hatás számottevő minőségi és milyenségi tünetei jönnek számításba. A kombinációs készítményeket illetőleg az eredeti elgondoláson nem változtatnánk — tehát csak olyanok kerülhetnének forgalomba, amelyek magistraliter fel nem írhatók — csak azt tenném még hozzá, hogy a hasonló elbírálás alá eső külföldi készítmények behozatala is eltiltassék.

Az eredeti vagy eredetinek elfogadott egységes vegyületek, illetve az ezen elbírálást kibíró készítmények közül csak azok kaphassanak hazánkban forgalmi engedélyt, amelyeknek állított hatását egy évi kipróbálás után Magyarország legalább három klinikája egyöntetűen és hivatalosan igazolja s arról az orvosi szaklapokban részletesen beszámol. Ugyanez vonatkozik természetesen a külföldi készítményekre is, melyek közül csak azok engedhetők be, melyeket hazai gyár előállítani nem tud. Az előbbiekből folyik, hogy a már egyszer engedélyezett gyógyszer más gyár forgalomba nem hozhatja, kivéve, ha az engedélyezett külföldi s az időközben előállított magyar utánzat a követelményeknek meg nem felelne.

Amit a kombinációs készítményekről mond Kartársunk, azt az utoisó szóig aláírjuk. Csak nem tudjuk annyira menteni a collegákat, akik ezek rendelésének rabjai és nem átallanak olyan orvosságokat felírni, amelyekről nem tudják, hogy mi van bennük és milyen adagban? Hiszen minden engedélyezett „specialitás” címkéjén fel van tüntetve annak pontos összetétele a hivatalos vagy közismert vegyi néven. Újabban ilyen közismert gyógyszerkeverékeket nem is engedélyez már a belügyminiszter, de szerzett jogokat nem kobozhat el. A Kartársak összefogásától függ; hogy e haszontalan és önkezelésre, kuruzslásra és viszonteladásra csábító drága készítmények eltűnjenek a piacról.

Keverékről lévén szó, külön rá kell mutatnom a kémiaiilag nem ellenőrizhető gyógyító szereket keverten tartalmazó készítmények megbízhatatlanságára, amilyenek elsősorban a kevert hormon- és vitamin-készítmények. Ezek biológiai értékmeghatározása csakis akkor lehetséges, ha csupán egyféle hatóanyagot tartalmaznak. Ha tehát kétféle hormonhatásra van betegünknek szüksége, adjunk két simpla injectiót vagy tablettát egyidejűleg, de ne bízzuk magunkat ellenőrizhetetlen kombinációkra. Mennyit vétkeznek ez ellen! — az ajánlott mód mellett a beteg biztosan megkapja a magáét, s a gyáripar sem szenved kárt.

Nyilvánvaló, hogy a komoly gyógyszeripar egységes vegyületek előállítására törekszik, melyek csak a legkritikább esetben új találmányok, legtöbbször hű és kifogástalan utánzatok, esetleg csekély eltéréssel. A gyár ezeken a maga munkájának jutalmát, üzleti hasznát „névvédelemmel” igyekszik biztosítani s ezt nem lehet tőlük rossz néven venni. De azt igen, hogy ha már az egyik kihozott egy ilyen jólsikerült utánzatot, a többi is ráveti magát s egy rövid év múltán öt féle néven

kellene ismerni a szegény magyar orvosoknak ugyanazt a hatóanyagot, pl. sulfamidot (deseptyl Chinoin, ambedid Richter, sanamid Egger, nigma Wander). Ezekhez jön még az eredeti külföldi készítmény, melynek kitiltása, ha már törzskönyveztetett jogfosztás és diplomaiailag is lehetetlen.

Eddig még nem sikerült hazai gyárainkat ez általánosan verseny megszüntetésére vagy közmegegyezéssel elkerülésére bírni s úgy látszik a belügyminiszternek magának kell erélyes kézzel ezt az orvosokat megbolondító anomáliát megszüntetni, ha az ú. n. ipari és kereskedelmi érdekek sérelmével is. (De mit szól hozzá ez a két szakminiszter? — tudunk már nem egy égetően szükséges egészségügyi rendeletéről, amelyek évek óta bizonyos fiókokban fekszenek!)

A kipróbálás kritériumául egy év alatt 3 klinika egyöntetű közleményét kívánni meg —, mint mondtam — nem lehet, mert azt a klinikák nem vállalják és arra nem kötelezhetők. A Közegészségügyi Tanács azonban minden véleményezéshez „hitelt érdemlő bizonylatot” követel az új szerek hatásáról és igen szigorú annak elfogadásában.

Ami az engedélyezést, ellenőrzést és az árakat illeti, ezeket az állam végezné, a minisztérium gyógyszerosztálya, (amit hiszek, hogy nem utópia), a jelen körülmények között egy gyógyszerbizottság útján. Minden gyár élére egy szakértő kormánybiztos, tehát nem jogász, hanem orvos, gyógyszerész, vegyészmérnök neveztessek ki, időként váltakozva. Ez a biztos azonban csak ellenőrzésre lenne hivatva s egyik kiküldött közege lenne az országos gyógyszer-bizottságnak (e. ü. minisztériumnak). Ez a bizottság döntene a klinikák dolgozatai alapján a forgalombahozatal engedélyezéséről s a gyár meghallgatása után annak áráról is. Megállapítaná az O. K. I. e célra berendezendő s megnagyobbított állomásával összetételét s az indiciójával, adagjaival, esetlegesen ismert hatásmechanizmusával együtt hivatalosan is közölné, sőt megfelelő esetben azt hivatalossá is tenné. E vizsgáló állomással a különböző készítményeket, a már forgalomban lévőket is gyakran ellenőriztetné s mozgó szerveivel, a tisztiorvosi vizsgálatától független, komoly gyógyszer-tári vizsgálatokat tartana. Ez a testület gondoskodna, hogy gyógyszerkönyvünk ne 10—20 évenként jelenjen meg, hanem legalább négyévenként, a meglévőt pedig a tudomány haladásával kiegészíténé.

E kikezdésben írottak Kartársunk pompás gondolkodására vallanak, de a helyzet nemismeréséből fakadnak. Mindaz ugyanis, amit javasol, megvalósult: az engedélyezéseket az Orsz. Közegészségügyi Tanács kéthetenként üléselő szaktanácsa véleményezi, mindig az O. K. I. szakvizsgálata alapján s ugyanez az intézet tartja állandó figyelem alatt a forgalomban lévő gyógyszereket és végzi országszerte a patikák készleteinek ellenőrzését is, (repülő bizottságok is tervbevetettek). Gyógyszerkönyvünk kibővítése és corrigálása pedig folyamatosan van és egy-két év alatt várható.

Mindezek megvalósítása után megszűnne az a bábeli zűrzavar, mely ma már az orvosi kar tekintélyét s a komoly gyógyszerelést oly eredményesen aláásta. Meg lenne védve a közönség, az orvosok és meg minden gyár komoly munkája. A kis üzemek megszüntetésével erősödnének, fejlődő és versenyképesebbé válnának a nagyok, alacsonyabb ár mellett is meglenne a tisztességes haszon, érdekeik megvédése pedig állandó ösztönzés lenne a jövőre.

A készítmények számával együtt, de hatványozott mértékben nő a propaganda. Ez a közönség zsebére hatalmasra növesztett reklámhadjárat régen túlhaladott

minden megengedett mértéket, ma már egész amerikai ízűvé és méretűvé válva szavahihetősége is a múlté lett. Azt a zavart, amit a készítmények tömege okoz, a végsőkig fokozza a túlhajtott reklám.

Beszélhetünk orvosi és laikus propagandáról. Ez utóbbi lehet nyílt és burkolt. Nyílt az újság és más hirdetések útján. Napilapot mindenki olvas, így felesleges külön példákat említenem. E reklámnak még a kézi eladásban lévő szereknél sincs helye, még akkor sem, ha ama bizalomgerjesztő kitételekkel van fűszerezve, hogy „kérdesse meg orvosát” vagy „orvosok ajánlják”.

Burkolt propaganda folyik a készítmények címkéin, a dobozba mellékelte indiciós táblázatokkal és ugyan-csak a csomagolásban lévő orvosi és laikus véleményekkel, elismerő és hálálkodó sorokkal.

Egyetlen engedélyezett gyógyszerhez sincs megengedve, hogy ilyen nyomtatványokat csomagoljanak. Tessék feljelenteni.

A címkén nincsen helye csak a gyógyszer nevének, általános adagjának, a gyár nevének, a gyártási számnak és injecció készítmények címkéin, hogy hogyan adható. Az összetétel felírása is teljesen felesleges, az orvos úgy is tudja, mit rendel, a közönségre ez nem tartozik, sőt sokszor káros ha tudja; a gyár pedig a névvel úgyis felel az összetételért. Törvényeink értelmében a címkén az összetételt is fel kell tüntetni, ami a jelen állapotokat tekintve érthető is. A dobozban mellékelte igen tág és lelkiismeretlenül megfogalmazott indiciós táblázatnak még ha latinul írták is (kb. 15%-ban) igen reklám íze van. Az orvos kezébe ez ritkán jut, de nincs is szüksége rá, mert reméljük: nem utólagosan fog tájékozódni arról a gyógyszerről, amit rendel, a közönség fantáziáját pedig csak izgatja s kuruzslára ad alkalmat. Kimondottan reklámcélokat szolgál a mellékelte „ismerető” és „szemelvények a véleményekből”.

Az összetétel feltüntetését a címkén feltétlenül szükségesnek tartjuk. Hiszen ez árulja el, hogy a legtöbb új név alatt régi jó ismerősöket üdvözölhetünk. Ez bizony kötelező, mert egyetlen módja az orvos felvilágosításának, aki bizony legtöbbször nem tudja mit rendel (csak nézné meg legalább!). Indiciót csak kivételesen mellékelhetnek és csakis a Tanács megállapította szöveggel! Ismertető felírások és orvosi vélemények csak az orvosi mintaküldeményekhez csomagolhatók, de nem a közönség számára kiszolgáltatót gyógyszerekhez.

Az orvosi propaganda szinte minden mértéket felülmúl. Hirdetések, dolgozatok beállított kivonatai, levelek és lapok tömege, mintaküldemények és ajándékok mind megannyi eszközei. Az orvosi újságok hirdetése, amennyiben ezek a valóság és a jó izlés határain belül maradnak, nem kifogásolhatók, sajnos ma ezt sem mindenkori mondhatjuk el. A különlenyomat, mint propaganda-eszköz még a legmegengedhetőbb. A gyakorlatban azonban nagyrésztük irányított voltuk miatt, csak feltételesen értékelhető. Ha a komoly dolgozatokat tekintjük, mégis ez az a propagandafajta, ami nyújt is valamit. A levelek külsőleg diszkrét, belsőleg azonban annál szerénytelenebb hirdetői a gyárnak, amit, ha szelidebb hangnemből írnának és egy kicsit jobban ragaszkodnának a valósághoz, nem is rónék meg. Annál inkább azonban a levelezőlap formájában üzött reklamirozást, amiről mindenképpen az az érzésem, hogy nem is az orvosoknak, hanem a közönségnek van szánva. E formát semmiképpen nem tartom megengedhetőnek.

A mintaküldeményeket illetőleg sem tudok más más álláspontra helyezkedni. Mintára, hogy a gyakorló-orvos megismerkedjen a szerrel, nincs szükség. Kipróbál-

Náthánál ANARA - CHINOIN

Gőzeinek beszipantása azonnali könnyebbséget okoz! Használatra kész tubus

ni komolyan úgy sem tudja, de nem is hivatott rá, viszont számtalan visszaélésre ad alkalmat, amit nem óhajtok e helyen részletezni. Végül indokolatlanul fel emeli a gyárak regieköltségét. Legalább 15%-kal olcsóbb lenne minden gyógyszer, ha az orvosi mintákat és a felesleges, sokszor félrevezető reklámhadjáratot, különösen az orvoslátogatásokat beszüntetnék. Minták csak a kipróbáló klinikákat, kórházakat illetik meg. Ha pedig mindenképpen az orvosi karral előzékenyebbek óhajtanak lenni a gyárak, bocsássanak az orvos vagy családtagjaik betegsége esetén rendelkezésükre gyógyszert önköltségi áron, de mindenkor csak az orvos kérő levelére.

Ezzel röviden be is fejeztem elgondolásom ismertetését. Megvalósítása mélyreható és gyökeres reformokat kíván. Valórávalásában hinni, lehet ma még utópia, de e kérdés rendezése akár ilyen, akár más alapokon nem sokáig várathat már magára. Most, mikor az egész világon és a megnagyobbodott Magyarországon is hatalmas építő munka folyik egy szebb, egészségesebb, szociálisabb és boldogabb rendszer kiépítésére, mindenkinek kötelessége, hogy ebből a munkából tudása és tehetsége szerint kivége a részét. E kérdés rendezésében elsők lennénk mi magyarok s ennek nem félelmet, de erőt kell kiváltania belőlünk a megvalósításhoz. A téglát, amit felemelni szándékozom sokkal nehezebb, mint először gondoltam, de megmozdítom s vigasztal az a tudat, hogy ha én nem is, de erősebb kezek végül mégis csak helyére fogják juttatni.

Az orvosi propaganda túlméretezett voltát mindnyájan látjuk és érezzük. Hihetetlen, mit költenek erre a gyáraink és micsoda fáradhatatlan erőszakkal igyekeznek készítményeik védett neveit lépten-nyomon, minden eszközzel és módon emlékeztetünkbe hozni. Egy menti őket: hogy ugyanezt csinálják a külföldi mamutgyárak s ezek mellett szerényebb eszközökkel ők sem dolgozhatnak. Ezért nem hisszük, hogy ezen segíteni lehet, bár kétségtelen, hogy az ezzel járó kiadások jelentékenyen megrágitják a gyógyszereket. Mértéktelen drágulást azonban az O. K. I. nem enged meg, mert az engedélyezés alkalmával az árakat is ellenőrzi, sőt az anyagárak csökkenésével a már engedélyezett ár lezállítását is megköveteli.

Végül köszönetet mondok Kardos Kartársamnak, hogy bátor és bölcs felszólalásával alkalmat nyújtott ennek a bonyolult és igen sok szempontból megítélendő kérdésnek szőnyegre hozására s az Ő becsületos szándékú nézeteinek ott, ahol szükséges volt — helyes irányba terelésére. Így a „nehéz téglát” kettőnknek talán könnyebb lett és jobban a helyére került.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Mélyen tisztelt Tanár Úr! Az a szoros kapcsolat, amely az O. H. szerkesztősége (Vámossy prof.) és olvasói között fennáll: feljogosít engem arra, hogy egy új, igen fontos közérdekű kérdésben mélyen tisztelt Tanár Úrhoz forduljak ez: a *gyakorló orvosok gépkocsijának kérdése* a katonai igénybevétel szempontjából. Csak a mi községünk viszonyairól szólhatok, ahol gépkocsija van 1 nyug. és egy tényleges községi jegyzőnek, 1 ügyvédnek, 1 magánhivatalnoknak, 1 vaskereskedőnek s végül 1 orvosnak, nekem, (míg a többi orvos motorkerékpáron jár.) Hogy a felsorolt kocsik közül melyik szolgál kizárólag magánérdeket, azt nem kell magyarázni s mégis az elmúlt év folyamán egyedül az én kocsimat hívták be két ízben is és akkor néhány nap alatt fel is mentették. Ma a felmentésért előre kell folyamodni, és pedig a hadtestparancsnoksághoz, mellékelve a kecskeméti kamara utasítása szerint 1. tisztiorvosi bizonyítványt, hogy az illető orvosnak a kocsija közegészségi szempontból nélkülözhetetlen; 2. községi bizonyítványt, hogy az orvosnak más jármű rendelkezésére nem áll. Misem természetesebb, hogy az ilyen módon felszerelt kérvényt elutasítják. — Ezek előrebocsátása után rátérek konkrét javaslatomra, illetve kérésre. Tegye meg Tanár Úr az orvosi kar érdekében, hogy hívja fel erre a körülményre orsz. kamarai elnökünk, Verebélj prof. figyelmét, s ha úgy tetszik adja át neki leveletem azon kérelemmel, keresse fel pl. a *Miniszterelnök urat*, (hiszen ő megértő tanárember) és őt kérje fel a sérelem orvoslására, hiszen — hála a Mindenhatónak — nálunk nincsen háború, s ha lesz is: akkor is ki kell szolgálni az itthonmaradt közönséget annak az orvosgárdának, amelyről mostanában azt halljuk, hogy nem nagyon elegendő a létszámuk. — Kérem Tanár Urat, teljesítse kérésemet, mely általános érdekű és lehetetlen hogy egy olyan nagy tekintélyű egyéniség közbelépésének, mint Verebélj professor, ne lenne meg a kívánt és várt hatása s ne jutna pl. egy generális rendelkezéssel nyugvópontra ez a kérdés, mert az, aki megpróbálta a requirálást, az bizony sokszor gondol erre, ha megszólal a telefon.

Engedje meg Tanár Úr, hogy előre megköszönjem szíves jóságát és kérem fogadja nagyrabecsülésem kifejezését.

P. Gy. dr.

Felelet: Az Országos Orvosi Kamara ismételtén intézett kérést mind a belügy-, mind a hadügyminiszter úrhoz, hogy az orvosok gépkocsijainak requirálásától közérdekből tekintsenek el. Kartárs Úr különleges esete alkalmas arra, hogy a felterjesztés megújítassék, mert hiszen kétségtelen, hogy a községben használatos gépkocsik közül a közérdeket elsősorban az orvosé szolgálja. A gépkocsik egy részére a felmentést sikerült már kieszközölni, bár sajnos, csak oly módon, hogy az bizonyos záros határidőre történik, mikor is a felmentést meg kell újítani. Nagyon helyesen mutat rá Kartárs Úr arra, hogy e tekintetben általános intézkedésre volna szükség, aminek megszerzésére az Országos Orvosi Kamara mindent el fog követni.

Verebélj prof.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0,015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MAV, Székesfőv. S.A, DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI