83. évfolyam. 48. szám. Budapest, 1939 december 2.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Ruzicska Gyula: Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink. (1013—1016. oldal.)
Friedrich László: A lamblia intestinalis és új eredményes gyógymódja. (1016—1018. oldal.)
Orsós Ferenc: „Conduplicatio corpore" szülés okozta mellkastorzulás. (1019—1020. oldal.)
Irodalmi szemle: (1020—1021. oldal.)
Könyvismertetés: (1021. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1022—1023. oldal.)
Lapszemle: (1023—1024. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (1024. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink.

Irta: *Ruzicska Gyula dr.*

A méhenkívüli terhesség jelentékeny megszaporodása az utóbbi évtizedben világszerte ismert jelenség, s ezt a debreceni női klinika beteganyagában is feltaláljuk. Ez utóbbiban azonban *a klinika gyűjtő hatására* lehet gondolnunk, ami a klinika megindulása utáni első években csak fokozatosan alakult ki. 1932-től az új szülészeti rendtartás keretében a szülészeti események (vetélések, szülések és m. k. terhességek) kötelező bejelentése és adatszolgáltatása indult meg több eddig statisztikailag számba nem vett kérdést illetőleg is. Ettől kezdve a debreceni szülészkerülethez beérkező jelentésekből megállapítható, hogy a m. k. terhességek kb. 72—73%-a a körzetből a debreceni női klinikára kerül. Közvetlenül a klinika működésének megindulása utáni években azonban még nem alakult ki a klinikának e gyűjtő szerepe és így az első években ennek ellenére *is* fokozatosan emelkedett a m. k. terhességek száma.

A m. k. terhességek gyakoriságának másik oka a *kórképekre vonatkozó ismeretek általánossá válásában* keresendő. Néhány évtizeddel ezelőtt még nagy gyakorlatú orvosok is igen ritkán tartották a m. k. terhességet. Valószínű, hogy sok esetet nem ismertek fel és mint méhkörüli izzadmányt, adnextumort, stb. kezelték. De még a felismerteket is gyakran conservative igyekeztek gyógyítani. A figyelem azonban fokozatosan ráterelődött a m. k. terhességre és így az utóbbi időben a kórismézö eljárások tökéletesedésével (hüvelyi punctio, terhességi biologiai próba) mind gyakrabban sikerült azt felismerni. Az orvosi köztudatba a minél korábban végzett műtét fontossága is átment és a vidék tökéletesebb orvosi ellátása sokkal több eset idejében felismerését tette lehetővé. A közegészségügyi ellátás fejlődése, a mentő szolgálat kiépülése mind több és több eset beszállítását tette lehetővé.

Az esetek számának viszonylagos emelkedése tehát klinikánk anyagában sok tényezővel hozható kapcsolatba. Azt, hogy a m. k. terhességek száma ténylegesen is emelkedett-e az egész népességre vonatkoztatva igen nehéz bizonyítani. A választ erre a kérdésre a szülészeti rendtartásnak az egész ország területére kiterjedő adatszolgáltatása fogja megadni, ha már több évtized anyagát tudja áttekinteni. Az azonban megállapítható, hogy kb. 8 év óta klinikánk anyagában a m. k. terhességek száma tovább nem emelkedett. — *Az évenkénti előfordulás csak igen kis ingadozást mutat, csaknem állandó szinten mozog. Igy valószínű, hogy a tökéletesedett kórismező eljárások, az orvosok ezirányú készségének optimális szintre emelkedése mellett ennek a jelenségnek azt az értelmezést kell adnunk, hogy a m. k. terhesség keletkezésében közrejátszó okok a jelenben már nem gyarapodnak tovább.*

Nagy városok népesedési és egészségügyi statistikája is a m. k. terhességek (felismerés eseteinek) gyors emelkedését, majd az utóbbi 8 év alatt csaknem egy szinten való megállapodását mutatják. *Kovács F.* még 1928-ban rámutatott arra, hogy az ektopiás terhességek száma absolut értelemben is növekedőben volt. 1918-tól 1928-ig terjedő 10 év alatt 1%-ról 3%-ig emelkedett a m. k. terhességeknek a szülésekhez viszonyított száma a budapesti II. sz. női klinika anyagában. *Kiss J.* szerint is Budapesten a m. k. terhességek aránya 1922—1931-ig 1.38%-ról 2.57%-ra emelkedett, a születések arányszámának csökkenése mellett. A legújabb adatok szerint azonban már a fővárosra vonatkozólag is alig változott a m. k. terhességek gyakorisága a születésekhez arányítva. Igy 1933-ban 2.24%, 1934-ben 2.43%, 1935-ben 2.39%, 1936-ban 2.37%, 1937-ben 2.47% volt az előfordulás aránya a lezajlott szülésekhez viszonyítva. Ebben a nagy szülészeti anyagban tehát, amit a főváros népessége képvisel, 1931 óta szintén alig mutatkozik lényeges változás. Ilyen módon a fővárosi anyagon is megállapítható a már kimutatott meredek emelkedése után a m. k. terhességek gyakoriságának egyszinten maradása, évenkint csaknem szabályosan egyenlő mértékben ismétlődése.

A m. k. terhesség gyakoriságában előforduló különbség, a vidéken és a fővárosban, nem magyarázható a főváros messzeterjedő gyüjtő hatásával. *Kiss* elsősorban az előzetes gyulladás jelentőségét hangsúlyozza, amit a kórelőzményekben és a műtétnél 61.9%-ban lehe-

tett megállapítani. A genitalis hypoplasia 4.8%-ban vezetett a pete méhenkívüli beágyazódásához. *A. Mayer* szerint is pl. Tübingenben a genitalis hypoplasia és a mind gyakrabban észlelés alá kerülő petevezető terhesség közt összefüggés tételezhető fel. Mi ilyen összefüggést nem tudunk kimutatni, éppúgy, mint a lueses fertőzéssel sem. 343 m. k. terhesünk közt (1932—1938) csupán 13 esetben találtunk seropositiv luest, kezelt luest pedig 5 esetben. A lues II. gyakorisága tehát csak 5.2%, ami nem több, mint általában.

Az ivarszervek fejlődési csökkent értékűsége mindenesetre csak igen alárendelt tényező lehet a méhenkívüli terhesség kóroki tényezője között, a gyulladást keltő okok mellett. Mint ilyen ok anyagunkban a legnagyobb szerepet a magzatűzés céljából végzett, legtöbbször szövődményes lefolyású vetélések és lázas gyermekágyak után lezajló heveny kürtgyulladások és kankós fertőzések után visszamaradó idült petevezető lobosodások szerepelnek. Ezek szerint a m. k. terhesség civilisatiós betegségnek is tekinthető kórkép, olyan értelemben, hogy az vidéken is fokozottabb mértékben jelentkezett, amint a teherbejutás megelőzését és a terhességeknek magzatűzés céljából történő megszakítását ez a népesség is gyakrabban végzi és a nemi betegségek, különösen a gonorrhoea terjedésére mód nyílik. A háborúval kapcsolatos, illetve azt követő népmozgások (visszaözönlő katonaság stb.) fokozták a vidéki lakosság kankós fertőzöttségét és ugyancsak az ezidőben mindjobban felszínre kerülő gazdasági okok a gyermekáldástól való erélyes védekezéshez vezettek.

A debreceni nőbeteg klinika anyagában 18 év alatt összesen 539 esetben és pedig 1921-től 1930-ig 10 év alatt 149 alkalommal, 1931-től 1938-ig (8 év alatt) pedig 390 esetben került hasműtétre a sor a méhenkívüli terhesség kórismézjével. (Az anyag ezen önkényesnek látszó szétválasztásának az oka az, hogy 1931-ben vette át a klinika vezetését *Kovács* prof.)

A m. k. terhességek megoszlása a debreceni női klinikán 1921—1938-ig:

É v	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1938	1937	1936	1935	1934	1933
M. kiv. terhességek száma	2	2	6	8	12	20	12	24	26	37	47	54	39	51	41	57	51	50
Az összes laparotomia száma	52	39	30	41	65	102	93	141	160	186	229	319	328	371	307	345	391	345

Az új szülészeti rendtartás útján a debreceni szülészkerülethez beérkező adatok alapján (A debreceni szülészkerületben 5 év alatt (1934—1938) 123.262 szülést, 10.258 vetélést és 342 extranterin terhességet jelentettek.) az összes születések számához viszonyítva a m. kiv. terhesség gyakorisága az utóbbi 5 év átlagában (1934—38) 1000 szülésre 2.77 (0.27%). (Ugyanezen 5 év alatt 100 szülésre 8.32 vetélés jutott a debreceni szül.-ker.-ben.) Legcélszerűbb az m. k. terhesség gyakoriságát a szülések számához viszonyítani, mert csak ezek számát tudjuk biztosan. *A debreceni szülészkerület területén tehát a m. k. terhesség gyakorisága jelenleg az országos átlagnál (0.33%—0.38%) kisebb, annak ellenére, hogy jelentékeny emelkedést mutatott 1921-től 1930-ig.* A fővárosban kb. 10-szer gyakrabban jelentkezik a m. k. terhesség, mint az ország vidéki körzeteiben. *Ez a nagy különbség, ami a fővárosi anyag és a vidék között van, nem magyarázható csupán a főváros széles hatósugarú gyüjtő hatásával, hanem az ivarszerveket károsító okok gyakoriságára vezethető vissza.*

A vetélések és m. k. terhességek oki kapcsolatát legjobban bizonyítaná az, ha módunkban volna a vetélések tényleges gyakoriságát a fővárosban és a vidéken összehasonlítani. Az elvetélésre vonatkozó statistikai adatok azonban közismerten hiányosak. A bejelentett vetélések száma mindig csak töredéke a valóságban lezajlott vetéléseknek. Igen sok tiltott műtét marad titokban, holott épp az utóbbiak bírnak nagy jelentőséggel a m. k. terhesség kórelőzményében, mivel ezek után lépnek fel igen gyakran a gyulladásos szövődmények. Budapesten az 1000 születésre eső elvetélések arányszáma pl. 1926-ban 88.7‰, 1927-ben 83.9‰, 1928-ban 87.2‰.

Más képet nyerünk azonban a székesfőváros szülészeti anyagáról, ha az új szülészeti rendtartás legújabb adatait használjuk fel az összehasonlításra.*

Szül. szám		Vetélés	Méh. kiv. terh. (% a születések számához viszonyítva)
1933	14.872	4743 (31.9%)	334 (2.24%)
1934	16.040	5781 (36.0%)	391 (2.43%)
1935	15.962	5931 (37.1%)	383 (2.39%)
1936	16.485	6464 (39.2%)	391 (2.37%)
1937	16.294	6396 (39.2%)	403 (2.47%)

Eszerint a vetélések aránya az előző években bejelentetteknél nagyobb, pl. 1937 évben 1000 szülésre 392 vetélés jutott, azaz 39.2%-os a szülésekhez viszonyított vetélési gyakoriság. A debreceni szülészkerületben 8.32% a vetélési gyakoriság, tehát $^1/_5$ része fővárosi vetélés gyakoriságnak. Bár ez a statistika sem tökéletes, mert csak a hatóságoknak bejelentett adatokat tartalmazza, de minden esetre közel jár a tényleges helyzethez.

Mivel a hivatalos vetélésbejelentés adatai a vetélés tényleges gyakoriságának megállapítása céljából nem kielégítőek, viszont a vetélés és m. k. terhesség közt az összefüggés kétségtelennek látszik, más statisztikai módszerhez folyamodtunk, hogy a vetélés valódi gyakorisáégára használható adatokat kapjunk. Felhasználtuk a debreceni női klinika szülő és vetélő nőiről készült fejlapjainak *az előző szülésekre és vetélésekre vonatkozó adatai. Scipiades* kimutatta e módszerrel a vetéléseknek a szülések rovására történő nagyfokú megszaporodását. Klinikánk anyagában 1921-től 1928-ig *Schubert K.* elvégezte e számításokat, az intézethez tartozó betegkörzetben előforduló vetélések számát az intézetben ápoltak kórtörténet adataiból állapítva meg. A nők legtöbbször emlékeznek életük e fontos eseményeire, viszont ilyenkor a régebben lezajlott vetélésnél nem szerepel már az eltitkolási törekvés. 15.000 szült, illetve vetélt nő előző szüléseire és vetéléseire vonatkozó adatok szerint 1921—1928 között 100 *terhességből* 12, majd fokozatosan emelkedve 16 végződött vetéléssel. A vetélések gyakorisága tehát Debrecen vidékén már 1921—1928 közt jelentékeny fokozatos növekedést mutatott. Ugyanezen időszak alatt a debreceni női klinikán a m

* A fenti adatokért ezúton is köszönetünket fejezzük ki a m. kir. belügyminisztérium illetékes ügyosztályának.

k. terhességek is lényegesen megszaporodtak és talán ez a párhuzamosság részben egyéb tényezőkön kívül valóban a vetélések károsító hatását hangsúlyozza. Az 1935-től 1938-ig terjedő időben *évenkint válogatás nélkül 1000, a klinikára felvett szülő, illetve vetélő nő előző szüléseit és vetéléseit is lajstromoztuk.* A vetélés valódi gyakoriságát illetően ezen az alapon a következő eredményekhez jutottunk:

1000 a klinikára felvett nő életében lezajlott összes szülések és vetélések megoszlása:

1935-ben	934 nő szült összesen 2788-szor 306 nő vetélt összesen 494-szer	így 100 szülésre	17·71 vetélés jutott
1936-ban	968 nő szült összesen 2974-szer 348 nő vetélt összesen 582-szer		19·56
1937-ben	952 nő szült összesen 2614-szer 388 nő vetélt összesen 620-szer		23·71
1938-ban	966 nő szült összesen 2921-szer 344 nő vetélt összesen 596-szer		20·40

Ez a kimutatás a bejelentések alapján nyert évi statisztikai adatokkal szemben feltétlen közelebb jár a valósághoz. *Debrecenben és környékén a vetélés tényleges gyakorisága tehát valóban sokkal nagyobb, mint arról a hatóságokhoz érkező bejelentések beszámolnak.* A debreceni szülészkerület adatai szerint (1934—38) 5 évi átlagban 100 szülésre csupán 8.32 vetélés esik, szemben ezzel a kórtörténetek alapján kiszámított vetélési gyakoriság átlaga 19%. *1921-től a vidéken is kimutatható tehát a vetéléseknek a szülésekhez viszonyított lényeges gyarapodása és itt újra párhuzam található a m. k. terhességnek a vidéken is jelentkező megszaporodása között.*

Saját klinikánk 539 m. k. terhes betegének a kórelőzményben szereplő előző szüléseink elemzéséből kitünik, hogy a legnagyobb számban fordul elő 23—34 éves nők között: az összes esetek 69.5%a, azaz a m. k. terhességet megelőzően létrejött, a belső ivarszervekre ártalmas behatások szerepelnek.

528 betegünk között 91 (17.2%), azaz csaknem 1/5-e az összes betegeknek a m. k. terhességet megelőzőleg még soha nem szült és nem vetélt. 528 m. k. terhes nő közül csupán 166 vetélt a betegséget megelőzően. *A vetélés rovására írható ártalmas tényezők ezek szerint csak az esetek kb. 1/3-ában (31.43%-ban) szerepelhetnek.* A vetéléseknek kóroki szerepe tehát nem olyan túlnyomó, annak ellenére, hogy az elvetéléseknek a szülésekhez viszonyított gyakorisága párhuzamos emelkedést mutat a m. k. terhességgel. Az előző szülések és vetélések elemzéséből kitünik továbbá, hogy 409 nő előzőleg összesen 973-szor szült és 166 nő előzőleg összesen 262-szer vetélt. *Azaz 100 szülésre 26.9 vetélés esik. Ez az arányszám viszont azt bizonyítja, hogy az m. k. terhességben megbetegedett nők kórelőzményében a vetélések gyakrabban fordultak elő, mint az ezt át nem éltek közt.* A 26.9%-os vetélési arányszám ténylegesen többet jelent, ha figyelembe vesszük, hogy ez az érték nem az összes előforduló korú szülő- és vetélő nőket felölelő anyagra vonatkozik.

A vetélés ártalmas hatásán kívül tehát más olyan kóroki tényezőknek is fontos szerepet kell tulajdonítanunk, amelyek az ivarszervek lobosodásához vezetnek, elsősorban a szülés és gyermekágy kapcsán. A kürtök gyulladásos betegségei által a pete áthaladásának nehézségei állnak elő. Számos esetben szerepeltek anyagunkban olyan rejtetten és lappangva fellépő méhfüggelék lobosodások is, amikről a betegeknek alig volt tudomásuk és azok egy fertőző betegségnek (typhus, influenza stb.) lehettek az ivarszerveken lezajlott következményei. A 343 operált m. k. terhesség között (1932. I. 1—1938. XII. 31.) 33 esetben (9.6%-ban a m. k. terhesség okát nem lehetett kimutatni. Több olyan adat merült fel azonban ezen betegeink kórelőzményében is, amik szintén ivarszervi ártalomra utalnak. 6 esetben a kürt a rendestől eltérő alkatú volt, járulékos kürtnyílások bizonyították a fejlődés zavarát. *5 esetben egy évnél hosszabb ideig tartó lactio ideje alatt következett be a m. k. terhesség; 2 esetben 3 és 4 hónappal az előző szülés után, 2 esetben gyors egymásutánban ismétlődő szülések után az eléggé leromlott betegen észleltük.* Mindezek valószínűvé teszik, hogy ebben a 33 esetben is ártalmas tényezők szerepeltek. A kürtök torzításához vezető daganatok (myoma, peteészektömlő stb.) igen ritkán kerültek megfigyelésre. Anyagunkban a műtéti helyzet alapján 8 esetben (2.3%-ban) bebizonyosodott, hogy nagyobb környezeti myomgóc, petefészektömlők (egy esetben alig kisdiónyi az interstitialis kürtrész területén ülő myomgóc) nyomására jött létre a kürt működés zavara. 11 esetben (3.2%-ban) a feltűnően vékony, hullámosan-kanyargós kürt, a méhtest állományszegénysége csökkent ivarszervi fejlettségre utalt, 7 ezek közül teherben soha sem volt. A gonorrhoea szerepe számszerűen nehezen tisztázható, mivel a női kankó nagyon gyakran marad rejtve s így gyakorisága sokkal nagyobb, mint arról általában tudomásunk van. Igy azok a méhfüggeléklobosodások, amelyek éppen a kürt nyálkahártya kiterjedt ártalma miatt a petevezető részleges elzáródását okozzák és így a m. k. terhességhez vezetnek, valószínűleg elég gyakran kankós eredetűek. Klinikánk évi összes betegforgalmában (szülőosztály, nőosztály, járóbeteg rendelő kb. 6500) évente (1936—37—38) a górcsövileg kimutatott gonorrhoea esetek száma 1.25%—0.70% között mozog. Beteganyagunk tehát állandóan 1%-ban friss kankós fertőzött, az idült kankós fertőzés klinikánk beteganyagában ezek szerint 15—20%-ra becsülhető. 343 m. k. terhes betegünk közül 21 esetben merült fel gyanú előző kankós fertőzésre (6.1%); górcsövileg kimutatott kankót a m. kív. terhesség ideje alatt 14 esetben észleltünk.

A betegek gondos kikérdezése a kórelőzményre vonatkozólag, az előző ivarszervi gyulladással, vagy ártalommal összefüggésbe hozható adatokat feltünően nagy számban hoz felszínre. *Ilyen alapon a kórelőzmény 67%-ban gyulladásos, az ivarszervekre ártalmas folyamatokra utalt,* 33%-ban viszont a kórelőzmény csupán közömbös adatokat nyujtott. Jellemző, hogy éppen ezen a területen a kórelőzmény adatai mennyire megbízhatatlanok. Ezt a műtéti leletek, de különösen a kórszövettani vizsgálatok adatai is bizonyítják. Ugyanis a műtétnél és kórszövettani vizsgálatnál gyulladásos folyamatokat sokkal gyakrabban lehet kimutatni, mint ahogy arra a kórelőzményből következtetni lehetett. Gyakran a lezjalott kankós fertőzésről sem volt betegeinknek tudomásuk és sokszor lappangva lefolyó ivarszervi gyulladásokra egyszerűen nem is emlékeznek, holott azok jelenléte a műtétnél beigazolódik.

Anyagunk gondos kórszövettani átvizsgálása 274 esetben (79.8%-ban) a kürtök lobos elváltozását állapította meg. (38 esetben ezek között igen kifejezett kürtfali, kürtszögleti adenomyosis okozta a kürt működés zavarát.) *A legnagyobb része a lobos kürtöknek idült elváltozást mutatott (249).* Ezek között 123 esetben a kürt nyálkahártya mirigyes, átömlős túltengése nagyrészt rácsszerűen elzárta a kürt nyílását. Heveny lobos gennyes kürt gyulladás csupán 9 esetben volt megállapítható, 16 esetben subacut volt a folyamat.

Nem vitatható el az előzőleg végzett hasüri műtétek (apepndektomia, cholecystekt. stb.) ártalmas hatása sem, mint arra újabban a meddőséggel kapcsolatban

rámutatnak. A női meddőség okai közt u. i. nemcsak a női ivarszervek elsőleges betegségei járnak elől, hanem pl. a féregnyulvány lobosodással járó eseteleges szövődményként jelentkezett következményes méhkörüli lobosodás is okozhat meddőséget. *Mikulicz—Radecky* azt találta, hogy az appendectomián átesett nők 14%-a terméketlen maradt, de ez a szám szövődményes műtétek után 27%-ig emelkedik. *Bernhard E.* összefüggést tételez fel a kürtterhesség és az előző appendicitisek között, vagy a műtétkor talált appendix lelet között.

343 betegünk kórelőzményét ilyen irányban vizsgálva (1932 I. 1-től 1938. XII. 31-ig) kiderült, hogy a m. k. terhességet anyagunkban 37 esetben (10.7%-ban) előzte meg hasüri műtét. 14 esetben m. k. terhesség miatt történt már az előző hasmegnyitás is, így valószínűleg az újabb m. k. terhesség sem hozható összefüggésbe az előző hasi műtéttel. A többi *23 esetben (6.7%-ban) a megelőző hasiműtét nagy valószínűséggel hozzájárult a belső ivarszervek körül keletkező összenövésekhez s ilyen módon a petetovábbítás zavarához.* Ezen esetekben a műtétnél is mindig megtaláltuk a petevezető és a méh savós hártyáján lévő régi hashártyagyulladások nyomát mutató kötőszövetes lenövéseket. Hogy ezen előző hasi műtéteknek tényleg oki szerepük volt, azt az a körülmény is alátámasztja, hogy ez az arányszám lényegesen nagyobb, mint általában a nőbeteg anyagunkon az előző hasi műtétek előfordulása. (A 23 műtét között *10 appendektomia*, 2 adnex-műtét petefészek tömlő miatt, 3 ventrofixatio, 4 epekő műtét, 3 hashártya megnyitással járó lágyéksérv műtét és 1 sterilisatiós műtét szerepelt.)

A 343 m. k. terhesség miatt operált betegünk közül 55-ön előzőleg méhkaparást végeztek, sőt 26-on a méhkaparást ismételten végezték és ezek a méhkaparás után gyakran hosszabb meddőség közbeiktatásával kerültek m. k. terhességbe, anélkül, hogy a méhkaparás és a méhenkívüli terhesség közötti időben méhenbelüli terhesség fordult volna elő. (Azokat a méhkaparásokat, melyeket élettani terhesség és szülés követett, ezek közé nem soroztuk be, az ilyenekkel együtt a méhkaparások száma még 18-al emelkedne.) A méhkaparások egyrésze bevallottan is magzatűzés célját szolgálta vagy vetélés befejezése miatt vált szükségessé. Csupán 8 esetben végezték rendetlen méhvérzések miatt. Tehát valószínűnek kell tartanunk, hogy a kórelőzményben gyakran ismételten ugyanazon a betegen végzett méhkaparások az ivarszervekre ártalmas hatást fejtenek ki. Erre utal a 16%-os gyakoriság is, ami általában erősen túlhaladja a nőbetegeknél található előző méhkaparások gyakoriságát.

Azon betegeink kórelőzményével, akik a m. k. terhességet megelőzően soha teherben nem voltak, érdemes külön foglalkozni. Az 1921-től 1938-ig terjedő időben 91 ilyen beteg fordult elő, azaz 17.3%-ban, a m. k. terhesség volt az első terhesség. *(1932 I. 1-től 1938. XII. 31-ig terjedő időközben 343 betegünk közül 59 a méhen kívüli terhességet megelőzőleg még terhes nem volt. 14.2%.)* E betegek kórtörténetének elemzésénél is leolvasható a kórelőzmény adataiból a belső ivarszerveket ért ártalom, amit tárgyilagosan alátámaszt és megerősít a kórszövettani vizsgálat is, a méhkürtök élettani működésének elvesztéséhez vezető lobosodások kimutatásával. 22-nél 4-től 12 évig terjedő meddőség, 12-nél tartós meddőség mellett évekkel előzőleg lázas fájdalmas alhasi megbetegedés zajlott le. *8-nál kezelt méhnyakkankó* és felszálló kankós fertőzés volt megállapítható a kórelőzményben, 3-nál fogamzás gátló szerek tartós alkalmazása, 2-nél évekkel előzőleg havibaj kimaradása miatt adott méhüri jód befecskendezés előzte meg a m. k. terhesség létrejöttét. 7 esetben igen kifejezett belső ivarszervi csökkent fejlettséget (genit. hypoplasiát) találtunk, 5-nél előző hasüri műtét (3 appendectomia) szerepelt. *A meddő betegek közül 5-nél a kórszövettani vizsgálat az ivarszervek, a petevezetők gümőkórját állapította meg. Tehát az előzőleg meddő nőknél 20%-ban az ivarszervi gümőkór szerepelt, mint a m. k. terhesség kóroka.* A csökkent fejlettségű belső ivarszervekkel bíró betegeink általában fiatal nők (17—23 évesek) és ezeknél a méh és a kürtök fejlettlenségén kívül más okát a m. k. terhesség keletkezésének nem találtuk. Az összes többi betegnél a kürtök — leggyakrabban idült — lobosdoása a kórszövettani vizsgálat szerint kimutatható volt.

(Folytatjuk.)

Az Országos Társadalombiztosító Intézet gyomor-bélosztályának közleménye. (Vezető: Friedrich László.)

A lamblia intestinalis új és eredményes gyógymódja.

Irta: *Friedrich László dr.*

Az utóbbi években mind a parasitologusok, mind a klinikusok figyelme az emberben élő s előforduló bélférgek közül a lamblia intestinalisra terelődött, s bár e bántalom tünettana és felismerése lezárt fejezetnek tekinthető, három vitás pontja még van, ami az irodalmat foglalkoztatja. Az egyik, hogy a lamblia behatol-e az epehólyagba, a másik, hogy pathogen-e egyáltalában, s a harmadik, hogy lambliák okozzák-e a betegség tüneteit; másszóval hogy a lambliák eltünése után maradnak-e még fenn panaszok, s ha igen, azonosak-e azokkal, amelyek kipusztulásuk előtt fennállottak?

Nem akarok e kérdéssel részletesen foglalkozni, csak megjegyzéseimet szeretném hozzáfűzni azon tapasztalataim alapján, amelyeket az eddig már ismertetett 40 esetem és a most ismertetendő 32 eset megfigyelése alapján szereztem.

Ad. 1. Arra a kérdésre vonatkozólag, hogy a lamblia behatol-e az epehólyagba, vagy sem és e réven jönnek-e létre a jobboldali, néha erősen cholelithiasist, vagy cholecystitist utánzó panaszok, azt kell felelnem, hogy saját észleleteim mindenképen ez ellen szólnak. Operált eseteimben az eltávolított epehólyagban lamblia nem volt. Másrészt igen sok olyan esetem volt, amikor az intravenás cholecystographia nem mutatott epehólyagtelődést és a duodenalis nedvben a lambliáknak rengeteg vegetativ alakja volt, továbbá sok esetem volt, melyekben előzőleg kivették az epehólyagot s a duodenalis sondavizsgálat lambliákat mutatott. Mindezen esetekben, bár lehetetlen, hogy a lamblia az epehólyagban tartózkodhatott volna, mégis epetáji fájdalmai voltak a betegeknek. Magyarázatul a duodenitist és a sphinter Oddi körül elhelyezkedett lambliatömegek által kiváltott reflectorikus spasmusokat kell feltennünk.

Ad. 2. Biztosan megállapítható ma már saját észleleteim alapján is, hogy a lambliák, számuk és elhelyezkedésük révén is ártalmasak a szervezetre, a vérképzésre és ártalmasan hatnak a felszívódásra is. Bizonyítják ezt az általános tünetek: rosszullét, vérszegénység, stb. valamint a széklet mineműsége, mely duodenitisre és enteritisre jellemző. Hogy lambliasis volt az elsőleges kiváltó ok, mutatjak azon ismertetendő eseteim, amelyekben a lambliák eltünése után a panaszok is megszüntek és a beteg egészsége helyreállott.

Ad 3. Szorosan összefügg ez utóbbival a 3. feltett kérdés: vannak-e még panaszok a lambliák eltünése után? Erre általánosságban igennel kell felelni, bár csak az esetek egy részében van így. Ez két oknál fogva is természetes. Az egyik, hogy lamblia elleni kezelésünk hashajtással jár s így a meglévő enteritis csak még jobban fokozódik, a másik, hogy a lamblia vegyi úton történő elpusztítása után az a bántalom, melyet jelenlétük kifejtett, egycsapásra nem szünhet meg, hanem amint azt már előbbi közleményeimben is hangsúlyoztam, utókezelést igényel és ugyancsak nem hanyagolhatók el természetesen az egyéb szervi elváltozások sem, mint pl. az anacid gastritis. Ez utóbbi kérdésre még alább kitérünk.

A kezelést illetőleg előbbi közleményeimben igen kedveztőlenül nyilatkoztam, u. i. ezt írtam: „Az esetek fele gyógyult csak meg, sok kiújult. Biztos gyógyszere a lambliának nincs. Legjobbnak bizonyult az intraduodenalisan alkalmazott salvarsan és a duodenalis mosások. Vannak resistens törzsek, viszont vannak olyan esetek, ahol néhány kezelésre már kipusztult a lamblia."

Céltalan, hogy az eddig alkalmazott gyógymódokat, amelyek úgy sem vezettek teljes eredményhez, újból felsoroljam s így csak az újabb kisérleteket szeretném ismertetni, amelyek a mostani eredményes eljáráshoz vezettek.

Galli Valerio Lausanne-ban, volt az első, aki a németek által atebrinnek, a franciák által quinacrinnek nevezett szert lambliasis ellen ajánlotta.

Az atebrin egy synthetikus alkylamino acridin vegyület, amelyet 1930-ban *Mietsch* és *Mauss* állítottak elő Elberfeldben. Eredetileg malaria ellen ajánlották, mint specifikumot. *Martin* 1931-ben 54 esetben alkalmazta a quinacrint lamblia cysta-hordozókon, 51 esetben eredményesen. Három beteg nem helyesen használta az orvosságot, kiújulást nem látott. *Tecon* 1937-ben Lausanneból hasonló jó eredményeket mutat fel, *Pagniez* 1937-ben a Presse Médicale-ben számolt be szintén kitünő eredményeiről. Napi három 0.1 g-os tablettával alkalmazza peroralisan 5 napig. Gyermekek kisebb adagot kapnak. *Garin* és *Bernay*, majd *Cain-Cattan-Sikorav* 1938-ban 18 gyógyult esetről számol be Csak egy esetben észleltek intolerantiát, mely nagy fáradságban nyilvánult meg. Elektivnek tartják — 1937- és 1938-ban *Porges* Bécsből számolt be a francia iskolától függetlenül — az atebrinnel elért jó eredményeiről 9 eset kapcsán. Azóta *Heilmann* (Bresslau) közölt jó eredményeket 13 esetben történt alkalmazása után.

Minthogy eddigi eredményeimmel sehogy sem voltam megelégedve, a Leverkusen-i Bayer I. G. művekhez fordultam felvilágosításért az atebrin-kérdésben. Közölték velem, hogy egy új acridin vegyületet állítottak elő kizárólag a lambliasis és a taeniák kezelésére. Ezt az új vegyületet, melyet előbb sostolnak, majd véglegesen acranilnak neveztek el, kisérletezés céljából rendelkezésemre bocsátották. 1937 őszén fogtam hozzá e vizsgálataimhoz, melyekről röviden a kir. Orvosegyesület ez évi febr. 3-iki ülésén számoltam be.

Az acranil egy oxyalkyl-amino-acridin-dichlorhydrat, sárgás, vízben könnyen oldódó, kesernyés por. Cukrozott 0.1 g-os dragékban kerül forgalomba. Belsőleg nyulra és macskára kisfokban mérgező — 0.5 g/kg-ot bírnak el. Macska hány, nyúlnak hasmenése támad, más toxikus jelenségek nélkül. Csak nagyobb adag okoz halált, általános gyengeségi tünetek közepette.

Emberben a megadott adagok legcsekélyebb mérgező jelenségeket, illetve kellemetlenségeket sem okoznak. A kezelési mód, melyet alkalmaztunk a következő volt:

Az első napon lehetőleg folyékony ételeket adtunk, tejet, teát, leveseket; este növényi hashajtót, vagy 0.5 g. Pulvis rad. Rheit, vagy két Isticin tablettát. A második nap reggelén éhgyomorra 3 db. 0.1 g-os acranil tablettát egészben nyelettünk le. Utána teát itattunk. 3—4 óra múlva ásványi hashajtót, Karsbadi sót itattunk (kávéskanállal egy pohár vízbe). Közben híg, leveses, inkább pépes, folyékony diaetát rendeltünk. E kúrát öt napon át folytattuk.

Egy ilyen kezelési szakaszhoz tehát 15 acranil-tablettára van szükségünk; gyermekek aadagja jóval kisebb és függ a gyermek korától.

Tapasztalatom szerint *egy* ilyen kúra általában elégséges volt a teljes eredmény elérésére. Csak egy esetben kellett megismételni, oly betegen, aki — úgy látszik — nem tartotta be a pontos utasításokat. Kisérleteket végeztem arravonatkozólag is, hogy in vitro a duodenalis nedvben lévő vegetativ mozgó lambliák miképen viselkednek, ha össze hozzuk őket acranil eldörzsölt porával. Azt tapasztaltam, hogy rövid néhány perc múlva mozgásuk meglassubbodik, majd teljesen megszünik és a lambliák nagy része apró szemcsékben széjjelhull, majd teljesen eltünve a látótérből, jórészük feloldódni látszik. Ugyanez történik a szervezeten belül is, amihez hozzájárul még, hogy állatkisérletek tanusága szerint az acranil a bélből felszívódik és a májon át az epével ürül ki újra a duodenumba, tehát többszörösen éri a lambliákat, chemotherapiás hatása. Minden lambliás esetemben már akkor, amikor a diagnosist felállítottam és a vegetativ alakot kimutattam a duodenalis nedvben, a székletben ugyanakkor a cystákat is megtaláltuk. — A székvizsgálatokat *Makara dr.* végezte az Orsz. Közegészségügyi Intézetben, kinek ehelyütt is hálás köszönetemet fejezem ki szíves támogatásáért. A kezelés eredményességéről a kúra után hasonló módon győződtem meg, néha már közvetlenül a kezelés után, néha 8—10 nap múlva: Elvégeztük újra a duodenalis sondázást és megnéztük ugyanakkor, vannak-e még a székben cysták. Néhány hét múlva újabb ellenőrző-vizsgálat történt hasonló módon. Vizsgált és a fenti módon kezelt eseteim száma 1939 januárig 34 volt. Ebből 30 az OTI-rendelésemből származott, 4 magánrendelésemből. Minden esetben, egyet kivéve, már az első kezelés teljes eredménnyel járt. Igy — gondolom — joggal beszélhetünk e kezelésről lambliák ellen, mint therapia sterilisans magnáról.

Annak az esetnek rövid kórtörténete, melyben az első kezelés nem hozott teljes eredményt, a következő:

M. V. 37 é. nevelőnő. Állítólag 12 éve cholecystitise volt. Néhány hónapja j. o. görcsös fájdalmai vannak; többször hányt. Vizeletben: urobilinogen + próbareggeli, normacid. Vérkép: E.: 4.280.000, Hb.: 84%, L.: 3.400, ebből 79% segmentált, 10% lymphocyta, 1% eosinophyl, 7% monocyta. Cholecystographia: szabályos, homogen epehólyagtelődés, hólyag jól contrahál. Duodenalis sondázás az A. epében kevés lamblia. B. epében Magn. sulf. után rengeteg jól mozgó vegetativ alak. A székben giardia lamblia cysták. Gyomorröntgen: ép gyomor, duodenum, 3 h. p. c. üres. Acranil-kúra után panaszai megszüntek, hízott. Duodenális nedvben sem az A., sem a B. epében lamplia nincs. A székben cysták még kimutathatók. Egy hónap múlva megismételve a vizsgálatokat, bár a duodenalis nedvben lamblia nem volt található — újabb Acranil-kúra. Ezután a székben is cystákra állandóan negativ a vizsgálat eredménye. A beteg j. o. fájdalmai teljesen megszüntek.

Ez esetben cholecystitist utánzó tüneteket észleltem. A beteg úgylátszik nem tartotta be pontosan az utasításokat: bevallása szerint a tabletták bevétele után hányt. Ismételt kúra teljes és végleges gyógyulást eredményezett.

Eredményeim részletesen a következők:

A 34 esetből: férfi 23
nő 11

A panaszok jellege:

Hasmenéses tünetek	20
Epetáji fájdalmak	10
Vegyesen epetáji és hasmenéses panaszok	2
Más jellegű panaszok	2

Hasmenéssel járó esetek:

Acut jellegű	4
Subacut jellegű	2
Chronicus jellegű	14

12 epetáji panaszos közül a vizsgálatkor:

zárt volt a d. cysticus a cholecystographiában (epehólyagárnyék nem volt látható)	4
cholecystektomizált volt már a lambliák felfedezésekor	5
ulcus duodeni mellett lambliákkal és hasmenéssel társult klinikai tünetek	2

Gyomoraciditási viszonyok:

	Normacid.	Subacid.	Anacid.
Epetáji panaszok mellett	10	—	2
Hasmenéses tünetek mellett	9	2	9

Az eredmények és a fenti táblázatok megbeszélésére alább még visszatérek, itt csak annyit említek meg, hogy egész sereg olyan esetem volt, akiket a régi kezelésmódok segítségével nem tudtam lambliamentesekké tenni, ez új kezelésmóddal ez is sikerült. Ezek voltak a legszebb és legbizonyítóbb eseteim. Volt közöttük sok, kinek lambliasisa hosszú évekig tartott. Ezek legtöbbje a lamblia elölése után panaszmentessé vált és hízott. Csak két esetet említek:

1. R. J. 39 é. kőműves. 1927 óta beteg. Hányinger, néha hasmenés, evés után azonnali fájdalmak. Próbareggeli: anacid. Fractionáltan histamin után is anacid. Gyomorröntgen lete rendes. Cholecystographia: ép epehólyag. Vérkép: E.: 4.320.000, Hb. 78%, L.: 9.000, ebből 2% eosynophil, 73% segment. Szék híg, hasmenéses, amphotaer, górcső alatt sok emésztetlen izomrost, keményítőszemcse, néhány zsírjegec is. Duodenalis nedvben: mind az A., mind a B. epében igen sok mozgó, vegetativ alak. A székben: a giardia lamblia cystákon kívül sok mozgó és nemmozgó vegetativ alak is fellelhető. A beteget eddig kórházban achylia és hyperthyreoidismus diagnosissal kezelték. Salvarsannal, methylenkékkel, sósavval egy évig eredménytelenül kezeltük a beteget, lambliája mindig volt. Acranilkúra után teljesen eltüntek a lambliák, 10 hó alatt 10 kg-ot hízott, sósav szedése mellett hasmenése megszünt és ½ év alatt újabb 5 kg-ot hízott. Jelenleg panaszmentes, lambliája sem a székben, sem a duodenalis nedvben nincs.

2. H. J.-né 45 é. munkásnő 1½ éve beteg. Hasmenés, étvágytalanság, az utóbbi időben sokat fogyott. Próbareggeli: anacid. Francionáltan histamin után is. Széke pépes, alkal., górcső alatt: zsírjegecek, neutralis zsír. Schmidt—Strassburger-próbaétrend után széke pépes, lúgos, górcső alatt sok harántcsíkolt izomrost. Vérkép: E.: 3.980.000, Hb. 77%, L.: 4.200. Cholecystographia: ép epehólyag lelet. Röntgen: ép gyomor—duodenum, 3½ h. p. c., a pép kis része az alsó ileumban, nagyrésze a colonban és a sygmában is. Duodenalis sonda: reflex positiv, górcső alatt lambliák, székben cysták. Hónapokig kezeltük salvarsannal, trypaflavinnal eredmény nélkül. Acranil-kezelésre a lambliák eltüntek, és néhány hó alatt 8 kg-ot hízott.

Mint említettem, minden esetben, kivétel nélkül mind a patkóbéli vegetativ alakok, mint a bélbeli cysták elpusztultak. Más lesz az eredmény, ha azt tekintjük, hogy subjective és objective vannak-e még panaszok. Ha ebből a szempontból vizsgáljuk az eseteket, azt találjuk, hogy:

a gyógyulás:

teljes	19 esetben
a panaszok nem szüntek meg	7 „
a panaszok néha térnek csak vissza	8 „

Az esetek nagyobb felében klinikailag is, subjective is az összse panaszok megszüntek a lambliák elölése után. Ez esetek a legbizonyítóbbak abból a szempontból, hogy a tüneteket csak a lambliasis okozhatta, hisz más kezelésben e betegek nem is részesültek.

	Hasmenés	Epetáji fájdalom
A fennálló panaszok közül	4	3
A csak néha visszatérő panaszok közül	5	3

Látjuk tehát, hogy a fennmaradó tünetek és panaszok hasonló arányban maradnak meg, mint amelyben eredetileg fennállottak:

A 20 hasmenéses esetből:

acut és subacut volt	6
chronicus volt	14

Az acut és subacut hasmenéssel járó esetből 4 gyógyult, 2 javult és nem újult ki egy sem. A chronikus hasmenéssel járó esetekből 9 gyógyult, 2 javult, 3 kiújult. A székletek legnagyobb része enteritises, ritkán colitises képet mutatott:

Látjuk továbbá, hogy az idült esetekben nem értünk el rögtön gyógyulást, ami természetes is.

A 10 epetáji panaszos közül:

gyógyult	6
javult	3
kiújult	1

Az 5 cholecystektomizált esetből:

gyógyult	3
nem gyógyult	2

A savviszonyok szempontjából tekintve:

	Normacid.	Subacid.	Anacid.
gyógyult	12	—	9
nem gyógyult	7	2	2

Már előző közleményeimben is hangsúlyoztam, hogy a lambliák elpusztítása után az esetek egy részében (kb. felében) a tünetek nem szüntek meg egy csapásra és a betegek panaszai tovább tartottak. Az anaciditás, az anaemia, az enteritis nem szünhetnek meg azonnal. Sőt az enteritist e kezelés fokozza. A naponként előidézett hashajtás és az acranil vegyi hatása folytán. Igy hangsúlyoznom kell, hogy a lambliák megszüntetése után a fennálló elváltozások még külön, igen gondosan, kezelendők. Tartsunk tehát szigorú, a bélhurut ellen irányúló étrendet, adjunk sósav-pepsint, pankreas-kivonatokat s kezeljük az esetleges vérszegénységet. Ez utóbbira vonatkozólag azt tapasztaltam, hogy a lambliák elpusztulása után sokszor magától is szépen javul.

Ha az epehólyag is beteg, követ, vagy elzáródást észleltünk a d. cysticuson, akkor diaetásan, vagy a szokott módon járjunk el. Hasonlóan járnak el más szerzők is. Igy *Porges* pl. 1 hónapig ad bismuth subgallicumot, minden lambliasis esetében és 6 hónapig eltiltja a celluloset. *Cain-Cattan* és *Sikoraw* is azt találták, hogy a lamblia eltünése után a szék sokszor nem változik meg.

Az acranilról eddig az irodalomban közleményt nem találtam. Elődjéről a sostolról *Grott* számolt be Varsóból 1938 októberében 14 esete kapcsán. Kiújulást ő is észlelt, de eredményei kitünőek voltak. Kívüle *Eduardo Pratti* (Lausanne) alkalmazta még 11 gyermeken.

Összefoglalva eredményeimet a következőket mondhatom: Az acranil (Bayer) új acridin készítmény, specifikus gyógyszere a lambliasisnak. Bevétele kellemetlen melléktünetekkel nem jár. 34 esetben, melyekben a vegetativ alakok a duodenalis nedvben és a cysták a székletben ellenőriztettek a kezelés előtt, után és későbbi időpontban is, az eredmény tökéletes volt. Ha a tünetek nem szünnek meg a lambliák elpusztítása után sem, ennek oka a fennmaradó achylia, enteritis, vagy anaemia. Ezek külön utókezelést igényelnek, melyek a szokásos régi eljárásokból állanak. (Gyógyszer és étrend.)

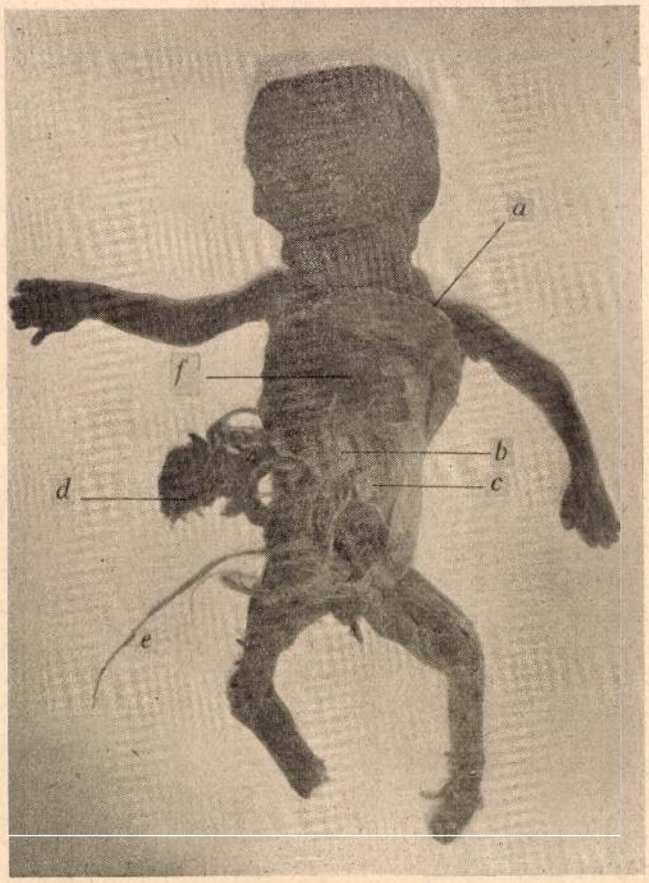
TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

„Conduplicato corpore" születés okozta mellkastorzulás.

Irta: *Orsós Ferenc dr.*, ny. r. tanár.

Pállott állapotban született 20 cm hosszú fiu-magzat törvényszéki boncolásakor a mellkas érdekes torzulása volt megfigyelhető. Előzmény: H. Gy-né, 3 élő gyermek anyja, 1939. IX. 1-én este 9 óra tájban vette észre, hogy magzatvize görcsök kiséretében elfolyt. Éjjel a görcsök fokozódtak. Orvost nem találtak. Hajnali 4 óra tájban anyósa látta, hogy a szülés megindult, mert a szeméremrésből a magzat lábai kilógtak. 2-án reggel 6 órakor anyósa és sógornője támogatásával az utcára ment, ahol egy kerítésnek székmagasságú gerendájára ült le és itt ülő helyzetben megszülte magzatát.

A *boncjegyzőkönyv* kivonata: A petyhüdt magzat bőre szennyes vörhenyes, a hámréteg nagyrészt levált. A fej a haránt átmérő irányában összenyomott. A jobb halántéktáj bőre egész terjedelmében hiányzik, a fal- és homlokpikkely nagyrésze csupasz. A nyakszirten a bőr duzzadt és vörhenyesebb, mint egyebütt. Vérbeszürődés a bőrsérülés körül nem található. Az orr és a felső ajak bőre hiányzik. A nyak jobboldalán a bőr foszlányosan szétmállott és a fejbiccentő izom csupaszon fekszik. A mellkas feltünően megrövidült és megváltozott alakú, amennyiben a bordaívek annyira a fej felé tolódottak, hogy a vállak magasságába jutottak. (1. ábra.) A bordák ennek megfelelően kifelé görbültek. A bordaívek szélesen tátongó, köralakú nyilásában a háti gerincoszlopra fekvő rekesz látható, míg a hasüreg az elülső hasfal szétfoszlása folytán kitártan mutatkozik. A nyitott hasüregben még a helyén látható a két mellékvese, a két vese, a gyomor, a vékonybelek szakadozott kis részlete és a máj nagybabnyi maradéka. A köldökzsinórból csak 7 cm hosszú foszlány maradt meg. A medencében felismerhető a hugyhólyag és a végbél csonkja. A bal alsó végtag a bokaizületben majdnem kettévált. A jobb lábfej teljesen hiányzik és a jobb alszár lágyrészei is jórészt leváltak a csontokról. A bordaívek felhajlásuk folytán tálszerű vályulatot formálnak a rekesszel, melybe pontosan beleillik az oldalt lehajtott fej bal fele, vagyis a törzsön látható vájulat megfelel a fej lenyomatának. (2. ábra.)



1. ábra. a = a fejfolt bordaív vonala; b = gyomor; c = bal vese; d = májmaradvány; e = köldökzsinór-foszlány; f = a fej lenyomatának közepe.

2. ábra. A fej le van hajtva a törzs megfelelő vájulatába.

A mellkasi szervek észrevehetően összelapított állapotban, de súlyosabb elváltozás nélkül találhatók. A bordák a mellkas megnyitása és kiürítése után is teljesen megtartják sajátszerű helyzetüket, úgyhogy az elülső végük a kulcscsont magasságában marad, valószínüleg azért, mert a test kétrétbe hajlása már a hullamerevség beállta előtt bekövetkezett.

A *vélemény* kivonata: A fiu-magzat a terhesség IV. V. hónapja határán pállott állapotban született. A talált külsérülések valószínűleg születés közben részint a szülési trauma, részint pedig azáltal jöhettek létre, hogy a szeméremrésből kilógó lábakra húzást gyakoroltak. Az életben keletkezésre utaló vitális reactiók a sérüléseken mikroskoposan sem voltak észlelhetők. A mellkas sajátszerű eltorzlása úgy jött létre, hogy a szülés közben a test kétrét hajlott, mégpedig olymódon, hogy a fej baloldala benyomódott a has felső részébe és feltolta a bordaíveket a nyakig, vagyis a mellkas a szél által kifordított ernyőhöz hasanló alakváltozáson esett át. A rekesz és a mellkasi szervek épek maradtak, ellenben a sajtoló nyomás megrepesztette a hasüreget és a résen át a pállott zsigerek nagyrészét kisajtolta. A fej jobboldalának lágyrészei a nyakcsatornán áthaladás közben horzsolódhattak le, minthogy ezen oldal hozzádörzsölődött a nyakcsatorna falához. Az alsó végtagok sérülése onnan származhatott, hogy a hüvelyben lábrafordult magzat lábaira, melyek a szeméremrésből kilógtak, húzást gyakoroltak.

A mellkas bordáinak ernyőszerű kifordulása futólagos megtekintéskor azt a látszatot kelthette, mintha a mellkas is teljesen kiürült volna. A kifeszült állapotban feltolt rekesz (l. 1. ábra) ugyanis a mellkasi zsigereket is össze- és felnyomta. A rendőrorvosi szemle alkalmával a szokatlan kép meg is tévesztette az eljáró orvost. Jegyzőkönyve szerint „a méhmagzat törzsének mellső része egész hosszában el van távolítva és a zsigerek legnagyobb része hiányzik. A mellkas és a has mellső falának eltávolítási módja, technikai kivitele azt az alapos gyanut kelti, hogy orvosi művi beavatkozás, ténykedés idézte elő azt." Ajánlja tehát a törvényszéki orvosi boncolás sürgős elrendelését.

A két felvétel meggyőz róla, hogy a pállott magzatnak a nyakcsatornán „conduplicato corpore" áthaladása okozta a mellkas különös alakváltozását, ami a külső szemle alkalmával a gyakorlott rendőrorvost is megtévesztette.

F. évi október hó 26-án a Dunából kifogott 37 cm hosszú, erősen rothadt leánymagzat törvényszéki boncolásakor a koponyában a közölthöz teljesen hasonló leletre bukkantunk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Adatok az agranulocytosis kérdéséhez. *S. Thaddea* és *D. Bakalos.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 1939. 184. 531.) Három agranulocytosis eset klinikai ismertetése, amelyek mindegyike foghúzás, illetve szájműtét után jelentkezett. Az egyik recidivák után meggyógyult, kettőt azonban nem tudtak befolyásolni. A vérképpel párhuzamosan végzett sternum punctióból az derült ki, hogy a csontvelő minőségileg átalakult. Egyben myelo-metamyelocitás, másikban plasmasejtes, harmadikban monoblastos-promonocytás csontvelőt találtak, ezt a kóroktan szempontjából fontosnak tartják. A myelocytás csontvelő az agranulocytosis anaphylaxiás eredetét támogatja, bár a toxinhatást nem zárja ki. A monocytás reactio azért jöhet létre, mert a monocyták, mint embryonologiailag öregebb sejtek ellenállóbbak a neurophileknél. A plasmasejtes reactio egyelőre megmagyarázhatatlan és prognostikailag a legsúlyosabb. (B. 57.)

Kuchárik József dr.

A friss és haemolysált vérinjectio hatása a vörösvértestképzésre. *I. Schernhardt.* (Haematologica. 1939. 62. I.) Kis mennyiségű (2 ccm), tíz napon át adott sajátvérbefecskendezés, a szerző kisérletei szerint, emeli a vörösvértestek számát. 2—2 ccm destillált vízzel haemolysált sajátvér három napon keresztül történt befecskendezése 6—800.000-rel emelte a vörösvértestek számát. Az utóbbi módszer alkalmazására gyorsabb hatást értek el, mint az izombafecskendezéssel. 20 ccm izomba adott sajátvér és 10 ccm-en felüli, érbe adott haemolysált vért adagolása után a vörösvértestek száma csökkent. (B. 58.)

Mayer György dr.

Teljes pitvar-kamrai block fiatal egyéneken. *H. J. Bower.* (The Lancet, 1939. 34. I.) Szerző két esetet közöl. Az egyik esetben a block súlyos kanyaró után jelentkezett. Az irodalomban eddig még kanyaró után észlelt blockot nem közöltek, hanem az aetiologiai momentum influenza, diphtheria, vagy rheumás betegség volt. A másik eset érdekessége az, hogy munkakisérlet, valamint $^1/_3$ mg atropin injectio után a kamrafrequentia 50-ről 80-ra emelkedett percenként. (B. 59.)

Mihálkovics Tibor dr.

Sulfanilamid adagolás után jelentkezett acut haemolytikus anaemia két esete. *Anapol* és társai. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. 113. 6.) Két esetben sulfanilamid (neoprontosil) lökésszerű adagolása után (egyik esetben 8.0 g. i. m., másik esetben 90 g per os 36 órán belül) 1—2 nap múlva hirtelen haemolyticus anaemia fejlődött ki, mely haemoglobinuriával járt. Serumbilirubin 4.7 mg%, direct volt. A vércsoport meghatározásakor több savóval agglutináltak a vörösvértestek. A vérkenetben a vörösvértestek autoagglutinatiót mutattak. Többszöri vértransfusio teljes gyógyulást eredményezett. (B. 60.)

Mayer György dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A vizelekiválasztás módja a csecsemő- és kisgyermekkorban különös tekintettel annak rhythmikus lefolyására és változására konyhasóadagolásra. *Fröba.* (Jb. f. Khk. 1938. 151.) Ombrometerrel graphikusan és folytatólagosan vizsgálta 24 órán át a vizeletkiürítés idejét és mennyiségét 8 csecsemőn és 2 kisgyermeken. Azt találta, hogy leggyakoribb a vizeletkiürítés a 2—4. hónapban, amikor is napjában 20—30-szor, az 5—6. hónapban már csak 12—15-ször az első év végén pedig 6—10-szer vizel a gyermek. A vizelet napi mennyisége a 3—4. hónapban a legnagyobb (400—500 ccm.), amikor is a bevitt folyadéknak 40—50%-a a veséken át ürül ki. Később, mégpedig az 5—6. hónapban a vizelet napi mennyisége jelentékenyen csökken (200—300 ccm) és az első év végén is csak mitegy 200 ccm körül mozog. Ebben a korban a bevitt folyadéknak már csak 20—30%-a ürül ki a veséken át. Az első félévben a vizeletkiválasztás teljesen szabálytalan, a 2. félévben azonban bizonyos rhythmust mutat olykép, hogy a vizeletkiválasztás maximuma a 8—14 óra, a minimuma pedig a 0. és 5 óra közötti időre esik. Sóhozzáadásra egyes csecsemők fokozott, mások csökkent diuresissel válaszolnak, amit constitutiós okokra vezet vissza. (K. 80.)

Geldrich János dr.

A Gaucher-kór csontelváltozásainak keletkezési időrendje, gyógyulási hajlama, valamint a typikus pigmentatiók tünete. *de Lange.* (Ann. Paediatr. 1939. 152.) Gaucher-kórban szenvedő leánytestvérpár 9 éven keresztül tartó ellenőrzése alatt szerzett tapasztalatairól számol be. Ismételt röntgenfelvétel alapján a jellegzetes csontelváltozások megjelenési sorrendje a következő volt: femur distalis része, ulna, tibia, koponya, gerinc, majd a többi hosszú csöves csontok. Borda- és medencecsontok érintetlenek maradtak. A fiatalabb leányon, kin splenektomia történt, a csontelváltozások nem voltak annyira generalisáltak. Ez a tény ellene szól annak a téves hitnek, hogy a splenektomia általánossá tenné a keratinfelhalmozódást a csontban. Ugyancsak megcáfolja ezt az uralkodó felfogást, hogy Gaucher-kór esetében a periosteum védtelen marad. Egyik esetben ugyanis kifejezett periostalis reactiót észlelt, mely fistulaképződéshez vezetett. A sipolyváladékban Gaucher-sejteknek imponáló sejteket talált. Általában igen jellemzőnek tartja az ismételt felvételek polymorph képét, ami a gyors progressiv elváltozások mellett mindig újabb progressiv jeleket mutat egymás mellett. Jellegzetes, barnás-szürkés nagy kiterjedésű s többnyire maradandó, barnás pigmentatiót figyelt meg a lábszárakon. A vérzéses diathesis gyakori remissiókat mutatott. Közérzetileg változást nem észlelt. Maradandó csontelváltozás csupán a coxa vara, mely a spontan combnyakfractura nyomán jött létre. A testhosszban normalis minus mutatkozott. (K. 79.)

Flesch István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Az acusticus daganatok sebészi gyógykezelése. *Schönbauer.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 7.) Az acusticus daganat lehet operabilis és inoperabilis. Utóbbi, ha hosszas növekedése és localisatiója következtében a hídban elváltozásokat hozott létre. Ezek a középagy ártalma nélkül radicalisan meg nem oldhatók. Egyéb ellenjavallata a műtétnek nincs. Egyesek az ötödik évtized után nem operálnak, szerző azonban idősebb korban sem zárkózik el a műtét elől. Eddigi statistikája szerint eredményei biztatóak. Egyes esetekben a hosszan tartó nyomás a hídban súlyos elváltozásokat hoz létre, amelyek azonban neurologiailag nem mutathatók ki. Ilyenkor a ventrikulographia lehet segítségünkre, amely nemcsak a helyét mutatja a daganatnak, hanem a folyamat kiterjedését is. Szerző hangsúlyozza minden gyanus esetben a ventrikulographia elvégzésének szükségességét. A műtéti előkészítés olyan, mint az agy egyéb térszűkítő folyamataiban és az agy viztelenítésében áll. (Sómentes diaeta, novurit, euphyllin). A beavatkozást helyi érzéstelenítésben végzi, ami teljes fájdalommentességet biztosít. Ha feltáráskor a kisagy prolabál, úgy inoperabilis daganatot gyanít. Ilyenkor csak a kisagy egy részének resectiójával lehet a daganathoz férni. A daganat felett rendszerint liquorgyülem van,

amelyet lebocsátva a daganat felszinre kerül. Ezután következik az arachnoidea leválasztása, majd a daganat eltávolítása tokjával együtt. A műtétet a hídhoz vonuló erek megsértése teszi veszélyessé. (A. 70.)

Hajnal György dr.

Fülkagylólupus átterjedése a csecsnyulványra. *W. Kindler.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 7.) A közölt esetben a fülkagyló lupus ráterjedt a külső hallójáratra, a csontos hallójárat alapjára és a csecsnyulványra anélkül, hogy a középfület és a dobhártyát érintette volna. A szerző ezt úgy magyarázza, hogy a beteg megelőzően, még a csontfejlődés befejezése előtt lupusa miatt röntgenbesugárzásokban részesült. E besugárzások ártalmasan hatottak a csont további fejlődésére, úgy hogy a csökkent resistentiájú csontszöveten a lupusos folyamat jó talajra talált. A therapia a megfelelő csontrészlet gyökeres eltávolításából, bőrgyógyászati kezelésből és a beteg ellenállóképességének növeléséből állott. (A. 69.)

Hajnal György dr.

Az otogen sepsis műtéti kezeléséhez. *Koch F. X.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 4.) Szerző több eset ismertetésével kapcsolatban hangsúlyozza, hogy sinus thrombosis esetén nem mindig elég a sinus sigmoideus- vena jugularis szakasz kiiktatása; továbbra is fennálló septikus hőmenet esetében a lezárt szakaszba torkolló vena facialis communis lekötése is szükséges. Otogen sepsis esetében fontos a folyékony tartalmú, épnek látszó sinus megnyitása és kiiktatása; ennek jó hatását gyógyult esetekkel demonstrálja és megállapítja, hogy e kérdésben az otochirurgusok körében nincs meg a kívánatos összhang. (A. 73.)

Gugi Tibor dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

A complementkötési reactio jelentősége a gonorrhoea kórismézésében és kórjóslatában. *G. Göhring.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 38.) Szerző kisérletes vizsgálatok végzett patkányokon, melyeket gonococcussal, meningococcussal és hurutos betegségeket okozó, a szájban található Gram-negativ coccusokkal kezelve egyformán erősen positiv gonorrhoea complementkötési reactiót kapott. Ugyanezt embereken is sikerrel végezte el. Tehát a reactio positivitása nem bizonyít a betegség mellett, hanem csak utal rá. A reactio minden esetben a fertőzéstől számított 2—3. hétig negativ, 3—4. héttől positiv volt, de zavartalan lefolyás esetében végig negativ maradhat. A prostata, ill. a méh és függelékekre terjedő szövődményekben 70—75%-ban positiv volt, míg go.-os izületi és szivbelhártya gyulladásban 90%-ban. A reactiót e változatossága miatt erős kritikával kell fogadnunk és a kezelés befejeztével alapos vizsgálatot végeznünk. Állandó negativ go.-lelet mellett, positiv complementkötési reactio esetében is a beteget gyógyultnak minősíthetjük. (Sz. 109.)

Horváth Dénes dr.

Az ágybavizelés tünete veleszületett luesben. *M. Grafe.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 39.) Az ágybavizelés, melyet *Pinard* a tabesesek hólyagbántalmaival hasonlít össze és az első pillanatban a veleszületett lues nem fajlagos és nem jellemző tüneténck látszik, mégis sok esetben egyetlen tünet volt, mely kiindulópont lehetett a veleszületett lues felkutatásában. *Pinard* és munkatársai nagyszámú ágybavizelőt vizsgálva, 33.9%-ban találtak positiv serumreactiót. A továbbiak azt mutatták, hogy *Pinard* és *Corbillon* felfogása szerint az ágybavizelők majdnem 80%-ának volt veleszületett luese. A szerző 85 ágybavizelőt vizsgálva 21 esetben (25%) talált veleszületett luest. A vizsgáltak életkora 3 éven felül volt, míg a franciák a második életévet vették alapul. Mindenesetre az ágybavizelés — bár nem biztos tünet —, de fontos segédeszköz a veleszületett lues kikutatására a családi kórelőzményben. (Sz. 110.)

Horváth Dénes dr.

Dermatitis solaris lymphogranuloma inguinaleban. *C. E. Sonck.* (Acta Dermato-Vener. 1939. XX. 529.). Eddig ismeretlen bőrtünetet ír le. A lymphogranuloma inguinaleban szenvedő betegek egy része tavasszal és a kora nyári hónapokban a napfénynek kitett helyen, főleg a nyak, a karok és a manubrium sterni tájékának dermatitisében szenved, amit olykor kötőhártyaizgalom kisér. Az arcon és kézháton ritkább. Napfürdőzés az egész test dermatitisét kiválthatja. A dermatitis az esetek többségében a napfény behatását követő 24 óra alatt zajlik le. Valamennyi beteg Frei-positiv volt. A betegség gyakoribb nőkön, megfelelően a súlyos genitorectalis folyamat gyakoribb voltának. 50 rectalis folyamatban szenvedő nő közül 24; 50 rectalis folyamat nélküli nő közül 18 szenvedett dermatitis solarisban. 15 férfibetegen észlelte. A hajlamosság általában gyógyul az alapbajjal együtt. Felmerül a kérdés, hogy a dermatitis solaris esetek hány százaléka lymhpogranuiomás. (Sz. 111.)

Emődi György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Fül-, orr-, torok- és gégegyógyászat. Gyakorló orvosoknak. *vitéz Tátrallyay (Wein Zoltán)* c. rk. tanár. (Kiadta Novák Rudolf és Tsa Bpest, 1940. 418 oldal, 121 szövegközti ábrával. Ára: 22.— P.) Szerző munkája az első magyar fül-, orr-, torok- és gégegyógyászati tankönyv és azt a célt szolgálja, hogy az általános gyakorlatot folytató, főként vidéki orvos a legfontosabb tudnivalókat elsajátítsa és képes legyen a gyakorlati követelmények elvégzésére. Hazai viszonyaink között különösen szükség volt ilyen könyvre, mert az egyetemi tanulmányi rend mind ezideig nem tette kötelezővé e tárgy hallgatását, sem a szigorlatot, s ezért az életbe kilépő orvosok túlnyomó része csak ekkor tapasztalja ismerethiányának hátrányait és igyekszik az elmulasztottakat pótolni. Örömmel üdvözöljük a hézagpótló, értékes könyvet azért is, mert nálunk az első olyan mű, amely a fülészetet és orr- gégegyógyászatot egy tárggyá egyesíti, amint azt az orvosi gyakorlat, valamint az orvosképzés érdekei egyaránt szükségessé teszik s ami külföldön régen megtörtént és nálunk az egyetemi oktatásban is megvalósult.

A munka általános és részletes részre oszlik.

Az általános részben tárgyalja a a homlokreflector használatának módját, a hallószervre, az orrüregre, a garatra és a gégére vonatkozó bonctani és élettani tudnivalókat, a vizsgálati módszereket és a műszeres és gyógyszeres eljárásokra vonatkozó általános ismereteket.

A részletes rész magában foglalja a halló- és egyensúlyozó szerv, az orr, és -melléküregek, a torok, a gége betegségeit és azok gyógykezelését, a légcső, a bronchusok és a nyelőcső fontosabb bántalmait, a vérképés okait és gyógyítását, a sürgős légcsőmetszés végrehajtásának módjait és végül a szükséges vények gyűjteményét. Az egyes kórformák leírásában kiterjeszkedik az aetiologiára, a kórtanra, avatottan nyújtja a betegségek klinikai képét és a műtéti és conservativ kezelés indicatióit. Emeli a könyv értékét a sok kitünő ábra.

Tátrallyay könyve mindazt magában foglalja, amire a gyakorló orvosnak szüksége van és mindenütt megmondja mikor kezdődik a szakorvos feladata. Különös figyelmet fordít a gyakorlatilag fontos részekre, szemléltetően leírja a nem szakorvos által elvégezhető teendőket és kiemeli azokat a jelenségeket, amelyekből a fenyegető szövődményekre vagy a baj súlyosságára következtetni lehet, amikor azután gondoskodni kell arról, hogy a beteg idejekorán szakember kezébe kerüljön.

Az orvostanhallgatók és a szakorvos-jelöltek is igen jó tankönyvet nyernek benne, amelyből a tárgyat minden vonatkozásában megismerhetik. Szerzője egyaránt ura a fülészetnek és az orr-, gégegyógyászatnak és mindkét irányban kitünően képzett szakember.

A munkának azonban előnyére lett volna, ha a therapiás részekben a saját eljárásainak ismertetése mellett az ettől eltérő álláspontot is felemlítené. Enélkül a tanuló egyoldalú képet nyer bizonyos kérdésekről, ami egy tankönyvben nem kívánatos. Ez az észrevétel a többi között a bódítás gyakori alkalmazására vonatkozik, sokszor egészen rövid tartamú műtéteknél is, úgyszintén a cocain spray rendszeres használatára, a tonsillektomia utáni tamponbevarrásra, a műtét után az analgetikumok igen erélyes igénybevételére. Az egyéni álláspontun kívül a tanulót tájékoztatni kellene arról, hogy a szóbanforgó kérdésekről más, bevált gyakorlat is van. Ezek a kisebb hiányok azonban elenyésznek a könyv komoly értéke mellett és a következő kiadásban elkerülhetők lesznek. A munka annyira becses a gyakorló orvosok és tanulók számára, hogy előreláthatólag ennek megfelelő kelendőséget fog elérni.

A kiadót elismerés illeti meg a könyv izléses kiállításáért és a szép ábrákért.

Lénárt Zoltán prof.

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

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 17-i ülése.

Bemutatás:

Csiky-Strauss Á.: *Roncsolt kéz hasi bőrlebenyes plasticája.* A 2. és 3. ujjak III., a 4. és 5. ujjak II—III phalanxa hiányzik, a megmaradt 3.—4.—5. ujjvég lágyrész és csonthártyanélküli. A hézhát ulnaris oldalán bőr nincsen, az inak szabadok. Feltisztulás után három szakaszban hasi bőrlebennyel beültetéses olasz plasticát végzett. Physikotherapiás kezelés után az utolsó műtétre 6 héttel a szövőgyárban régi munkáját végezte.

Friedrich L.: *Ritka, gastroskoppal kórismézett idegentest a gyomorban.* 55 é. férfi oly röntgenlelettel kereste fel, ami polypust mutat. 4 hónap előtt őszibarackot nyelt egészben, azóta is barackízt érez böfögéskor. Saját vizsgálata csak szilványi idegentestet mutatott, ami gastroskopiával is látható volt. Sebészileg kellett eltávolítani a gyomorból, azóta panaszmentes. Az eset bizonyítja a gastroskopia fontosságát kétes esetekben.

Geldrich J.: *Az egyetemi gyermekklinika Kala—Azar esete.* (Kézirat nem érkezett.)

Makara Gy.: *Lőrincz* és *Szentkirályi* szerint nálunk a Phlebotomus macedonicus előfordul. Felhívja a figyelmet a kutyafertőzésre és a cutan leishmaniasisra, ez utóbbi terjedni látszik Magyarországon, de járványtól tartani nem kell, csak ritka esetek vagy kisebb fertőzött gócra számíthatunk.

Mező B.: *Elkerülhetők-e a nagy sympathicus műtétek?* Megkísérelte a sympathicus idegizgalom okozta érösszehúzódáson alapuló betegségek gyógyítását megismételt adrenalinmentes novocainérzéstelenítéssel. A sympathicus pályákat és ha lehet a zsigerekben lévő sy. ducokat is érzéstelenítenünk kell. 65 é. betegének öregujjai kékesvörösek, lábai fájtak és fonák érzései a térd fölé 15 cm-re terjedtek fel. A hüvelyujjak is elszinesedtek és a kezekben húzó érzés támadt. 10 naponként adott novocain injectióra a láb és ujjak rendes színűek, panaszai megszüntek. 44 é. férfibetegének 15 éve volt hólyaggyulladása. A hólyag befogadóképessége 20 ccm s 5 percenként vizel. 8, részben a hypogastrikus részben a sacralis fonat, majd mindkét fonat együttes érzéstelenítése mellett a hólyag lassan javult. Ma a hólyag befogadóképessége 80 ccm.

Kiss F.: Minkét eset igazolja korábbi morphologiai vizsgálatait, melyek szerint az ereket és a zsigereket csupán egy vegetativ rendszer idegzi be. Ha felfüggesztjük ennek a rendszernek a működését, előáll az ellenhatás. Másik tanulság, hogy legnagyobbfokú az eredmény, ha az érzéstelenítés elvágta a sympathicus idegeket is. Vizsgálatai szerint ugyanis a zsigerek nemcsak a truncusból, hanem a spinalis idegeken át is kapnak vegetativ rostokat. Utóbbiaknak sejtjei is megtalálhatók a csigolyaközti ducokban. Ez a kettős kábel teszi érthetővé a sympathologusok azon közös tapasztalatait, hogy t. i. sympathektomiák után rendszerint recidiva áll be, mert az érintetlen kábel pótolja a kikapcsoltat.

Frigyesi J.: A pruritus vulvae súlyos alakjaiban a n. pudendus perineuralis injectióját végzi alkohollal. Előadóéhoz hasonló tapasztalatai voltak. A nőgyógyászatban a sympathicotomia úgyszólván egyedül inoperabilis carcinomás betegek fájdalmainak csillapításakor jön szóba. A plexus hypogastricus kiirtása, ellentétben az előadó megfigyelésével, a legtöbbször könnyen és elég megbízhatóan kivihető. Előadó nem mondotta, hogy mi módon végzi a hypogastricus fonat érzéstelenítését. Erre más mód nincs, mint a nagy nőgyógyászati műtétek érzéstelenítésére ajánlott paralumbalis anaesthesia.

Babics A.: Az idegek érzéstelenítése alapján az urologiai klinikán alkalmazzák évek óta heveny meliékheregyulladásokban a funiculus idegeinek érzéstelenítését 5—10 ccm 1%-os novocainnal. A fájdalom azonnal megszünik, a gyulladás gyorsan visszafejlődik.

Mező B.: *Frigyesi* prof. kérdésére előadja, hogy a plexus hypogastricust az V. lumbalis proc. transversus felett a csigolyatest mellé vezetett tűvel érzéstelenìti. E helyre 15 ccm. novocain oldatot fecskendez. A pruritus vulvae és az epididymitis novocainozását maga is jó eredménnyel alkalmazta. Újabban az ischio-sacralis érzéstelenítést alkalmazza, amely a praesacralis módszerrel szemben teljesen veszélytelen.

Előadások:

Raisz D.: *Van-e összefüggés a frontátvonulások és a szülés megindulása között?* Egyrészt 4.371 szülés megindulásának időpontját összevetve f. év első hat hónapja alatt Budapest felett végmebent frontátvonulásokkal. Összehasonlítása alapján arra a következtetésre jut, hogy bár a terhesség végét endogen okok határozzák meg, de a szülések ugyancsak endogen úton szabályozott mechanismusát exogen okok is hozzákapcsolhatják a terhesség végéhez. Egyesekben ez a külső körülmény lehet egy erősebb frontátvonulás is, a szülések megindulásának bizonyos rendszeres elosztódásából azonban egy sokkal állandóbb exogen tényező befolyására kell következtetni. Errevonatkozólag csak utal azon összefüggésre, amely a görbe hullámhegye, illetőleg hullámvölgye és egy 24 órának a naptól megvilágított és sötét órái között mutatkozik.

Burger K.: *Jores* szerint a hypophysis hátsó lebenyének pigmenthormonja nagyobb mennyiségben található éjjel a vérben, ami a méhtevékenység éjjel erőteljesebb voltát magyarázza. Kérdés, vajjon az ú. n. nyugtalan napokon gyakoribb-e a *valoban* spontan abortus és koraszülés, illetve kevesebb-e a fájásgyengeség. Ha volna ilyen összefüggés, úgy azokon a napokon talán eredményesebb lehetne a szülés gyógyszeres megindítása, másrészt ilyen napokon fokozottan kellene méhtevékenységet gátló szereket nyújtani fenyegető- és habitualis vetélések és koraszülések esetében.

Pásztor M.: *Féregnyulványgyulladás szerepe a nőgyógyászati bántalmak és főleg a meddőség kóroktanában.* A féregnyulvány és a női nemzőszervek gyulladásos folyamatai átterjedhetnek egyik szervről a másikra. Az appendicitis szerepét a meddőségben két körülmény határozza meg: egyik a petefészekre, másik a kürtre gyakorolt behatása. Előadó három esetet ismertet. A 3 meddő asszonyon appendicitis után raro-hypomenorrhoea, majd kettőn a korai klimax jelentkezett. Meddőségük is minden valószínűség szerint a féregnyulványgyulladás terhére írható. A petevezetékre gyakorolt ártalmas hatás lényege, hogy a féregnyulvánnyal egyidejüleg megbetegszik a medence peritoneuma is és így mind a kétoldali függelék a gyulladás területébe kerülhet. Beteganyagában 115 elsőlegesen meddő asszony közül 41, tehát 35.6% szenvedett féregnyulványgyulladásban. Ezek közül 24-en végzett ismételten pertubatiót, mely az esetek 70.8%-ában végződött negativ eredménnyel. A fogamzóképesség komoly veszélyeztetése miatt nőkön egyéb hasműtétek alkalmával az appendix egyidejü eltávolítása ajánlatos.

A Közkórházi Orvostársulat október 18-i ülése.

Bemutatás:

Csiky-Strauss Á.: *Kettősfalú epehólyag.* Epehólyagot mutat be, melynek fala nagymértékben megvastagodott és a funduson kettősfalú. A tulajdonképeni üregből, amelyben kb. 120 kölesnyi-borsónyi kő foglalt helyet, sondával alig átjárható sipolyon át a kettős fal közötti kisebb üregbe lehetett bejutni, ahol 6 borsónyi kő fekszik.

Bézi I.: Az ilyen tasakok másodlagosan képződtek mégpedig részben, vagy egészben gyulladás termékeiből és az epehólyag falának szabályos rétegeit nem tartalmazzák. Igy ez az elváltozás nem érdemli meg a kettős fal elnevezést.

Csiky-Strauss Á.: A jól látható kettős fal mikroskopice tulajdonképen kettévált fal, ezért az irodalomban eddig használatos „kettősfalú" helyett a „kettévált falú" elnevezést megfelelőnek tartja.

Schifferer J.: *A Takata—Ara reactiót helyettesítő egyszerű kémlés. W. Gros* a Takata-reactiot helyettesítő egyszerű kémlést írta le: a beteg vérsavójának 1 ccm-éhez

„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.

mikrobürettából cseppenként Hayem-oldatot ad. Norm. savó esetében átlag 2.66 ccm-re irreversibilis zavarodást észlel, míg kóros körülmények között elsősorban *Laennec* cirrhosisban — az irreversibilis folyamatot reversibilis csapadékképződés előzi meg.

Előadás:

Pelle L.: *Sikeresen kezelt tetanus esetek tanulságai.* Kilenc tetanusos beteget kezeltek, akik közül mindössze egy halt meg tüdőgyulladásban. Betegeinek az alapos sebellátáson és erélyes serumkezelésen kívül naponta adtak 100 ccm 25%-os magnesiumsulfat oldatot subcutan. Kellemetlen mellékhatást nem tapasztaltak. Azt hiszik, hogy jó gyógyulási eredményeik elérésében a nagy adag 25%-os magnesiumsulfatnak jelentős szerepe van.

Milkó V.: Figyelmeztet a magnesiumsulfat-injectiók után már többször észlelt légzésbénulásra. Protrahált avertin narkosis súlyos tetanus esetekben igen kedvezőnek bizonyult. A serum prophylaxis nem nyújt teljes biztosítékot a tetanus kitörése ellen, gyakori a serumbetegség, de előfordulnak egyéb súlyos szövődvények is, u. m idegbénulás, neuritis, stb.

Kalocsay K.: Ismerteti osztályának nagy anyagán elért eredményeket. Hangsúlyozza a sebellátás fontosságát.

Bézi I.: A békeidő boncolási anyagában a szálka (fa, vagy más növényi), szeg sérülések fordulnak elő főképen. A bőrön át a bőr alatti zsírszövetbe nyomult idegentestek ezek, melyeket nem távolítanak el idejében.

Fejér Á.: *Nehéz fémsók kis adagjának gyógyító hatása.* A szervezetben fellelhető nehéz fémsók közül a vasról beigazolódott, hogy fertőzéses állapotokban a reticuloendothelialis rendszerbe vándorol és ott a cysteinen, glutathionon át a redoxrendszer activálja. Valószínű, hogy az egyéb fémek és fémsók hasonlóan fejtenek ki katalysáló hatást. Előadó a Walbum ajánlotta mangánchlorid 2.5%-os oldatát alkalmazta részben gyűjtőérbe adva (0.5—1 ccm) harmadnegyednaponként, részben per rectum (2—4 ccm) naponként egyszer, vagy kétszer. Bronchopneumonia, endokarditis, cholangitis colitis egyéb kezeléssel ellenkező eseteiben olykor feltűnő eredményt ért el.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 47. sz. *Stockert F. G.:* A gyermekkor psychopathologiájának problémája. — *Wiesener E. H.:* Kisérleti vizsgálatok a thyroxin, prolan, progynon és a vitaminok kölcsönhatásáról. — *Clauberg K. W.:* A diphtheriabacillus-typtoxinek elkülönítésnek kérdéséhez. — *Dischreit I.:* Az erugon (herehormonkészítmény) hatása a fiatal patkányherére. — *Barbier H.:* Reticulocytaszámok ingadozása a keringő vérben és ennek okai. — *Fieschl A.:* A tüszős hyperplastikus lymphopathia. — *Wagner D.:* Oestrogen anyagok helybeli alkalmazása idült fekélyes folyamatok esetén.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 47. sz. *Toegel:* A gonorrhoea rögtöni kezelése ulironnal és albuciddal. — *Geisthövel W.:* Heveny méhkürt és féregnyujtványgyulladás elkülönítő kórisméje. — *Jacobi I.* és *Tigges F.:* A Cushing-tünetcsoport kórszármazása. — *Lucksch F.:* Gyógyult pellagraeset a prágai országos elmegyógyintézetben. — *Hilger:* A kórisme jelentősége a psychotherapiában. — *Schilling E.:* Addison-kór eredményes kezelése cortinillel. — *Klein E. K.:* Tapasztalatok dolantinnel, egy myotrop és neurotrop hatású spasmolyticummal. — *Huber O.:* Veszélyes élesztés. — *Weber F. W.:* Őrző állomás (Wachstation) a belgyógyászati klinikán. —

Medizinische Klinik, 47. sz. *Bingold K.:* A tüdőembólia kórisméje. — *Gontermann:* Sebkezelés a harctéren. — *Krainz V.:* Vizsgálatok a C-vitaminszükségletről a 65. sport-altiszti tanfolyamon. — *Schultz W.:* A fertőzéses mononucleosis és hasonló betegségi állapotok, mint nosologiai problema. — *Griebel:* A gégegümőkór vitaminkezelése. —

FAGIFOR „Cito" lag. orig.
Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup
Idealis enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

Oster E. és *Müller H.:* Garatfertőtlenítés anginos-sal diphtheria esetén. — *Schäfer R.:* Rhodan-húgyanyag (Reoxyl-Thosse) az alszárfekély kezelésében. — *Pfeffer F.:* Elsőleges tüdőrák baleseti eredete, illetve rosszabbodása. — *Kemkes B.:* Járványok és fertőző betegségek háborúban és békében. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 47. sz. *Jagic N.:* A szívtherapia fejlődése és haladása. — *Bibus B.:* A solitaer vese klinikája. — *Chiari O.:* Diabetes a gyermekkorban. — *Fröhlich W.:* A bőr- és nemibetegségek egy fontos bakteriologiai kérdése.

The Journal of the American Medical Association, okt. 28. *W. T. Dannreuther:* Az uterus retroflexiájának és retroversiójának kezelése. — *H. L. Hodes, H. S. Gimbel,* stb.: Pneumococcus meningitis kezelése sulfapyridinnel és annak Na-sójával. — *R. B. Raney:* Sebészi eljárás az angina pectoris roham megkönnyítésére. — *J. V. Klauder* és *A. Cowan:* Corneavizsgálat réslámpamikroskoppal a késői syphilis diagnosisában. — *D. E. Reid* és *H. M. Teel:* Kardialis asthma és acut tüdő oedema, mint a terhességi toxikosis szövődménye. — *S. T. Allison* és *R. Meyers:* Tüdőtuberculosis kezelése sulfapyridinnel. — *C. G. Collins, G. Varino,* stb: Az ovarium theca sejt daganatai. — Nov. 4.: *V. P. Sydenstricker, L. E. Geeslin,* stb.: Riboflavin elégtelenség. — *S. K. Kelson, P. O. White:* Bakterialis endokarditis kezelése. — *M. Friedman, W. W. Hamburger,* stb.: Heparin a subacut bakterialis endokarditisben. — *J. T. King, A. F. Henschel,* stb.: A sulfanylamid bakteriumfejlődést gátló és antitoxikus hatása. — *S. M. Rosenthal:* Chemotherapia sulfanylamiddal. — *G. M. Crawford* és *L. F. Ray:* Seroolgiai eltérések syphilisben. — *C. Bearse:* A colon acut perforáló diverticulitise fiatal egyénekben. — *P. J. Breslich, P. H. Rowe:* Epidemiás enkephalitis Észak-Dakotában. — *J. W. Ferebee, Ch. Ragan, stb.:* Desoxycorticosterone esterek. —

British Medical Journal, nov. 18. *W. Gissane:* Nyílt törések kezelése. — *J. Barcoft:* A respiratiós berendezés intrauterin fejlődése. — *G. Bourne:* Physikalis megerőltetés okozta angina kezelése. — *A. Simpson—Smith:* Inguinalis hernia; új operativ methodus. — *J. W. A. Hunter:* A cervix uteri megtartása prolapsus operatiókban. —

The Lancet, okt. 14. *W. R. F. Collis:* A poliarthritis rheumatica bakteriologiája. — *A. W. Spence:* Testosteron propionat chronikus mastitisben. — *F. G. Hobson:* Fertőzések elterjedése diákotthonokban. — *W. R. Avkroyd, B. G. Krishnan:* Diaetás eredetű stomatitis. — *M. Kenny, E. King* stb.: Prolactin hatása a lactatióra. — *A. H. Walters:* Vércsoportmeghatározó technika syphilis testtel együtt. — Okt. 21.: *V. Z. Cope:* Sebészi hivatás. — *A. Lipschutz, L. Vargas,* stb.: A testosteron tumorellenes hatása. — *E. H. Gillespie, E. A. Devenish,* stb.: A pathogen staphylococcusok előfordulása az orrban és a bőrön. — *W. F. Brook:* Pankreas lithiasis. — *N. Morris, M. M. Stevenson:* D_2 és D_3 vitaminok a csecsemő rachitisében. — *B. M. Nicol:* A gyomorsav befolyásolása ulcus ventriculiben. — *E. Guttmann, A. B. Strokes:* Gyógyszerek hatása myotoniában. — *J. H. Jordan:* Prognosis veszettségben. — Okt. 28.: *H. S. Banks:* A meningococcus meningitis chemotherapiája. — *B. O. C. Pribram:* Epehólyagbetegségek elektrosebészeti műtétei. — *W. G. Campbell:* A sympathicus idegrendszer szerepe a segmentfájdalmakban. — *S. Alstead:* Jódkáli és ipecacuanha, mint köptető. —

Savbázisegyensúly helyreállítására: Eugastrin mite et forte „Certa" - a bélműködést is szabályozza!

Friss növénytherápia
a Postencephalitisnál (Parkinsonismus)
Belladonna „Teep"
individuális adagolás

Irodalom:
Baldauf, Münchener Med. Wochenschrift 2, 54 (1938)
Horn, W., Dtsch. Med. Wochenschrift 36, 1287 (1938)
Zehrer, H., Fortschritte der Therapie 5, 274 (1938)
Kuhn u. Schäfer, Dtsch. Apoth.-Ztg. 27/28, 405/24 (1938)
Dieselben, Münchener Med. Wochenschrift 20, 744 (1938)
Belladonna Teep forte 40 tabl. P. 2.–
1 tabl. = 1 mg. összalkaloida
Belladonna Teep mite 40 tabl. P. 1.80
1 tabl. = 0.5 mg. összalkaloida
Madaus
Szilágyi gyógyszerész DR. MADAUS laboratoriuma

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Markó Dezső dr.* egyetemi magántanárt a „Charité" Poliklinika igazgató-főorvosává választották.

Hainiss Elemér professzort 15 éves egyetemi tanári és 25 éves klinikai működésének érvordulóján klinikája szűkebb körében tanítványai és munkatársai meleg ünneplésbe részesítették.

Orvos a munkásvédelem középpontjában. Az utolsó évek szociálpolitikai kívánalmai kihangsúlyozzák, hogy a korszerű műnkásvédelem központjában az orvosnak kell állania. Orvos nélkül el sem képzelhető a modern iparegészségügy. Ezeknek szükségességét fejtegette az OMAE munkásvédelmi szakosztályában *Pályi Márton dr.* Ismertette a gyári orvos jelentőségét, az alkohol-kérdést, a női- és gyermekmunka szociális vonatkozásait. *Pály dr.* kihangsúlyozta, hogy az orvosoknak meg kell találniok a dolgozók lelkületéhez vezető utat, mert csak a bizalom megnyerése után fejthetnek ki eredményes tevékenységet.

Természetfilozófiai vitaülés. A Magyar Evengéliumi Orvos-Szövetség december 4-én este ½8 órakor a szemklinika tantermében vitaülést tart, amelyen *Reök Iván dr.* főorvos: „Normális-e a mindenség vagy abnormális?" címen tart előadást. Felkért hozzászólók *Kiss Ferenc* prof. és vitéz *Csia Lajos* vallástanár. Az előadást vita követi.

Az angol egészségügyi minisztérium felszólította a londoni olasz kórház vezetőségét, hogy a kórház üzemét továbbra is tartsák fenn. Az angol kórházakat egyébként kiürítették.

Zakopane és Kryniza nagy szállodáit a lengyel háború súlyosan sebesült német katonáinak, valamint az elesettek hátramaradottainak rendelkezésére bocsátják.

Gyógymasszázs és mechanotherapia című kiadmányunk, mit *Dalmady Zoltán* prof. kéziratának átdolgozásával tanítványai: *Benderek István dr.* és *Küllei László* dr. írtak, s amit ezen évfolyamunkban részletekben közreadtunk, egy 232 oldalas zsebkönyv alakjában 29 képpel (masszázsfogások) diszítve megjelent és kiadóhivatalunkban 4 P-ért kapható. 4 P 20 f-ért vidékre és szomszéd országokba is keresztkötés alatt megküldjük. E nagyon hasznos gyakorlati könyvecskével haszára akartunk lenni kartársaink fizikális-therapiai képzettségének.

Az Orvosképzés 5. száma megjelent a következő tartalommal: *Ángyán János:* Bevezető; *Fenyvessy Béla:* A normalis bélflóráról; *Ángyán János:* A gastroenteritis acuta; *v. Duzár József:* Heveny hashártyagyulladások a gyermekkorban; *Somogyi Gyula:* Heveny hasi esetek röntgenvizsgálata; *Neuber Ernő:* A gyomor- és duodenalis fekélyátfuródások és kisérő hashártyagyulladás sebészete; *Szacsvay István:* Az „acut appendicitis"-ről; *Nagy Géza:* A cholecystopathia leplezett formáiról és a gyógykezelés alapelveiről; *Mansfeld Géza:* Az ileus kórélettana; *Novák Miklós:* Az ileus klinikája; *Donhoffer Szilárd:* A heveny hasnyálmirigygyulladás; *Adler-Rácz Antal:* Heveny hasi megbetegedést utánzó urologiai megbetegedések; *Szabó Ince:* A belső vérzés; *Burg Ete:* A méhenkívüli terhességről; *Scipiades Elemér:* A méhfüggelékek gyulladása és azok conservativ kezelése; *Ángyán János:* Pseudoperitoneitis; *Entz Béla:* A heveny hasi megbetegedésekben gyakori diagnostikai tévedések.

Repülő orvosi szemle címen új lap indul, igaz hogy csak „kézirat gyanánt", szerkesztő és kiadó megjelölése nélkül — aminek lehetőségén igen csodálkozunk. De még jobban azon, hogy erre van pénz és van papiros, mégpedig a legpazarabb famentes 70 kilos, pompás karton borítékban, nagy quart formában. Nyomása a ritkasoros gépirást utánozza, csakhogy a csekély tartalom a 23 oldalt betölthesse, így is az utolsó oldal üresen marad. Mindezt azért írjuk meg, hogy feltegyük a kérdést: van-e szükség erre a pazarlásra ma, mikor minket, az orvosi kultura régi hordozóit félterjedelemre nyomorítanak? — És van-e szüksége a repülőorvosoknak erre az évi 4 számra, mikor még az első számot sem tudják szakmunkáikkal betölteni? Mert a „Kankó gyógyítása újabb eszközeinek" ugyan mi köze van a repüléshez? *Gyurik* és *Réti* collegák érdekes rövid cikkei (nálunk 3, illetve 2½ hasáb) elfértek volna jól a mi lapunkban is azzal a három, nem érdektelen, de kissé hosszú lére eresztett „irodalmi szemlével" együtt és eljutottak volna több ezer orvos kezébe. — Előfizetés nincs, talán még ingyen is küldik a kiválasztottaknak.

20.493—1939. K. sz. Szabolcs vm. alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Szabolcsvármegyei „Erzsébet" közkórházban lemondás folytán megüresedett két (2) *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvos kezdő javadalmazása a XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy szobából álló lakás és I. oszt. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *1939. évi december hó 12-én déli 12 óráig* Szabolcs vármegye főispánjához címezve iktatóhivatalomban (Vármegyeháza em. 4. szoba) kell beadni. Elkésve érkezett, vagy a jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszek. Műtősebészi képesítéssel bíró orvosdoktorok előnyben részesülnek.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló okiratot; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét; 6. életleírást (curriculum vitae); 7. köszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Nyíregyháza, 1939. évi november hó 23-án.

Borbély dr., s. k. alispán.

Náthánál **ANARA** - CHINOIN
Gőzeinek beszippantása azonnali könnyebbséget okoz! Használatrakész tubus

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD) minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

137.075. IX. ü. o. 1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az iskolaorvosok működésének szabályozása tárgyában kiadott 1939. évi 136.440 IX. sz. rendeletemmel kapcsolatban pályázatot hirdetek 10 iskolaorvos-egészségtan tanári megbízásra éspedig Komáromban egy férfi, Érsekujváron egy férfi, Kassán két férfi, egy nő, Ungvárt egy férfi és egy nő, Munkácson egy férfi és egy nő és Miskolcon egy férfi iskolaorvos-egészségtan tanár részére. Az iskolaorvosok feladatát képezi a tantervben kijelölt egészségtani órák ellátása mellett a gondjaikra bízott iskolák egészségvédelmének megszervezése az 1939. évi 136.440. IV. sz. rendelet értelmében (megjelent a Hivatalos Közlöny f. évi 20. számában) foglalt módozatok szerint.

Az iskolaorvosok hivatali elfoglaltságukon kívül eső időben külön engedély nélkül is folytathatnak magángyakorlatot. Az iskolaorvos-egészségtan tanárok egyelőre egy iskolaévre szóló ideiglenes megbízást kapnak, mely egy év lejártával meghosszabbítható, de bármikor vissza is vonható. Javadalmazásuk havi 160 P tiszteletdíj és 20 P műszer és anyaghasználati átalány.

A kérvényeket *f. évi december hó 15-ig*, a jelenleg is is alkalmazásban lévők felettes hatóságuk útján, az állásban nem lévők pedig közvetlenül hozzám nyújtsák be. A pályázathoz mellékelni kell az elméleti képesítést (tudori, iskolaorvos-egészségtan tanári, tisztiorvosi vagy községi orvosi, sportorvosi, vagy egyéb szakképesítésüket), esetleg eltöltött eddigi szolgálatot, külföldi egyetemi tanulmányokat, irodalmi működést, egyéb érdemeket igazoló, valamint a személyi adatokat tartalmazó (születési anyakönyvi kivonat, magyar állampolgárság, curriculum vitae). A kérvényben jelezni kell, hogy a folyamodó valamennyi hirdetett helyre, vagy csak bizonyos városokba pályázik, továbbá, hogy a pályázónak milyen más állása, megbizatása van és ezek után milyen javadalmazást élvez. A jelenleg iskolaorvosi alkalmazásban állók is pályázhatnak, feltéve, hogy iskolaorvos-egészségtantanári képesítésük van.

Budapest, 1939. évi november hó 25.-én.

M. kir. vallás és közoktatásügyi miniszter.

8902—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

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

Az állást elnyerni óhajtóknak a m. kir. belügyminiszterhez címzett kérvényüket legkésőbb *f. évi december hó 2-án déli 12 óráig* kell hozzám benyujtaniok. — 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 tudományos működés igazolása (a különlenyomatok egy-egy példányának csatolásával); 5. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, esetleges szakképesítés igazolása; 6. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 7. közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletét igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány; 8 családi állapotot igazoló hatósági bizonyítvány; 9. orvoskamarai tagság igazolása.

Az állás betöltése megbizatás 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.

44/64—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés- és világitással, valamint I. oszt. élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosdokotorok pályázhatnak. A kinevezendő alorvos szolgálatának tartama alatt nem nősülhet meg (nem mehet férjhez) s a kórházban a részére kijelölt szobában bentlakni tartozik. Magángyakorlatot nem folytathat. Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

A kérvény 2 P okmánybélyeggel ellátva s a m. kir. belügyminiszterhez címezve a kórház igazgatóságához adandó be *1939. december 15-én déli 12 óráig.* — A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló okmányt; 4. az ország területén gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló hatósági orvosi bizonyítványt; 6. esetleges szakképzettséget igazoló okmányt; 7. katonai szolgálatra vonatkozó iratokat; 8. orvoskamarai tagság igazolását; 9. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, ill. közintézményben állandó javadalmazással járó és orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, avagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni; 10. Curriculum vitae, nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 11. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 12. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványokat; 13. igazolást arról, hogy a pályázó nem esik az 1939:IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá.

Közszolgálatban állók az 1—8. pontokat törzskönyi lapjuk másolatával is igazolhatják és kérvényüket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak. Amennyiben magyar honosságuk a törzskönyv, ill. szolgálati és minősítési táblázat másolatán hivatalosan igazolva nincs, úgy ezt külön igazolni tartoznak. Azt a pályázati kérvényt,, mely a 9. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehetem.

Gyula, 1939. november hó 24-én.

Kórházigazgató.

710—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórház *1940 január 1-ére sebészeti, nőgyógyászati, urologiai, gégészeti, szemészeti, bőrgyógyászati* és *fogászati* osztályaira, valamint *laboratoriumában 1—1 segédorvosi állásra* pályázatot hirdet. A segédorvosi állás javadalmazása havi 80 P tiszteletdíj. Ugyancsak pályázatot hirdet egy *belgyógyász segédorvosi állásra*, melynek javadalmazása havi 80 P, valamint egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világitás, mosás és 50%-os térités ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezés. A választás egy évre szól, azonban négy izben egy-egy évre meghosszabbítható. Az állások betöltésekor előnyben részesülnek, akik szakképzettséget, a belgyógyász segédorvosi állás elnyerésére pedig gyermekgyógyászati gyakorlatot is igazolnak.

A pályázati kérvények *f. évi december hó 31-én déli 12 óráig* adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatói irodájában. (VII., Szövetség u. 14.)

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 ennek hiteles másolata; *e)* egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; *f)* curriculum vitae; *g)* Budapesti Orvosi Kamarai tagság igazolása; *h)* közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; *i)* esetleges katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; *j)* szakorvosi képesítést igazoló okmányok.

Budapest, 1939. november 25.

Fekete Sándor dr., egyet. m. tanár, kórházigazgató h.

Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék alispánja.

16.932—1939. alisp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mosonmegyei Karolina közkórházban újonnan szervezett *szülész-nőgyógyász rendelő orvosi* állásra, valamint a lemondás, illetve kinevezés folytán megüresedett *segédorvosi* és *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A *szülész-nőgyógyász* rendelő-orvosi állás tiszteletdija a m. kir. belügyminiszter 203.173—1939. sz. jóváhagyó leirata értelmében havi 90 P. *A segédorvosi állás* javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz., ill. a 300—1935. B. M. sz. rendeletekben megállapított illetmény, lakás és I. o. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A *kisegítő orvosi állás* javadalmazása a 257.400—1037. B. M. sz. körrendelet szerint (havi 80 P készpénz).

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. illetőségi bizonyítványt; 3. erkölcsi bizonyítványt; 4. orvosi oklevelet; 5. működési, ill. szakorvosi bizonyítványokat; 6. curriculum vitae-t; 7. orvoskamarai tagság igazolását; 8. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, valamint a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló tisztiorvosi bizonyítványt; 10. a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 9. §-ában foglalt igazolást, illetőleg a 64. §. szerinti tanusítványt.

A kérvényeket Polniczky Lipót Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához címezve, legkésőbb f. évi *december 15-ig* hozzám kell benyujtani. A később érkező kérvényeket nem vehetem figyelembe. Az állások kinevezés után azonnal elfoglalandók.

Győr, 1939. november 21.

Telbisz Miklós dr., s. k. alispán.

Lapunk mai számához Kemény Gyula „Zrinyi gyógyszertár", (Budapest, VIII., József-krt. 10.), gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeltük.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik nov. 19—25. között. E héten a betörési frontok száma és fejlettsége aránylag jelentéktelen volt. A felsiklási frontoknak több napon erős reactiót kellett kiváltoniok. A frontátvonulások részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő eseményei*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
November	19	1	Betörési	Mérsék	Szélélénk. 10 m|mp, szélford. É-ról D-re
	19	5	Betörési	Gyenge	Szélrohamok 7 m|mp-ig
	19	20	Felsikl.	Erős	Praefrontalis eső 11 órától 15 mm
	19	21	Betörési	Mérsék.	Záporeső 1 mm széllökések 10 m|mp
	20	2	Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	20	19	Felsikl.	Erős	Praefront. eső 5 órától 8 mm, nyomászuhanás
	20	20	Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 10 m|mp, záporeső 6 mm
	21	1	Betörési	Mérsék	Szélrohamok 13 m|mp
	21	14	Betörési	Mérsék	Kis záporeső
	22	10	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés 10 m|mp-ig
	23	4	Betörési	Gyenge	Éjjeli szélélénkülés 6 m|mp-ig
	23	18	Felsikl.	Gyenge	Felsikló borulás
	23	19	Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	25	3	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis borulás 12 órától
	25	12	Felsikl.	Erős	Praefrontalis nyomászuhanás és borulás
	25	18	Felsikl.	Mérsék.	Kevé eső, Budán kevés havazás
	25	19	Betörési	Gyenge	Szélelénkülés

HETIREND

Hétfőn, 4-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület Társadalomorvostani Sz. o. ülése: *Kiss L.*: A szinlelés és túlzás szerepe egyes rheumás betegségekben. *Pitrolffy-Szabó B.*: Az urologiai betegségek társadalombiztosítási vonatkozásai. *Szandányi Z.*: Diagnostikai eljárások kockázata és esélye a szociális biztosításban.

Hétfőn, 4-én 7 ó.: a Bp. Orvosi Kör ülése. *Horányi B.*: Az ideg és elmebetegségek megelőzéséről.

Kedden 5-én 3/47 ó.: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. *Lax H.*: A capillaris érrendszer betegségeinek belorvosi vonatkozásai.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

PERPARIN – CHINOIN

a papaverinnél háromszor hatékonyabb,
teljesen ártalmatlan
synthetikus

görcsoldószer

Tabletta - Injectio
Suppositorium - Pulvis

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 49. szám. Budapest, 1939 december 9.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Angyal Lajos: A hüvelykszáji agnosiáról. (1025—1027. oldal.)
Ruzicska Gyula: Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink. (1027—1029. oldal.)
ifj. Szlávik Ferenc: D-vitaminlönkés eredményei. (1030—1031. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (69—72. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés. (1031—1033 oldal.).
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1033—1035. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend. (1035—1036. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

A hüvelykszáji agnosiáról.

Irta: *Angyal Lajos dr.*, egyetemi magántanár.

A testvázlat különböző typusú zavarai által képezett idegkórtani syndromák csoportja 1924-ben a *Gerstmann* ismertette tünetegyüttes révén egy jelentős taggal bővült. A Gerstmann-syndroma ujjagnosiából, jobbbal irányzavarból, számolási és írászavarból áll, legjellegzetesebb összetevője az ú. n. ujjagnosia, amely abban jut kifejezésre, hogy a beteg a kéz ujjaira vonatkozóan tájékozatlan, tehát az egyes ujjakat sem szó vagy írásbeli felszólításra megmutatni, sem megnevezni nem tudja, mert az ujjakat nem ismeri fel. Ez a felismerési zavar egyaránt vonatkozik a saját kézre, más személyek kezére és a kéz képbeli ábrázolására is. Typusos esetekben a tünetegyüttes izoláltan jelentkezik, amikor is mind a mozgás és érzékelés, mind a beszéd és a cselekvés teljesen ép és az ujjakra vonatkozó agnosia mellett más testrészekre, tárgyakra vagy szinekre vonatkozó felismerési zavar sem látási, sem tapintási alakban nem észlelhetők. Jelenleg a Gerstmann-féle tünetegyüttes az idegkórtani kórismézésnek értékes és megbízható gyarapodását jelenti, amennyiben ez jobbkezeseken a b. o. szeglettekervény (gyrus angularis) és a második nyakszirti tekervény közti átmeneti terület sérülését bizonyítja, amint ezt *Gerstmann* első közlése óta számos esetben műtét vagy boncolás által igazoltatott. *Schilder P.* 1931-ben kisérletet tett az ujjagnosia különböző alakjainak klinikai és helyhatározási elkülönítésére. Ennek az elkülönítésnek az az alapja, hogy az ujjagnosiában egyszer az ujjak látási felismerésének a zavara, máskor ujj-apraxiás és végül az ujjak neveinek aphasiás jellegű zavara állhat az előtérben. Ennek megfelelően *Schilder* a gócot az említett angulo-occipitalis átmeneti területtől inkább a nyakszirti lebeny, a supramarginalis tekervény, vagy a felső halántéki tekervénynek a szeglettekervénnyel határos területei felé keresi.

Természetes, hogy az esetek többségében a Gerstmann-féle tünetegyüttes más tünetekkel is szövődik, aszerint, hogy a kórfolyamat a szomszédos agykérgi területek közül még melyik más területekre terjed ki, továbbá, hogy ez csak felületes agykérgi rendszereket roncsolja-e, avagy a mélybe terjedve a kérges test rostozatát, nevezetesen a spleniumot is eléri. Ennek megfelelően szövődhetik a syndroma mozgási és érzészavarokkal, testvázlatzavarral, apraxiás és aphasiás zavarokkal, hemianopsiával, látási agnosiával, constructiv apraxiával, irányzavarokkal, az ú. n. fali, vagy transcorticalis és a Wernicke-féle subcorticalis vagy tiszta alexiával, ezenkívül bonyolult felépítési általánosabb zavarokkal is, így pl. a tér- és időstructura zavaraival, másrészt azonban a tünetegyüttesnek mind a négy tünete egyenként vagy más tünetekkel szövődve is előfordulhat. A Gerstmann-syndromával foglalkozó szerzők közül számosan, így pl. *Isakower* és *Schilder, Lange, Strockert,* stb. úgy találták, hogy a beteg a hüvelykujját gyakran könnyebben felismeri és felmutatja, mint a többi ujját, vagyis, hogy az ujjagnosiás zavar a hüvelykujjra kevésbbé vonatkozik. Az általam 1936-ban közölt esetben a zavar a hüvelykujjat ép oly mértékben érintette, mint a többi ujjakat, nem volt azonban jelen autotopagnosiás zavar sem az arcra, sem a testre vonatkozóan. Az *Engerth* által 1933-ban közölt esetek egyikében az ujjagnosiás részleges autotopognosiás zavar az arcra, különösen annak páros szerveire is kiterjedt.

Robert Klein már 1931-ben megjelent közleményében annak a véleményének ad kifeejzést, hogy a Gerstmann-syndroma lényege az, hogy a kéz egy finoman kikülönbözködött szervből ismét kezdetleges fogószervvé süllyed vissza és ezáltal a faj- és egyénfejlődés során szerzett finom működései, így az írás, rajzolás, számolás elvesznek. *G. Herrmann* szerint is a számolási képesség az ujjakon számalásból fejlődött ki. Ugyanezt bizonyítja egyebek között az a *Benedek* által említett nyelvészeti tény is, hogy a szanszkrit nyelvben a kéz és az „5"-ös számjegy kifejezésére ugyanaz a szó, a „pendzsa" szerepel. *Robert Klein* érdeméül tekinthető, hogy ő a Gerstmann-tünetcsoport értelmezésébe a fajfejlődés gondolatát belevitte és ezzel a syndroma egyes tagjainak a szükségszerű szerkezeti összetartozását vette fel. E felfogás szerint ugyanis a tünetegyüttes gyökere az ujjak felismerésének vagyis a kéz-differentiálódás egy korai fokának az elvesztése, aminek következményeként természetesen zavart szenvednek a kéz további kikülönböződéséből származó térbeni tájé-

kozódás, a számolási, írási és rajzbeli tevékenységek.

Az utóbbi évek folyamán számos betegen alkalmunk nyílt a Gerstmann-syndromához sorolható tünetegyüttesek kórismézésére és ezeknek pontos kórlélektani és szerkezeti elemzésére. Eseteink kórrajzából az idevonatkozó részeket röviden az alábbiakban ismertetem:

1. B. Gy. 54 éves, nős, vámkezelő. 1937 VI. 2.—VII. 9-ig állott a klinikán kezelés alatt. Dg.: Gócos paralysis progressiva. A kórelőzményben előrehaladott, átmeneti beszédzavarok. Felvétele előtt 2 nappal beszéde ismét megnehezült, a szavak nehezen jutottak eszébe. Az idegkórtani és humoralpathologiai leletek a p. p.-t kétségtelenül igazolják. Neurologiai leleteiből itt csak a j. o. kisfokú központi arcideggyengeséget említem. Beszéde aphasiás. Spontan beszédében amnestikus jellegű szótalálási zavarok. Beszédmegértés kifogástalan. A Head-féle módszer szerint végzett vizsgálatok a tárgyak megnevezésénél felmerülő zavaroktól eltekintve kiesést nem mutatnak. Annál feltünőbb az isolált zavar és tanácstalanság, amely főként *a hüvelykujjra és kisebb mértékben a száj és állra vonatkozóan észlelhető.* Amíg ugyanis a beteg az orr, szem, föl, homlok és a II—V. ujjak szóbeli vagy írásbeli felszólításra történő megmutatásakor, megnevezésekor mintán, idegen és saját testen csak elvétve — többnyire csak perseveratiós hibával — téved, a *hüvelykujjat 10 próba közül csak egyszer találja el, de akkor sem biztos benne. Ugyanez a zavar a száj és áll körül is kimutatható, ahol kb. 50% a tévedés.* Irányzavar nincs. Tapintási és látási tárgyfelismerés hibátlan. Képbeli történések felismerése hiányos. Egyébként megtartott színfelismerés mellett az ibolyaszint nem tudja felismerni. Színosztályozás jó. Kifejezett szín-névfelejtés, „Farbennamenamnesie": emlékezésből ismert virágok, pl. nefelejts, buzavirág, orgona, stb. színeit nem képes megmondani. Apraxia nincs. Irása a fali agraphiára jellegzetes Lange-féle hibatypusokat mutatja. Másolás és olvasás ép. Akalkulia nincs. A beteg rajzaiban az ujjagnosiának, mint fali testvázlatzavarnak a kihatása a kéz ábrázolására, továbbá emberábrázolási kísérletek alkalmával általános egyénfejlődési regressiv hiba volt észlelhető.

Ami a góc helyét illeti, a részleges ujjagnosia, a fali agraphia és az amnestikus aphasia egyaránt hátsó fali ártalomra, nevezetesen az angulo-occipitalis átmeneti vidék bántalmazottságára utaltak.

A következő két esetet csak egészen röviden említem fel:

2. V. G. 57. éves, 1937 IV. 21—VI. 25-ig kezelük klinikánkon gócos p. p. diagnosissal. A kórelőzményben ismétlődő iktus paralyticusok, eszméletvesztéssel, kisfokú j. o. reflexfokozódással, a jobb arcideg száji ágának gyengeségével és beszédzavarral. Felvételkor gyorsan javuló amnestikus aphasia. Fali typusú jelzett agraphiás zavarok. Olvasás kifogástalan. Akalkulia nincs. Gnosis és praxis nagyjából megtartott, *azonban pontos vizsgálattal egyes finom autotopagnosiás és színzavarok megállapíthatók. Hüvelyk- és gyűrűsujját a beteg sem megmutatni, sem megnezevni nem képes,* míg a többi ujjak megmutatása és megnevezése jól sikerül. *Hasonló zavar állapítható meg a nyelvre, szájpadlásra, fogsorokra, az alsó ajkakra, állra és az állcsúcsra vonatkozóan.* Enyhe jobb-bal irányzavar, enyhe színzavarok. Súlyos rajzolási zavarok.

Felemlíteném, hogy az első betegünkön az intelligentia mérsékelt beszűkülését észleltem, a második esetben intelligentiahanyatlást nem tudtam megállapítani és a fentemlített tünetegyüttes, nevezetesen a hüvelykujjra és a szájkörüli régióra vonatkozó agnosiás zavar mindkét esetben teljesen visszafejlődött.

3. M. E. 51 éves ügynök-betegünket említem végül egész röviden, aki 1937. I. 28—II. 3-ig lu. cerebri miatt állott kezelésünk alatt, s akin combinált sensoroamnestikus jellegű beszédzavar, súlyos agraphia és alexia állott fenn átmenetileg. A beteg a beszédet egyszerű felszólításokra általában megértette, kivéve, ha a felszólítások az arc egyes részeire, így elsősorban az alsó és felső ajakra és az ujjakra, különösen a hüvelykujjra vonatkoztak. Fenti zavar nemcsak az említett arc és kézrészek megmutatásakor, hanem megnevezés és felismeréskor is mutatkozott. E tünetek mellett még a jobb-bal tájékozódási zavart és a súlyos rajzolási zavart kell felemlíteni. Akalkuliát és hemianopsiát nem észleltem. A látási tárgy- és színfelismerés terén sem volt zavar észlelhető, kivéve, hogy a színcsoportosításkor a világosság-sötétség fokozatok szerint történő osztályozásában időnként kisebb hibákat követett el. Rajzoláskor a minta (Vorlage) kifejezetten zavart, rajzaiban súlyos constructiv jellegű hibák is mutatkoztak. Betegünk tünetei a kezelés folyamán ugyancsak visszafejlődtek s állapota gyorsan javult. Korábbi foglalkozását távozása után zavartalanul folytatta.

Ha eseteinket áttekintjük, úgy kétségtelen, hogy mindhárom betegünk gócát messze a hátsó központi tekervény mögé kell helyezni éspedig a többé-kevésbbé kifejezett Gerstmann-tünetegyüttes, a sensoro-amnestikus typusú aphasiás zavarok, nemkülönben a constructiv-agraphiás zavarok miatt elsősorban a b. o. angulo-occipitalis vidék a határos halántéki terület és a temporo-occipitalis átmeneti területek bántalmazottságát kell felvennünk. Annál feltünőbb tehát, hogy a kéz- és a száj-regio részleges autotopagnosiás jellegű zavarainak a sajátságos összekapcsolódása az említett testrészeknek a központi mezőkben topographiai és működési képviseletére hívja fel a figyelmet. A hátsó központi tekervény somatotopiajához *Dusser de Barenne* strychnin-kisérletei és *Valkenburg, Cushing* és főkép *Foerster* és *Penfield* villamos kérgi izgatásai szolgáltatták a legfontosabb adatokat. A *Foerster* által szerkesztett shema szerint, továbbá *Kleist* és *Krause* adatai alapján a kérgi ingerpontok sorrendben felülről lefelé a következőképen helyeződnek el: alsó végtag, törzs, kar, kéz, 4—5. ujj, 3—1 ujj, hüvelykujj külön, nyak, arc, nyelv, garat, gége. Hacsak a minket jelenleg érdeklő kéz és arc fókuszaira vagyunk tekintettel, úgy működési szempontból az az elrendeződés, hogy a kéz ulnaris területe alatt közvetlenül a radialis ujjak területe helyezkedik el és utána — a jelentéktelen kiterjedésű nyaki ingerpontok közbeiktatásával — a száj területe következik. Ebben az elrendeződésben találhatjuk meg annak a jelenségnek a magyarázatát, hogy kérgi gócok eseteiben az érzészavar gyakran a környéki idegek érzászavar-typusaira emlékeztet, így pl. gyakori a kérgi érzészavarnak az ulnaris typusa. Vannak azonban olyan esetek is, mint pl. *E. Minkin* esete, amikor az érzéstelenség főként a hüvelyk tenyéri oldalára és az azonos oldali szájszögletre terjed ki. Hasonlóak *Sittig, Kramer, Schuster, Goldstein, Gertsmann, Gamper, Lhermittle* és *Claude, Kleist, Richter* és *Sántha* esetei. Mindezek egy fajfejlődésilek ősi mechanismusra látszanak utalni, amely a táplálkozási actussal kapcsolatos. *Foerster* véleménye szerint bizonyos kérgi terület diffus ártalma esetében a fajfejlődésileg ősibb területek könnyebben állanak helyre és *Kroll* ebben keresi annak magyarázatát, hogy az említett ulnaris typusú érzékkiesés sokkal gyakrabban jelentkezik kérgi gócok esetében, mint a hüvelykszáji typusú, mert az ulnaris a kéz fokozódó kikülönbözödésében igen fontos szerepet játszik és a fejlődés rendjén igen későn jelenik meg. *Niessl v. Mayerdorf*nak sikerült egy külön véredényt is kimutatni, amely a hüvelykujj-száji régióit látja el s amelyet ő art. interopercularis parietalisnak nevezett el.

Az említett Foerster—Kroll-féle felfogás szerint tehát a kéreg általánosabb jellegű ártalmaiban a somatotopiás elrendeződésnek megfelelő kiesés mellett a tünetekben működési egységek is szerepelhetnek és ilyenkor a fejlődés rendjén később szerzett functionalis mechanismusok, működési egységek isoláltan és korábban szenvedhetnek.

Ezt a felfogást számos észleletünk támogatja. Igy insulinshokban a szájregió kezdetleges mozgásainak és reflexeinek a felszabadulása és a fogóreflex megjelenése észlelteink szerint kb. egy időre esik; ugyancsak megállapítható, hogy az említett tünetek az előrehaladó shockmélység kapcsán párhuzamosan halványulnak, majd tünnek el. Előfordul, hogy a fogóreflex kiváltása

a szopómozgásokat is előhívja; egy más alkalommal a shokban lévő beteg a fogóreflex kiváltására használt tárgyat szorosan megragadta, azt szájához vive ajkaihoz dörzsölte és ugyanakkor jellegzetes szopómozgások és időnként fogcsikorgatás jelentkezett (l.: Z. Neur. 157. 58. 1.) Ez a két példa világosan szemlélteti a fogási és szopási műveletnek az élettani célszerűségnek megfelelő működési összerendezettségét. De észleltünk idegkórtani esetekben is olyan tünetegyütteseket, amelyek hasonló módon értelmezendők. Igy pl. nem ritkán előfordul, főképen tudatzavarral is együttjáró homlokagycsúcsi folyamatokban, hogy a fogási és a táplálkozási művelet ősi reflexmechanismusaiból egyes töredékek közösen megjelennek. E jelenségek egy része már az idegkórtani diagnostika többé-kevésbbé használható tünetei közé besoroztatott, így a fokozott Mayer- és Léri-tünet, a Hoffmann-, Wartenberg-, Juster-féle tünet és a kényszerfogás — a szájrégio felszabadult reflexei azonban, mint pl. a Benedek-féle naso-oralis, a Sienkievicz-féle naso-mentalis reflexek, a Vulpas—Toulouse-féle reflex, a szopási reflex, a szájjal való megragadás és utánnyúlási reflexek, a Henneberg-féle palato-oralis reflex, stb. még nem bírnak pontos góchatározási jelentőséggel éspedig elsősorban azért, mert a táplálkozási actus ősi művelete nemcsak kérgi, hanem subcorticalis képviselettel is bír, amint ezt a Gamper-féle eset is vitán felülállóan bizonyítja. Mindenesetre kétségtelennek látszik a táplálkozási művelet kérgi képviselete is. Mint a fentebb említett insulinshok-észleletekkel analog tünetet említeném itt még a Marinesco-féle palmo-mentonière reflexet, amely abból áll, hogy a tenyér igzatásakor az állban és a szájszögletben összehúzódás jelentkezik.

Láttuk tehát, hogy a kéz- és a szájregio bizonyos regressiós reflexei gyakran összetalálkoznak, aminek az okát a táplálkozási actus fajfejlődésileg ősi működési mechanismusában kell keresnünk. Eseteinkre visszatérve rendkívül érdekes és a testvázlat szerkezeti és dynamikus felépítettsége szempontjából jelentős az a tény, hogy egyes esetekben isolált részleges autotopagnosiás zavarok jelentkezhetnek az ujjakra és a száj körüli vidékre kiterjedően, illetve, hogy ez a zavar egyes esetekben kifejezetten hüvelykujj-száji typust mutat, bár ugyanekkor az összes klinikai tünetek figyelembevétele mellett az ártalom helye teljes biztonsággal messze a hátsó központi tekervény mögé, az angulo-occipito-temporalis határterületekre helyezendő. Biztosnak látszik ebből, hogy egyes működésileg összekapcsolódott ősi mechanismusok, mint pl. jelen esetben a táplálkozási actus nemcsak a motorika és a beszéd, hanem a testvázlat felépítésében is nagy jelentőséggel bírnak, vagyis, hogy a testvázlat nemcsak a különböző modalitású centropetalis izgalmak alliált kölcsönhatásán alapszik (l. *Benedek—Angyal:* Testvázlatzavarok psychosisokban. Mschr. f. Psychatr. 1939.), hanem hogy annak felépítésében mélyértelmű, ősi működési szerkezetek is résztvesznek.

Érdekkel birna annak a vizsgálata, hogy miképpen változtatja meg a klinikai képet az a körülmény, miszerint a hüvelykujjszáji agnosia, vagy tiszta ujjagnosia van-e jelen, vagy másképen fogalmazva, hogy a táplálkozási művelet szolgálatában álló ősi mechanismust, (amelyben a fogó kéz, mint a megragadás eszköze szerepel és mint ilyen csak két részből áll, úgymint a hüvelykből és a többi 4 ujjból), avagy a finoman kikülönböződött kezet érte-e ártalom? Erre a kérdésre természetesen csak a további esetek pontos szerkezetelemzése adhatna választ s itt csak arra szeretnék rámutatni, hogy — szemben a tiszta Gerstmann-féle tünetegyüttessel — *akalkulia eseteink egyikében sem mutatkozott,* ami talán kapcsolatba hozható azzal a ténnyel, hogy a számolás alapját az ujjakon számolás képezi, amelynek feltétele pedig az, hogy a két részből álló fogókéz a fejlődés rendjén ujjakkal bíró kézzé differentiálódjék.

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink.

Irta: *Ruzicska Gyula dr.*

(Folytatás.)

Méhenkívüli terhes betegeink közül *52-nek (15%) a havibaja egyáltalában nem maradt ki,* azaz a havivérzést a méhenkívül létrejövő petebeágyazódás valószínűleg nem tudta feltartóztatni, az a rendes időben jelentkezett. A leggyakrabban található vérzészavar a kimaradás után jelentkező pecsételő vérezgetés, 206 esetben (60%-ban) frodult elő. Nem jellegzetes vérzés 85 esetben (25%-ban) került észlelésre. Számosan hangsúlyozzák a vérzés viselkedésének jelentőségét és az arra irányuló kikérdezést, mert ilyen módon a nőgyógyászati belső vizsgálat különösen a gyakorló orvos figyelmét jobban rátereli a m. k. terhesség lehetőségére. A leggyakoribb tehát a decidua kilökődését kísérő törmelékes, kávéaljszerű vérezgetés a havibaj rövidebb-hosszabb elmaradása után (60%-ban). A vérzéskimaradás 70 esetben csak 1—2 hetes késés formájában jelentkezett, 4—6 hetes kimaradás 82 esetben, II. hónapos 39, III. hónapos 10, IV. hónapos 3, 8 és 10 hónapos pedig 1—1betegnél fordult elő. A rendetlen typusú vérezgetések mellett, a méhkaparék kórszövettani vizsgálata is támpontot nyujthat a helyes kórismézhez. *A frissebb esetekben, ahol a pete elhalása még nem régen következett be, a deciduát még a méhüregben találjuk és ez magzati eredetű szövetek hiányában a szövettani vizsgálatnál egymagában is nagyon megerősíti a m. k. terhesség gyanúját,* bár ritkán méhüri vetélésnél is előfordulhat a pete előzetes teljes kiürülése úgy, hogy a hullóhártyán kívül mást a méhkaparékban nem találunk.

A méhenkívüli terhesség megszakadásával kapcsolatos hasüri shok révén bekövetkező eszméletvesztés 81 esetben szerepelt betegeink kórelőzményében, de teljes öntudatvesztést csak alig néhány esetben sikerült megállapítani. 241 esetben csak heves görcsös fájdalmak szerepeltek a kórelőzményben, illetve a klinikai észlelésben. Ezen a téren is nagy egyéni eltérések lehetnek, amit a pete elhelyezkedésének kórbonctani viszonyai is érthetővé tesznek. Gyorsan kürtrepedéshez vezető esetekben esetleg csak rövid ideig tartó igen heves görcsök jelentkeznek, míg egy idősebb kürtvetélés tartós heves görcsös fájdalmakat eredményezhet, amelyek szűnnek, majd újra kiújulnak. Ez utóbbiaknál a méhfüggelék körül, vagy a méh mögött lassan kialakuló és szervülő vérömleny igen nehézzé teszi a lobos méhfüggelékdaganatoktól való elkülönítést. A heveny hasüri vérzés gyakran váltott ki a vállakba sugárzó nyilaló fájdalmakat.

A klinikára súlyos heveny vérszegénységgel csupán az esetek 15%-át szállították be, de további 18%-ban a vérszegénység olyan fokú volt, hogy az rátekintéssel már felismerhető volt. 22%-ban csak a mérsékelt és egyéb okból is származható vérszegénység fejlődött ki

az érverés kielégítő teltsége mellett, ami a közvetlen figyelmet már alig hívta fel. *45%-ban pedig egyáltalában nem volt belső-vérzésre utaló tünet. Amíg a felismerés a heveny hasüri vérzésnél könnyű, az az esetek ezen utóbbi felénél nehézségekbe ütközik!* Különösen a lappangva lefolyó és így elhanyagolódó kürtvetélések gyakran vezetik félre az észlelőt. A belső vizsgálat is éppen az egészen friss és heveny esetekben sokszor semmiféle, vagy csak alig sejthető elváltozást talál.

Az elkülönítő kórismézésben klinikánk a legjobb eljárásnak a hüvelyboltozati szúrcsapolást (kolpopunctiót) tartja. Az eljárás gyors, egyszerű és hátrányát sohasem láttuk. Érthetetlen, hogy sokan még ma is idegenekednek tőle. Ezen idegenkedés csak akkor volna jogosult, ha azt nem szakorvos is végezné. A nem teljesen hozzáértő által végzett punctiónál sérülések keletkezhetnek a környező szervekben, véredények sérülhetnek és így téves eredményhez vezető, nagyobb viszérből származó vért kaphatunk. A punctio, ha azt nem követi a műtét, esetleg a vérömleny fertőződését is okozhatja; bár erre vonatkozó észlelésünk nincs. Különösen oldalt, vagy a méhtest előtt letokolódó vérömlenyek felkeresése a punctiós tűvel kényes a melléksértés veszélye miatt, gyakorlatot és szakértelmet igényel, ezért a hüvelyi punctiónak a m. k. terhesség kórismézésében csak a szakorvos kezében van jogosultsága. *226 esetben végeztünk a kórisme tisztázása, illetve kétségtelen igazolása céljából kolpopunctiót. 217 esetben (96%) positiv eredménnyel.* Természetesen hibaforrások itt is vannak. 6 esetben a punctióval a m. kív. terhesség ellenére sem kaptunk vért, hanem savós vagy genyes punctatumot. Ezek elhanyagolt idős, már elhalt és szervülőben lévő m. k. terhességek voltak, részben fertőzött genyes beolvadással. Ezek természetesen nem csökkentik, sőt emelik a diagnostikus puncito értékét. A sarjszövetes lemezek között körültokolt rekeszekben csak savós folyadékot nyertünk. Két punctiónál egyáltalában nem kaptunk vért (magasan eltokolt vérömleny.) Egy esetben pedig egy kiviselt, sőt túlhordott másodlagos hasüri terhességnél az ép peteürbe jutottunk a fecskendő tűjével és víztiszta amnion folyadékot szívtunk a fecskendőbe.

Ezen tapasztalataink alapján csodálkozunk, hogy *Grantow* 116 Douglas punctióval kapcsolatban 8%-ban téves eredményről számol be, amennyiben vért kaptak olyan esetben is, amikor a m. k. terhesség nem forgott fenn. A tévedést a következő elváltozások eredményezték: a méhürt eltömeszelő daganat által a kürtökön keresztül a hasüregbe történő (retrograd) méhvérzés; sárgatest-tömlő megrepedése és vérzése; kétoldali haematosalpingsból eredő vérzés; továbbá vérzés kétoldali csokoládé tömlőből (menstrualo endometrioma) adott positiv eredményt. Sokan más hibaforrásokat sorolnak fel, ami a punctio értékelésénél óvatosságra int. *Ez ismét amellett szól, hogy a módszer kivitele és eredményének elbirálása nagy tapasztalatot igényel és a punctio eredményének a belső vizsgálati lelettel, az egész kórképpel összhangban kell állnia.*

A gyorsan elvégezhető kolpopunctio mellett azonban, ha a műtéti beavatkozás nem sürgős és várakozhatunk 2—3 napig a lobos környezeti megbetegedéstől való elkülönítés céljából, úgy igen jó útmutatással szolgál a *Zondek—Ascheim* (Z—A.-r.) reactio. Klinikánkon a terhességi próbát az eredeti leírástól eltérőleg nagyobb vizeletmennyiséggel végezzük. 3×8—10 ccm-t adunk a nyúl visszerébe. *(Friedmann.)*

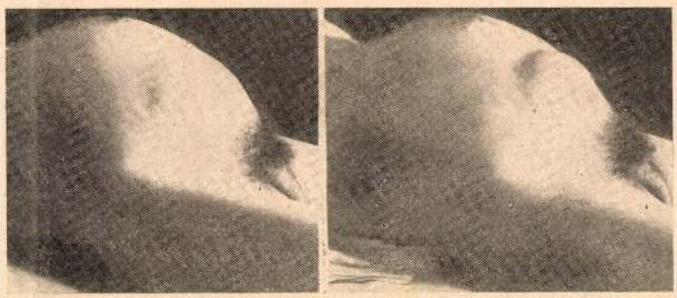
343 méhenkívüli terhességgel kapcsolatban 120 esetben a terhességi nyúlreactiót párhuzamosan alkalmaztuk a hüvelyi punctióval. Ezért anyagunk különösen alkalmas arra, hogy e módszerek teljesítőképességét és értékét megállapitsuk. Gyakran a már tisztázott kórisme mellett a terhességi nyúlreactiót csupán annak a megállapítására végeztük, hogy a műtéti lelettel és a kórszövettani vizsgálat eredményével (ép chorion bolyhok) milyen viszonyba hozható és így a próba gyakorlatilag mennyiben értékelhető. *A 120 terhességi nyúlpróba (Friedmann-reactio) közül 94 (78.33%) positiv és 26 (21.66%) negativ eredményt adott, a méhenkívüli terhesség fennállása ellenére.* Positiv reactiónak csak azokat számítottuk, ahol a petefészek felszinén bevérzett tüszőket, vagy sárgatestképződést is észleltünk. A 26 negativ eset közül ú. n. elsőfokú reactiót 13-ban kaptunk. Ezeken fokozott tüszőérést találtunk és a méhszarvak mérsékelt vastagodását. Bár ez is a felhasznált vizelet gonadotrop hormontartalmára utal, mégis teljesen értékelhető adatokat nem nyújt. A negativ eredményű biologiai próba természetesen, mint anyagunk is mutatja, sem a méhenkívüli terhességet nem zárja ki, sem a módszer megbízhatatlan voltát nem jelenti; az csupán a klinikai kép alakulása következtében válik negativvá. Általában minél viharosabbak a tünetek, annál gyorsabban elhal és leválik a pete. Megszakad a chorionösszeköttetés az anyai vérkeringéssel és így a hormon termelése megszűnik, a reactió gyorsan negativvá válik. Viszont minél csendesebb a klinikai kép, annál hosszabb ideig positiv a biologiai próba. Ez érthető is, mert ezekben az esetekben a chorion teljes leválása hosszabb ideig sem következik be teljesen, sőt másodlagos megtapadás is létrejöhet. Rendes terhesség alkalmával is előfordul negativ Z.—A.-r., de méginkább előfordulhat ez a vázolt okok miatt méhenkívüli terhesség esetében. Megzavart m. k. terhességben a pete részleges leválása miatt a gonadotrop hormon termelése és kiürítése akadályozva lehet, esetleg már a hormonmennyiség nem is elegendő a vizeletben és így keletkezik a részleges hatás, ahol csak tüszőérést és méhszarvduzzadást találunk. Ezt a részleges reactiót egyes szerzők figyelemreméltónak tartják, ha m. k. terhességre van gyanú, de természetesen rendes terhesség megállapítására ez semmiképpen sem elegendő. *Klinkenberg* 39 operált m. k. terhesség esetében 22-szer találta a Z.—A.-r.-t positivnak (56%), 9 esetben negativnak és 10 esetben csak az említett részleges reactio volt észlelhető. *A. Mekler* 58 m. k. terhesség közül 25 positiv, 12 negativ és 21 részleges elsőfokú csak fokozott tüszőéréssel járó reactiót kapott. Megfigyelése szerint a Z.—A.-r. a méhüri vetéléssel szemben a m. k. terhesség esetében hosszabb ideig marad általában positiv és az elsőfokú reactiót is hosszabb ideig adja.

Felhasználtuk a szövettani vizsgálatok eredményét arra is, hogy az élő chorionhám jelenlétéhez kötött terhességi nyúlreactio hibaforrásait ebből a szempontból megvilágítsuk. Ép, élő, jó magfestődésű chorionbolyhok a positiv Z.—A.-r. esetében mindig kimutathatók voltak. A túlélő, széles rostonya- és véralvadékba ágyazott, körültokolt, csökkentfestődésű, vagy elhalt chorionbolyhok esetében a Z.—A.-r. negativ eredményt adott. A Z.—A.-r. negativ esetben chorionbolyhokat már nem is lehetett kimutatni, illetve azok teljesen szétestek *A m. k. terhesség esetében tehát a Z.—A.-r. más vizsgálómódszerekkel összhangban értékes támpontot nyújthat a kórisme számára, azonban positiv esetben bimanualis vizsgálatnak, esetleg punctiónak kell kizárni az intrauterin terhesség, vagy vetélés lehetőségét. A negativ Z.—A.-r. viszont nem bizonyít m. k. terhesség ellen, csupán a pete elhalását igazolja.* Különböző diagnostikus jelek (Douglas-érzékenység, kékesen áttűnő küldök-

gyűrű, vállakba sugárzó nyilaló fájdalom, stb.) és diagnostikus próbák (Wagner-féle pituitrin-próba, stb.) értékelhetősége nagyon gyakran kérdéses s általában ezekre nem is volt szükségünk. A tubaris abortus idült alakja elég gyakran híven utánozza a lobos adnextumor szokott képét s a kórelőzményi adatok megfelelhetnek mindkét lehetőségnek, amennyiben tiltott vetélési kísérlettel kapcsolatban abortus után létrejött függeléklobosodásról is lehet szó. A láz jelenléte nem bizonyít extraut. grav. ellen; azt még fertőzetlen vérömleny is okozhatja, még inkább a belek felől vagy haematogen úton fertőzött haematoma. *Kisebb hőemelkedések általában nem ritkán fordulnak elő, de még a 38 C°-on felüli átmeneti hőemelkedések sem jelentenek mindig gyulladásos kísérő folyamat társulását, illetve vérömleny fertőzöttségét.* A klinikára felvételkor 343 m. k. terhes közül 48-on észleltünk 37.9—38 C°-ot meghaladó hőmérsékletet. Ilyenkor lehetőleg, ha a belső vérzés sürgős műtétre nem kényszerít, ki kell várni a hőmérsék megnyugvását, ami néhány nap alatt be is szokott következni, ha komolyabb szövődmény nincs. A fehérvérkép viselkedése hasonlóképpen bizonytalanságban hagyhat bennünket. Itt a legértékesebb s úgyszólván egyetlen megbízható uralkodó diagnostikus eljárás a helyesen végzett punctio. Tulajdonképen ezek az esetek műtét nélkül is gyógyulhatnak, ha a vérömleny nem volt túl nagy, s az felszívódhat. De az ilyen beteg élete hosszú időn át jelentékeny veszélyeknek kitett. Nincs biztosítva, hogy nem keletkezett-e hasüri terhesség. (ezt csak a Z.—A.-r.-nak többszöri ismétlésével tudnánk kizárni), de nincs biztosítva főkép a vérömleny másodlagos, pl. a belek felől történő fertőződésének kockázata ellen sem. A conservativ kezelés ellen szól ezek mellett a teljes gyógyulás idejének hónapokra elhúzódása. A hosszas lábadozás, mely munkaképtelenné teszi a nőt, nem utolsó sorban vezet arra, hogy a biztos, gyors műtéti megoldást válasszuk. De a vérömleny felszívódása nyomán szervüléses összenövések, végleges súlyos alhasi panaszok is maradhatnak vissza. A hasmegnyitásos műtétet csak olyankor tartjuk tilosnak, amikor a a vérömleny fertőzöttsége nyilvánvaló (magas láz, a punctatum bűzös, illetve a górcsövi vizsgálat szerint bakteriumtartalmú, stb.), amennyiben a közvetlen elvérzés veszélye ilyenkor is nem kényszerít a műtétre. Egy ilyen esetünk volt: a beteget peritonitisben el is veszítettük. Egy másik hasonló esetben köldökig érő haematoma ellenére sem oparáltunk; a gyógyulás csaknem egy évig tartott. Kolpotomiát a legnagyobb veszélynek tartjuk ilyen esetben a csillapíthatatlan vérzés miatt, amely laparotomiára kényszerít s így a peritonitis kivédhetetlen.

Klinikánkon 7 év alatt 14 esetben kezeltük a m. k. terhességet részben conservative, részben kolpotomia útján. Ezeken kívül még bizonyosan több eltokolt vérömlenyhez vezető forma nem is ismerhető fel, mint extraut. grav., hanem mint méhfüggeléklobosodás, méhkörüli izzadmány gyógyul, hosszas kezelés után, vagy mint ismeretlen eredetű medencebeli tályog kerül észlelésre. De bizonyára akadnak olyan lefolyású esetek is, amik nem is kerülnek orvosi észlelésre. A m. k. terhesek egy részét, mint arról egyesek beszámolnak (*Batizfalvy J.*), a hirtelen elhalt egyének közt is kell keresnünk a prosecturák anyagában.

A klinikánkon végzett kolpotomiák száma 1935-ben 25, 1936-ban 22, 1937-ben 32, 1938-ban 30. 1932—38 közt 6 esetben végeztünk kolpotomiát olyan betegeken, kiken a kórelőzmény, részben a positiv Z.—A.-r. m. k. terhesség leletőségét támogata, de a láz, a genyes-véres punctatum, a felpuhulás, nagy érzékenység, stb. a kolpotomiát tette indokolttá és ezek a geny lebocsátása után gyógyultak. Egy esetben a kolpotomia ellenére jelentkező általános hashártyagyulladás következtében vesztettük el a beteget. 8 esetben csupán hosszabb-rövidebb megfigyelés alatt állottak betegeink m. k. terhesség kórisméjével, positiv Z.—A.-r. mellett. 6 esetben az ismételt megfigyelésre berendelt betegen a terhességi próba negativvá vált, s fokozatosan teljesen tünetmentessé lett, a resistentiák felszívódtak. Két esetben a beteg a műtétbe nem egyezett bele, ezek további sorsáról nincs tudomásunk.



a 1. ábra b

Idősebb, a félidőt betöltött hasüri terhességek esetében, ha nem sürgős a vérzés miatt, célszerű azzal addig várni, míg a pete elhalása már több hete bekövetkezett [Z.—A.-r. negativvá válása (*Kovács* prof.)] Ekkor ugyanis a lepény leválasztása a hasüri szervekről nem jár olyan vérveszteséggel. Idősebb hasüri terhesség a III. terhességi hónaptól kezdve, de a IV. terhességi hónapban biztosan röntgenfelvétellel is kimutatható. Az előrehaladott m. k. terhesség esetében jellemző tünet, hogy külsőleg a hasban kitapintható magzati részek (hallható szívhangok) mellett a méhet, esetleg lényegesen megnagyobbodva, de külön tapintjuk. Igen tanulságos ebből a szempontból egyik esetünk: egy 30 éves, először terhes, kinek túlhordott hasüri terhessége a X. terhességi hónapban történt felvételkor teljesen utánozta az élettani terhességet. Méhösszehózú szerek hatására a hasfal alatt elhelyezkedő méh jól elkülönült a hasüri terhesség tömegétől és így a kórismét megkönnyítette. (l.: 1. ábra.) A *Hoehne* ajánlotta pituglandol-próba ennek az ellenkezőjét s az i. v. befecskendezés után a méhenbelüli terhesség esetében a méh összehúzódása által teszi valószínűvé a méhenbelüli terhesség jelenlétét. A hysterosalpingographia a méhür alakjának feltüntetésével, a terehsségnek meg nem felelő oldalranyomott vagy keskeny elnyult részerű méhür révén különíti el a méhenkívüli terhességet az intrauterin terhességtől; azonban a méhenbelüli terhességet, amitől éppen el akarjuk különíteni, ezáltal könnyen megszakíthatjuk. Ugyanez áll a méhür sondázására is. Ezért ezeket az eljárásokat csak igen kivételesen szabad alkalmazni.

A vázolt kórismező módszereink anyagunkban mindig célravezetőnek bizonyultak. Ezt igazolja az is, hogy m. k. terhesség kórisméjével tévesen nem nyitottunk meg hasat.

(Folytatjuk.)

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 gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

D-vitaminlökés eredményei.

Irta: *ifj. Szlávik Ferenc dr.*, egyet. tanársegéd.

Az angolkór a növekvő szervezetnek, így főleg a csecsemő- és kisgyermekkornak általános anyagcserezavaron alapuló csontrendszer betegsége, melynek aetiologiájában helytelen táplálkozás, fény- és vitaminhiány, koraszülöttség, valamint constitutionalis okok szerepelnek. Az eddigi gyógykezelés az említett hiányok pótlásából (quarz, vitamin), valamint a többi ártalmas tényező kikapcsolásából (helyes táplálkozás beállítása, lakásviszonyok rendezése) állott. A kívánt gyógyulás eléréséhez eddig hosszabb időre volt szükség és gyakran eredménytelen maradt, mivel legtöbb esetben az angolkór nem okoz a szülőknek is feltünő elváltozásokat, ezért rendszerint más betegség kapcsán kerül az orvos szeme elé. Ha már most az acut betegség lezajlott, sok szülő hajlamos az orvos rendelte hosszadalmas és költséges angolkór elleni kezelés elhanyagolására, mivel gyermeke nem kelti a beteg benyomását. Nagy szerepe van továbbá az eddigi kezelés helyes beállításának, ugyanis sok esetben hiába adagoljuk hónapokon át a különböző vitaminkészítményeket, ha nem vagyunk figyelemmel a mesterséges táplálkozással gyakran előidézett táplálkozási zavarokra. Ezek egy része gyakori híg széklettel jár, ami megakadályozza a vitaminok nagyrészének felszívódását, másrésze pedig kemény, zsírszappanszékleteket okoz, amikor a bélben lezajló reducáló folyamatok teszik inactivvá a vitaminokat.

Harnappnak sikerült e nehézségeket új módszerével, concentrált D-vitamin egyszeri adagolásával megoldani. *Harnappot* egy véletlen vezette erre a gondolatra, amikor is spasmophiliában az AT 10. készítményt alkalmazta és egyidejüleg az angolkór is meggyógyult. Ennek magyarázatát abban látta, hogy a készítmény erősen szennyezve volt antirachitikus D-vitaminnal. Ez a feltevése beigazolást is nyert, amikor első ízben 10 rachitises gyermeken alkalmazta teljes sikerrel a concentralt D-vitamin egyszeri adagját.

Azóta számos intézetből jelentek meg közlemények, melyek úgyszólván egyhangúlag megegyeztek *Harnapp* eredményével. Erről kívántunk mi is meggyőződni, mikor a klinika rechitises beteganyagán e kezelési módot bevezettük.

Betegeinken kétféle készítményt alkalmaztunk. Kilenc esetben a Merck-gyár készítette vitamin D_2-t peroralisan, amely 1 ccm sesamolajban oldott 15 mg D_2 vitamint tartalmaz, ami megfelel 750.000 antirachitikus védegységnek. Öt esetben pedig a Chinoin-gyár ártal előállított Vitaplex D fortet intramuscularisan. Ez is 15 mg D_2 vitamint tartalmaz és szintén 750.000 I. E.-nek felel meg.

Kezeltjeink kizárólag csecsemők voltak, egy éves korig bezárólag, kik téli és tavaszi hónapokban rachitisükön kívül grippés, pneumoniás és egyéb szövődményekkel feküdtek a klinikán. Ez idő alatt az egyszeri nagy adag D-vitaminon kívül más antirachitises kezelésben nem részesültek.

A rachitis gyógyulását vérserum Ca és P meghatározással, csuklóról készült röntgenfelvétellel és amennyiben craniotabest is észleltünk, úgy physikalis vizsgálatokkal ellenőriztük. A vérserum-vizsgálatokat *Briggs—Fiske* és *De Waard* módszerei szerint éhgyomorra vett vérben végeztük. E vizsgálatainkat csak egy, illetve kéthetenként ismételtük meg, tekintve, hogy legnagyobbrészt súlyos betegekről volt szó. Amint a táblázatból látható, már az első 10 nap után mind a Ca, mind a P lényegesen emelkedett, több esetben a normalis értéket is meghaladta, majd kisebb-nagyobb ingadozásokkal a normalis érték körül maradt.

A csuklókról készült röntgenfelvételeken a javulás, azaz a mészlerakódás a legtöbb esetben a második héten indult meg és általánosságban az első hónap után mondható gyógyultnak. Sajnos eseteink felében a teljes gyógyulást nem tudtuk vizsgálatainkkal követni, mivel acut betegségük lezajlása után kénytelenek voltunk kis betegeinket hazaadni.

1. táblázat. Vitamin D_2 *(Merck)* peroralisan kezelt esetek.

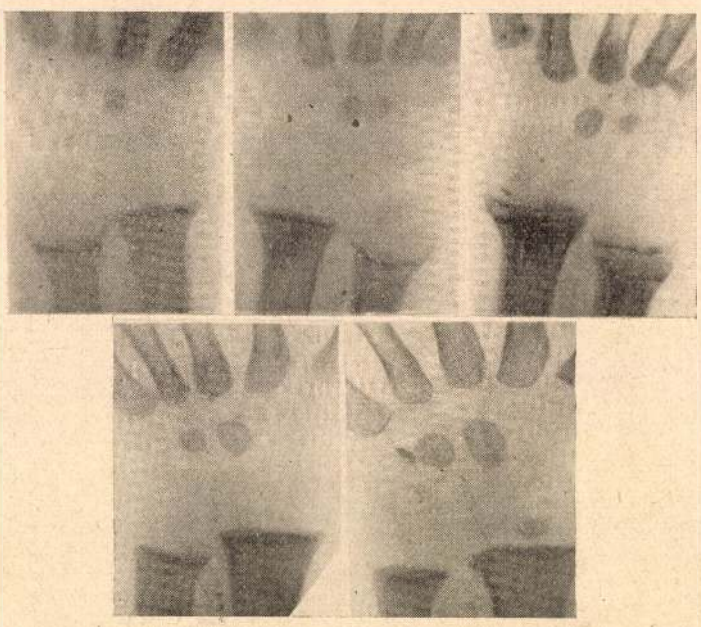
Diagnosis	Vizsgálat ideje a kezelés után	Ca mgr %	P mgr %	Rtg. lelet	Craniotabes
6 hó. Rachitis	*)	10·6	3·8	flor. rach.	++++
Bronchopn. l. d.	4 nap	10·4	4·3	változatl.	++++
Ot. med. s. l. u.	10 „	11·2	7·7	kisf. jav.	++
	4 hét	10·0	5·6	lényeg. „	—
	6 „	11·6	8·3	gyógyult	
	3 hónap	10·6	7·1	„	
6 hó. Rachitis		7.0	4.0	flor. rach.	++++ [1]
Bronchopneum.	10 nap	11·0	4·3	változatl.	+++
Ot. med. s. l. u.	3 hét	10·2	5·3	lény. jav.	—
	8 „	11·2	7·1	gyógyult	
	1 év	11·8	4.7	„	
7 1/2 hó. Rachitis		9·2	5·0	kisf elv.	—
Bronchopneum.	10 nap	13·0	5·9	lény. jav.	
6+ med. s. l. u.	3 hét	14·0	6·3	gyógyult	
Lymphadenitis	5 „	13·2	6·5	„	
9 hó. Rachitis		7·6	5·0	flor. rach.	++++
Ot. med. s. l. u.	10 nap	10·6	6·0	lény. jav.	++
Grippe	1 hónap	10·4	8·7	„ „	—
	1 1/2 „	11·0	7·0	gyógyult	
	1 év	10·9	4·9	„	
3 hó. Rachitis		10·4	4 1	kisf. elv.	++++
Ot. med. s. l. u.	10 nap	13 0	7 6	változatl.	+
	1 év	11 0	5·4	gyógyult	—
7 hó. Rachitis		9·2	3·6	flor. rach.	++++
Grippe	10 nap	9·7	6·2	lény. jav.	+
	1 hónap	10·0	6·4	„ „	—
4 hó. Rachitis		9·4	3·3	kisf. elv.	— [2]
Decompositio	1 hét	9·6	4·4	—	
Grippe					
4 hó. Rachitis		10·0	4·7	kisf. elv.	++++
Hernia ing. l. s.	1 hét	11·5	4·5	változatl.	++
	2 „	10·8	5 2	javult	—
	4 „	12·0	5·2	gyógyult	
6 hó. Rachitis		9·0	3·6	flor. rach	++++
Spina bifida	1 hét	11·2	5.4	változatl.	+
	3 „	9·8	4·2	javult	—
	5 „	11·0	5·3	gyógyult	
	2 hónap	10·6	7·4	„	

*) Az első sorban a kezelés előtti értékek láthatók.
[1]) Lásd az 1. számú ábrát.
[2]) Meghalt.

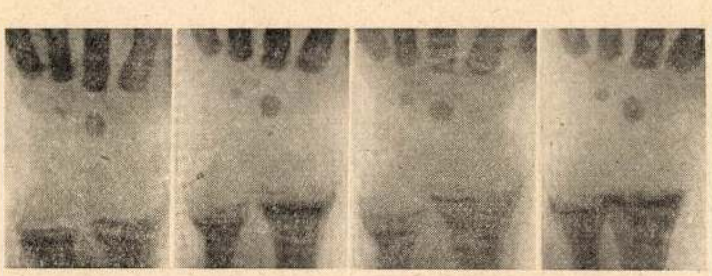
2. táblázat. Vitaplex D forte (Chinoin) intramuscularisan kezelt esetek.

Diagnosis	Vizsgálat ideje a kezelés után	Ca mgr %	P mgr %	Rtg. lelet	Craniotabes
12 hó. Rachitis	*)	9·8	2·9	flor. rach.	++++ [2]
Bronchopn. l. sin.	1 hét	8·4	3·8	kisf. jav.	+++
	2 „	11·4	5·6	lényeg. „	++
	4 „	10·4	7·0	„ „	—
6 hó. Rachitis		10·6	3·8	kisf. rach.	++++ [1]
Bronchopn. Atroph.	1 hét	10·0	5·1	változatl.	++++
Empyema l. d.					
5 hó Rachitis		8·4	2·9	flor. rach.	—
Bronchopneum.	1 hét	9·2	5·0	változatl.	
Ot. med. s. l. u					
12 hó. Rachitis		10·0	3·7	flor. rach.	—
Bronchopn. l. u.	2 hét	9·6	7·4	kisf. jav.	
Chondrodystroph.	3 „	9·4	5·8	„ „	
4 hó. Rachitis		9·4	5·2	flor. rach.	++++
Dyspepsia	1 hét	10·0	6.6	kisf. jav.	+++
		11·0	6·6	gyógyult	—

*) Az első sorban a kezelés előtti értékek láthatók.
[1]) Meghaltak.
[2]) Lásd az 1. számú ábrát.



1. ábra. G. L. peroralisan kezelt eset. L. 1. táblázat, 1. sz. Felső sor: 1. kép, kezelés előtt; 2. kép: 10 nappal, 3 kép 3 héttel a kezelés után. Alsó sor 1. kép: 2 hónappal, 2 kép 1 évvel később.



2. ábra. V. I. intramuscularisan kezelt eset. L. 2 táblázat 1. sz. 1. kép: kezelés előtt, 2. kép: 1 héttel, 3. kép: 2 héttel, 4. kép: 1 hónappal a kezelés után.

Physikalisan az esetek többségében fennálló craniotabes megszünését kísértük figyelemmel és azt találtuk, hogy már az első héten beállott a javulás, mely átlagban három hét után teljes gyógyuláshoz vezetett. Klinikailag e kezelési mód egyéb leírt előnyeit, így a kisérő acut betegség gyorsabb lezajlását, étvágy, kedély javulását, valamint feltünő súlygyarapodást nem észleltünk. Ezzel szemben ártalmas hatásokat sem láttunk, amennyiben sorozatosan végzett vizeletvizsgálatok, ekg-felvételek, (melyekről részletesen *Martyn dr.* számol majd be), kórosat nem mutattak.

Említést érdemel, hogy mind a peroralis, mind az intramuscularis adagolás kapcsán hat betegünkön a bevétel utáni héten nagyobb súlyesést észleltünk. Kérdés, hogy ez összefüggésbe hozható-e a nagy adag D-vitaminbevitellel, vagy pedig az intercurrens betegség kapcsán jelentkező lázas vízkötés utáni súlyesesés okozta. Két esetünkben, egy intramuscularisan és egy peroralisan kezelt csecsemőn pedig *két-három napig tartó gyakori híg székletűrítést észleltünk.* Azonban nem tudjuk, vajjon a vitaminlökés rovására irható-e ez, mert ezek exsudativ csecsemők voltak. Mindkét észleletünk további megfigyelésre szorul, de felemlítésüket más most is szükségesnek tartjuk.

Összefoglalva, valamennyi esetünkben rövid idő alatt jelentkező lényeges javulást láttunk, sajnos egy részében ezt nem tudjuk a teljes gyógyulásig követni.

Három csecsemőn egy év után elvégzett controllvizsgálatkor teljesen normalis állapotot találtunk.

Tekintve, hogy a peroralis alkalmazás nehézségekkel járhat, azonkívül a felszívódás is a bélmillieutől függ, előtérbe helyezzük az intramuscularis adagolást, annál is inkább, mivel eseteinkben semmiféle localis reactiót, infiltratiót nem észleltünk.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Hyperinsulinismus. *R. Thomae.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 33.) A hyperinsulinismus tünete a hyperklykaemia. Előfordulhat a mellékvese, pajzsmirigy, a hypophysis elülső és hátsó lebenyének elégtelensége és a pankreas szigetek fokozott működése (daganat) alkalmával. Feltételezhető azonban, hogy a kimutatható kórbonctani elváltozások nélkül is lehetséges fokozottabb insulintermelés, bár a hypophysis szerepének kizárása ilyenkor nehéz. A hypoglykaemia gyengeséggel, változatos idegrendszeri tünetekkel jár. A beteg rendszerint amneziás a roham alatti viselkedését illetőleg. Súlyos esetekben coma állhat be, mely halálos is lehet. Gyógykezelés roham alatt cukoradagolás, esetleg adrenalin, egyébként étrend, műtét és insulin. Bármennyire is paradoxnak látszik az insulinkezelés, nem kilátástalan a szerző szerint. Abból a feltevésből indul ki,hogy a szigetsejtek működését az exogen insulin csökkentené. (B. 62.)

vitéz Kolta Ervin dr.

Ekg-elváltozások acut perikarditis esetében. *J. B. Vander Veer* és *R. F. Norris.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. 113. 16.) Acut perikarditis sok esetében jellemző ekg-elváltozások észlelhetők. Mindhárom végtagelvezetésben, valamint a szerzők ajánlotta 4. R. elvezetésben (szívcsúcs-jobbkar) az ST szakasz elevált. A végtagelvezetések közül a legfeltünőbb az elevatio a II.-ben, vagy az I. és II.-ben A 4. R. elvezetésben az elevatio még szembetünőbb. Ezen elváltozásokat bármely fajta perikarditis előidézheti, de leggyakrabban az acut purulens perikarditis és haemoperikardium esetében látjuk. A chronikus perikarditisek ritkán okoznak ekg elváltozásokat. Differentialdiagnostikai nehézség csak a szívizominfarctus ekg-jánál fordul elő. Az ST szakasz azonban a szívinfarctusban ellentétesen tér el az I. és III. elvezetésben. Elülső-fal-infarctus alkalmával az ST szakasz az I.-ben elevált és III.-ban depressiós, hátsófal infarctus-

ban pedig a III.-ban elevált és az I-ben depressiós. Régebbi infarctusokban rendszerint kifejezett Q hullámot találunk elülsőfal esetében az I-ben, hátulsó falban a III-ban, viszont perikarditisben a Q rendesen hiányzik. (Kivéve, ha már a perikarditis fellépése előtt is megvolt.) Ritkán, ha az infarctus mind az elülső, mind a hátsó falon egyidőben lép fel, az ST szakasz mindhárom elvezetésben elevált lehet, de ilyen esetben útbaigazít a Q hullám jelenléte, valamint a praecordialis elvezetésben mutatkozó jellegzetes elváltozás. Régebbi esetekben a T. hullám megfordulása kifejezettebb infarctus alkalmával. Acut perikarditis eseteiben a jellemző ekg-elváltozásokat subepikardialis myokarditis idézi elő. A jellemző elváltozások rendszerint pár nap alatt visszafejlődnek. (B. 61.)

Mihálkovics Tibor dr.

A sóanyagcsere. *H. Siedek.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 45.) A konyhasó feltétlenül szükséges az élethez, bár a konyhasó-mentes táplálékon is meg lehet élni, t. i. ilyenkor a vese csaknem teljesen megszünteti a NaCl kiürítést. Ha azonban a kiválasztás nem szünt meg, pl. tejelválasztáskor, akkor a sóelvonás, pl. tehenekre, halálos lehet. A szervezet NaCl-ellátása szükséges a jó közérzethez, testi és szellemi teljesítőképességhez, sexualis functióhoz. Kóros viszonyokban, mint gyulladást fokozó anyag ismeretes a NaCl, amiben a Cl-t tekintik elsőrendűnek (l. Cl.-mentes sókészítmények) holott a Cl más ionokkal (K, NH_3) diuretikum, tehát az Na fővizenyőkeltő. — Hasmenésekben nagy a NaCl vesztesség. Ekkor a RN-anyagok pótolják a keletkezett osmotikus nyomáshiányt. A serum RN annyira szaporodhat, hogy uraemia keletkezik. A NaCl pótlása életmentő lehet. A bélcsatorna stenosisaiban gyakori a NaCl elszegényedés. Vesebajokban a RN emelkedése NaCl csökkenésével jár és fordítva. Addison-kórban a vér és a szövetek NaCl-ban elszegényednek, a K. felszaporodik. Ilyenkor K-gazdag nyers étrend hiba, míg NaCl nyújtása jóhatású. — A bőrön át nagyobb izzadás nélkül is naponta 0.5 cg. NaCl távozik. Erős izzadásban (hajófűtő trópuson) felemelkedhet 20 g-ra. A sóveszteség tünetei adynamia, mint Addison-kórban esetleg görcsök más kis ingerekre. Vízitatás vízmérgezéshez vezethet, tehát NaCl-t kell adnunk. (B. 63.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles (Findeisen) László.*

Az ú. n. achillo-calcaneodyniáról. *Büttner—Heidemann.* (Bruns Beitr. 107. 1.) Az achillo-calcaneodynia gyűjtőfogalom, mellyel a saroktáji fájdalmat szokás megjelölni, de nem diagnosis. Az elváltozások lehetnek az inban, a nyáltömlőben vagy a csontban. Leggyakoribb a bursitis achillea, mely kétoldali is lehet. Oka főleg a cipő nyomása, leggyakoribb nőkön, kiken a magas sarok a kórkép előidézője. Gyógykezelése megfelelő cipő elrendeléséből áll; makacs esetben a gyulladt tömlő kiiktatása. Minden esetben gondolni kell tuberculosisra és osteomyelitisre. (F. 59.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A gyomor-bélfekély átfúródásáról röntgenátvilágítás alkalmával. *Büttner—Fangerau.* (Bruns. Beit. 170. 1.) Előfordulása nem mondható oly gyakorinak, mint azt eddig egyes szerzők felvették. A legtöbb fekélyátfúródás ismeretlen okból contrasttöltés nélkül is bekövetkezhet. A szerzők kimutatták, hogy miután a barium fajsúlya többszörösen magasabb, mindennapi megszokott ételeiknél, azokon a betegeken ahol a fekélyes gyomor, illetve bél motoros functiója kifejezetten zavart, a gyomor teljes telítése contrastpéppel kerülendő. A szabad hasürbe kiömlő contrastpép veszélyesebb, mint a közönséges gyomortartalom. (F. 60.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az eugenikus vasoresectióval szerzett tapasztalatok. *Rumpf.* (Bruns Beitr. 170. 2.) A beavatkozást mindig helyi érzéstelenítésben scrotalis metszéssel végezte és a ductus deferensből lehetőleg hosszú darabot távolított el. Mindkét végét alákötötte és rivanollal átfecskendezte. Szövettani vizsgálat csak kivételes esetben történt. Átlagos gyógytartam hat nap. Megnehezíti a sterilizálást az együttesen előforduló lágyék, vagy vizsérv, a rejtettheréjűség és varicokele, ezeket rendesen, mint külön műtéteket más alkalommal végezte el. Hereatrophiát nem észlelt, a testsúly néhányszor emelkedett, pcyshés elváltozást egyszer sem észlelt. (F. 62.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Horváth Kornél* és *Benedek Andor.*

Az uretereket is infiltráló, előrehaladt collumcarcinomák fractionált röntgenbesugárzása. *Kirchoff.* (Strahlenther. 65. 579.) Az ureterek anatomiai helyzetéből adódik, hogy kismedencebeli folyamatok gyakran ráterjednek és ezáltal súlyos functiós zavarokat, sőt ezek teljes elzáródását okozhatják. Ez collum carcinomákban, mint gyakori halálok szerepel. Szerző a Schröder-klinikán minden collum carcinoma esetben az ureterek systematikus röntgenvizsgálatát is elvégzi, s ha nem is 50%-ra —, mint az egyesek kórbonctani leletek alapján találták — de igen magasra teszi azon esetek számát, ahol az ureterek is résztvesznek a carcinomás folyamatban. A collum carcinomák radium-kezelésével kapcsolatban ismeretes volt már régebben is az ureterek leszorítása a hirtelen jelentkező oedema által, mely gyakran uraemiás halálhoz vezet. Szerző részletesen ismertetett igen érdekes és tanulságos esetei kapcsán felhívja a figyelmet ugyanerre a veszélyre intensiv röntgenkezeléssel kapcsolatban is. Igy már 600 R gócdosis, melyet pl. massiv besugárzásban 3 napon belül kap meg a beteg, jelentkezhet ilyen oedema, mely uraemiás halálhoz vezethet. Ezért ilyen előrehaladott esetekben feltétlenül a fractionált kezelési methodus végzendő, de ez is nagy óvatossággal. Szerző ezen eljárással csaknem minden esetben az infiltratio teljes megszünését s a portio teljes kialakulását érte el. Mindenesetre nyomatékosan utal arra, hogy még igen előrehaladott esetekben se mondjunk le a röntgentherapiáról, mert ha végleges gyógyulást ugyan nem is tudunk elérni, de a betegeket legalább átmenetileg megszabadítjuk nagy szenvedéseiktől. (B. 2.)

Korompai Imre dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Anya és foetus C-vitamin-anyagcseréje. *J. Müller.* (Klin. Wschr. 1939. 9.) Az ellentétes irodalmi adatokra tekintettel a C-vitnamin-anyagcserét tette vizsgálat tárgyává az anya és a foetus között. C-vitamin felhalmozódást a placentában nem észlelt. A foetusban nem talált magasabb C-vitamin értéket. Az anyaállat és a foetus mája hasonló C-vitamin értéket mutatott. Vizsgálatai arra mutatnak, hogy foetusban nincs C-vitamin synthesis, a C-vitamint a placentából kapja. (K. 129.)

Martyn Róbert dr.

B_1 és B_2-vitamin hatása a vízterhelésre a gyermekkorban. *Gatto.* (Klin. Wschr. 1939. 9.) B_1-ből 1—20 mg-t adtak közvetlenül az 500 g-os vízterhelés előtt. B_2-ből 2—4 mg. volt az adag. A B_1-vitamin nem befolyásolta a vízterhelést. A B_2 beadását követően kezdetben csökkent a diuresis, a 2. és 3. órában azonban compensatorikus polyuria jelentkezett. Ennek folytán 4 óra alatt a vízürülés teljesen megegyezett a B_2 adagolása nélküli diuresissel. (K. 130.)

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Savanyított színtejen táplált csecsemők széklete. Tanulmány a zsírok felszívódásához. *Giraud* és *Vidal.* (Nourisson. 1939. 1.). Vizsgálataik szerint a savanyított színtej zsirjának felszívódása általában kielégítő. A zsírok kihasználásának coefficiense 94%, amely nagyon közel áll a nőitej zsírjának kihasználási arányához. Ennek nagy fontosságot tulajdonítanak a szerzők, minthogy a zsíroknak elsőrendű szerepük van a csecsemőkor táplálásában. (K. 131.)

Móritz Dénes dr.

Subarachnoidalis vérzés a gyermekkorban. *Engelhardt.* (Ztschr. f. Khk. 60. 4.). A vérzés lehet a cysternákban az agyidegek sértésével és a convexitáson a kéregsértési jelenségekkel. Tünetek: hirtelen öntudatvesztés, amit fejfájás, tarkófájás, meningismus előz meg. A liquor magas nyobással ürül, véres, friss esetben nem zavaros, de ha a vérzés óta legalább egy nap telt el, xanthochromiás. Pachymeningitis haemorrhaggica esetében a heves fejfájás és kifejezett meningealis jelenségek mellett a liquorlelet negativ és a tünetek lassabban fejlődnek ki. Sokszor combinálódik subduralis és subarachnoidalis vérzés, különösen szülési trauma következtében. A gutaütésszerűen jelentkező vérzés oka lehet C-avitaminosis, mint a szerző egy esetében, továbbá aneurysmák constitutionalis alapon. Jó hatást láttak ismételt lumbalpunctiótól, egyébként vitamingazdag étrend fontos. (K 133.)

Takáts István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Emlékkönyv Verebélÿ Tibor tanári működésének 25. érfordulójára. (1914—1939. Budapest, 1939. Királyi magyar egyetemi nyomda.)

Néhány héttel ezelőtt ünnepelte az I. sz. seb. klinika *Verebélÿ* professor tanári működésének 25. évfordulóját. A fölemelő ünnepélynek egyik megragadó pillanata volt az, amikor a mester tanítványai kezéből örömteljes megindulással vette át a jubileumára készült tudományos emlékkönyvet. Ez a vaskos kötet most előttünk fekszik és minél többet lapozgatunk benne, annál erősebb lesz az a meggyőződésünk, hogy tanítványok szebb és méltóbb emléket aligha állíthattak volna egy tudós és atyai jóságú főnök negyedszázados klinikai működésének.

A 708 oldalra terjedő, külső kiállításában is előkelő izlésről tanuskodó könyvben a régi és új tanítványok csaknem teljes számmal sorakoznak fel, hogy tudásuk legjavával hódoljanak mesterüknek. Az „emlékkönyv" tartalma nem kevesebb, mint 50 tudományos dolgozat 37 szerző tollából. Érdekes és ritka esetekre vonatkozó casuistikus közlemények váltakoznak nagyobb szabású monografikus tanulmányokkal, melyek közül a jövőben nem egy forrásmunkául fog szolgálni a hasonló tárgykörben dolgozók számára. A munkálatok egy része az O. T. T. támogatásával készült.

Megállapíthatjuk, hogy az emlékkönyv minden egyes dolgozata a legszigorúbb kritikát is kiálló, gondos munka eredménye és betekintést enged abba az intenziv tudományos és kutató tevékenységbe, amit a klinika főnökének bölcs irányításával 2½ évtized óta folytat.

A gyomorsebészet, mely a Verebélÿ-klinikának párját ritkító beteganyaga folytán mindig különleges munkaterülete volt, öt kitünő dolgozattal szerepel *Hüttl* prof. *Murányi Marik, Rubányi* és *ifj. Verebélÿ* tanársegédek tollából. *Hüttl prof.* a gyomorfekély műtéti kérdéséhez és késői eredményeihez szolgáltat sok finom megfigyelésre támaszkodó értékes adatot. *Murányi* az agastrikus anaemiák kérdését dolgozta fel nagy alapossággal és arra az érdekes megállapításra jut, hogy a klinikán használatos műtéti technika mellett a gyomorcsonkolásos betegek vérképe kedvezőbben alakul, mint más resectiós eljárások után. *Marik* a fekély miatt végzett resectiók halálozásáról, *Rubányi* pedig a gyomorátfuródások szövődményeiről referál. Külön ki kell emelni *ifj Verebélÿ Tibornak* rendkívüli szorgalomról tanúskodó, lelkiismeretes alapossággal készült nagy statisztikai munkáját, melyben a klinika hatalmas gyomorrák anyagát dolgozta fel az operálhatóság, műtéti halálozás és késői eredmények szempontjából.

Pommersheim a hyperthyreoidismusról szóló terjedelmes tanulmányában tökéletes áttekintést ad e kérdés mai állásáról annak összes klinikai, bonctani, szövet és élettani vonatkozásaiban. Szervesen egészíti ki ezt *Matolcsynak* a hyperthyreosis sebészi kezelését tárgyaló és a klinika idevágó tapasztalatairól beszámoló szép dolgozata, valamint *Nánaynak* 18 év golyvaműtéteinek eredményeit feltüntető tanulságos munkája.. *Neuber prof.* a töréskezelés egyik legújabb eredményes módszerével: a combnyaktörések szegelésével, *Horváth Boldizsár* a veleszületett csípőficamok véres műtéti gyógyításával szerzett tapasztalatait ismerteti. *Puky* a különböző töréskezelési eljárások eredményeit és mechanikai irányelveit vázolja a klinika 1000 esete kapcsán. *Matolay prof.* három érdekes cikkben referál az ágyéki ganglionkiirtásokkal, a habitualis vállficam Clairmont f. műtétével, valamint az általa ötletesen módosított Makkas f. műtéttel elért jó eredményeiről. *Novák* és *Rigler* a klinika hatalmas 3600 esetre vonatkozó 15 éves sérvanyagát dolgozta fel. *Egedy*, a klinika belgyógyásza a vérkeringési szervek műtéti előkészítéséről és postoperativ kezeléséről értekezik. *Ratkóczy prof.* pedig egy gyakorlatilag rendkívül fontos kérdésről, a prae- és postoperativ besugárzások jelentőségéről irt nagy személyes tapasztalatra támaszkodó értékes tanulmányt. Az urologiai sebészetet az emlékkönyvben *Szacsvay* és *Schmidt Albin*, a gége és fülgyógyászat, *v. Tátrallyai* prof. *Krepuska, Szende* és *Szolnoky*, a fogászatot *Jakabházy* érdekes, sok eredeti elgondolást tartalmazó közleményei képviselik.

Figyelemreméltó gyakorlatilag fontos dolgozatokat irtak még *Schmidt Lajos* prof. az emlőrák radium kezeléséről, *Mutschenbacher prof.* a vastagbélgurdélyok átfuródásáról, *Borsos* a gyermekkori sportsérülésekről, *Szenthe* a gyomorbélrendszer fejlődési rendellenességeiről, *Murányi* a gyomorchemismusnak epehólyagkiirtás utáni viselkedéséről.

Az elmondottakon kívül az emlékkönyv még számos kisebb, de nem kevésbbé értékes közleményt tartalmaz *Fabó, v. Dániel, Fináczy, Horváth György, Loessl, Orsós Pázsith, Sailer, Szabó* és *Szepessy* tollából, melyek részletes felsorolásaitól helyszűke miatt kénytelenek vagyunk eltekinteni.

Amint látható az emlékkönyv rendkívül változatos tartalma felöleli a sebészet és mellékágainak úgyszólván egész területét. Olvasásából a sebészet minden művelője sok tanulságot fog meríteni. Dicséret illeti meg *Matolay* professort a szerkesztés gondos és szeretetteljes munkájáért. *Verebélÿ* professor pedig méltán büszke lehet arra a jeles sebészgárdára, mely az ő nevelése és tanítása szellemében ezzel a tartalmas, szép munkával ajándékozta meg a magyar sebészet irodalmát.

Milkó Vilmos dr

Egészségügyi Kalendárium. Szerkesztette: *Faragó Ferenc dr.* Jó formájú, 206 oldalas szép kis könyvet tesznek ki azok a közkedvelt, rövid és népszerű radio-előadások, melyeket a fenti címen hallott és annyira megkedvelt a magyar közönség. — *Faragó dr.* érdemes munkát végzett, mikor ezeket összegyűjtve az Orsz. Közeg. Intézet 8. közleménye gyanánt kiadta. Az első részben a ragályos betegségekről, a másodikban a gyakori betegségekről és ártalmakról, a harmadikban a táplálkozásról, a negyedikben az egészségügy mindennapi kérdéseiről, végül az egészségvédelemről szóló tudnivalókat kapjuk. A könyv ára 3 P.

Vámossy prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 24-i ülése.

Bemutatások:

Szüle D.: *Évek óta fennálló idiopathicus spontan pneumothorax.* 41 é. férfin teljesen észrevétlenül és tünetmentesen zajlik már több mint 4 éve a légmell. Okának tbc-s fertőzést és olyan finom tüdőelváltozást vesz fel, amely röntgennel sem állapítható meg határozottsággal. Az idiopathicus spontan pneumothoraxok nagyrészében — valószínűleg — ilyen finom szöveti elváltozásokat kell feltételeznünk.

Voltay (Wollek) B.: Ajánlja a spontan pneumothoraxot „kora" és „késői" jelzővel illetni. Korai, ha a pneumothorax tüdőben lefolyt betegséghez közvetlenül társul, késői, ha az ilyen betegséghez esetleg csak évek múltán kapcsolódik.

Szüle D.: Bemutatásával nem osztályozni, hanem csak egy esettel akart hozzájárulni a spontan pneumothoraxhoz.

Szüle D.: *Monaldi-féle caverna-szívódrainage kezelés esetei* azt bizonyítják, hogy ez a kezelés lényeges lépést jelent az activ therapiában. Óriási jelentősége abban van, hogy a thorakoplastika műtétek nagy részében kirekeszthetők lesznek az activ therapia sorából.

Előadások:

Went I.: *Antiadrenalin és antithyroxin* A hormonok antigen természetét *Starling* tagadta, ami megfelel az élettani észszerűségnek is. Ez azonban csak chemiailag tiszta és egyszerű felépítésű hormon-molekulákra vonatkozik. Amíg a thyroxin antigenhatása teljességgel kizárható, addig a thyreoglobulinnak parenteralis bevitele különböző immunbiologiai és élettani következményekkel jár, pl. fehérpatkányok O_2-fogyasztása kifejezetten alászáll. Az ilyen állatok reactio-készsége a thyroxinnal szemben is csökken, úgy, hogy azok O_2-fogyasztása csak 15 mg-nál nagyobb adagra emelkedik. Hasonlóan viselkednek a tengerimalacok is. A nyulak O_2-fogyasztása ezzel szemben nem csökkent, hanem kifejezetten emelkedő tendentiát mutatott, O_2-fogyasztásuk pedig thyroxin injectióra megfelelő mértékben emelkedett. A patkányokon és tengerimalacokon megfigyelt jelenségek magyarázata az, hogy a thyreoglobulin antigenként szerepelt, melynek parenteralis bevitele antitestek keletkezését idézte elő. A thyreoglobulinban a thyroxin a fehérjevivőanyag mellett a specifikus gyök szerepét töltötte be, s mint ilyen meghatározta a keletkezett antitistek specificitását. A thyroxin-hatást gátló tényező a thyreoglobinnal kezelt állatok serumával normalis állatokra is átvihető, ami szintén valóságos antihormonok keletkezése mellett szól, amelyek immunanyagokhoz hasonlóan jelentékeny mennyiségben keletkeztek az állatok vérében is.

Felmerül annak lehetősége, hogy hasonló hatásokat egyéb hormonok fehérjevegyületeivel is elő lehet idézni. Ennek a lehetőségnek kisérleti keresztülvitelére ő az adrenalint választotta ki. Adrenalin-fehérjecomplexumok előállítására az adrenalin diazotálását és a diazoadrenalinnak a fehérje molekulához kötését választotta a Pauly-féle

diazoreactio útján. Miután azonban csak primaer aromaticus aminok diazotálhatók, elő kellett állítani egy új vegyületet, az aminoadrenalint. Az adrenalyl-azofehérjékkel és azok immunserumaival végzett serologiai reactiók egyértelműen arra mutattak, hogy a keletkezett antitestek specificitását az antigenek adrenalylgyöke határozza meg. Az a tény, hogy adrenalyl-azofehérjék segélyével specificus adrenalin-immunserumok állíthatók elő felveti annak lehetőségét, hogy az antitestek — éppen úgy, mint a thyroxinellenes immunanyagok — nemcsak serologiai, hanem physiologiai értelemben is antagonosticus hatást fejtenek ki a mellékvese-velőállomány hormonjával szemben.

Belák S.: Az eddigi hasonló munkában is mindig az volt a hiba, hogy az ú. n. hormonantitesteket biologiai reactiókkal mutatták ki, pedig az a kérdés, hogy igazi antitestekről van-e szó, csak serologiai módszerekkel dönthető el, mert biologiai ellenhatást nem valódi antitest természetű anyagok is kifejthetnek. Ugyanaz a helyzet az előadó kísérleteiben is. Hogy a *fajidegen* thyreoglobulin antitesteket termel, az természetes, de *homolog* hormon készítményekkel eddig ilyeneket nem sikerült előállítani és ezeknek a physiologiában biztosan nem is lehet szerepük. Egyébként valószínűnek tartja, hogy egy belső secretiós mirigy érzékenysége akkor is csökken, ha az illető hormont nem fehérjekötésben, tehát nem antigenképes alakban adagoljuk huzamosabb ideig.

Issekutz B.: A diazoadrenalin természetesen nem azonos az adrenalinnal, tehát abból, hogy a szervezetben a diazoadrenalin-fehérjével szemben antitestek keletkeznek, egyáltalán nem következik az, hogy ezek az adrenalinnal szemben is hatásosak. Kár, hogy az errevonatkozó s döntő fontosságú kisérletek még hiányoznak.

Kiss P.: Kérdés, hogy vajjon fajlagos fehérjével szemben tud-e a szervezet antianyagokat termelni. Az emberi szervezet pathologiás körülmények között, ha elegendő ido áll rendelkezésre, azonos fajú fehérjékkel szemben antianyagokat termel. Septicus gyermekeken néha hónapokon át másod-harmadnaponként alkalmaznak vérátömlesztést s egyik-másikán „serumbetegség"-nek mindenben megfelelő kórkép alakult ki.

Laczka S.: Antihormon termelésre vonatkozólag felvilágosítást adnak azok a kisérletek, melyeket pruritus vulvae és kraurosis vulvae esetén végzett. E betegségekben magas folliculnimennyiséget adagolnak, melyek hatására a hormontükör egy bizonyos szintet elér s azt fokozni nem lehet.

Went I.: Igaz, hogy élettani viszonyok között a szervezet sohasem termeli a hormonokat immunbiologiailag activ alakban. Előadásának bevezető részében ugyanezt fejtette ki. — *Issekutznak* megjegyzi, hogy a felelet mindaddig problematikus marad, amíg az adrenalin azofehérjékkel való immunizálás következményei nemcsak serologiai, de élettani szempontból is tisztázódnak.

Huzella T.: *A tüdőalveolus histo-physiologiája.* A tüdőalveolusok szerkezetére és működésére, a légzés és a vérkeringés kölcsönhatásainak mechanismusára vonatkozó, a levegő és a vér közötti gázcsere élettani és kórtani megítélésében alapvető egyes vitás kérdésekre irányuló szövettani vizsgálatait és a tüdő kötőszövetes vázrendszerének mesterséges állati rostanyag oldatából előállított modelljein végzett szövettenyésztési kisérleteit ismerteti. A kötőszöveti sejtek az idegen rostanyagból kialakított mesterséges alveolusokat a természetes alveolusfalban található ú. n. „septumsejtek" módjára népesítik be a mesterséges vázrendszer rostalakjaihoz símulva és alkalmazkodva. A tenyésztett, embryonalis tüdőlebenyből származó hámsejtek viszont a mesterséges alveolus alaphártyán hámszerűen elterülnek, sejthatáraik photoimpraegnatio útján ezüsthálózat alakjában tűnnek fel és a természetes tüdőalveolus hű képét mutatják. Vizsgálatai szerint „légzőhám" nincs, a gázcsere nem élő sejthártyán keresztül, hanem a kötőszövet élettelen sejtközötti állományából kialakuló, rostokkal átszőtt hártyarendszeren át történik. Az alveolusfalak felületén elhelyezkedő sejtek a hártyarendszer termelésben, kialakításában, fenntartásában és mechanismusának physikai és chemiai szabályozásában szerepelnek.

Az alveolusok és a hajszálerek időszakosan váltakozó szűkülését és tágulását a tüdő szellőzésnek és vérkeringésének kölcsönhatásában az alveolusfalakat és a hajszálereket egységes rendszerbe foglaló rostszerkezet mechanismusának activitása az alveolusfal és a hajszálerek rostos hártyarendszerére a gázcsere folyamán gyakorolt chemiai hatások mechanikai értelemben érvényesülő visszahatásaként nyilvánul meg.

A Közkórházi Orvostársulat november 8-i ülése.

Előadások:

Torday Á.: *a) Migrainnel kapcsolatos hyperglykaemiás állapotról.* Néhány migrain és főfájásban szenvedő betegének a vércukorértékei alacsonyak voltak. Egy beteg cukormegterhelésére csekély volt az emelkedés. — *b) Páncélszív esete:* 65 éves betegén decompensatiós tünetekkel kapcsolatban a bal kamrát páncélszerűen körülvevő perikardialis meszesedés látható.

Petrovics L.: *Tüdősérv esete.* Egy veleszületett tüdősérv eset kapcsán annak keletkezését, a tüdősérvek okait általában és a diphragmalis sérvvel szemben az elkülönítő tüneteket ismerteti.

Hainiss E.: *A szoptatási nehézségek megelőzése és kezelése.* Az anya részéről mutatkozó szoptatási nehézségek általános, rövid tárgyalása után a rhagadok megelőzésével és kezelésével foglalkozik. Végigmenve az összes kezelési eljárásokon az osztályon kipróbált excoriatin nevű oldattal lefolytatott jó eredményekről számol be. Ennek leglényegesebb tényezője a gyors fájdalomcsökkenés és az, hogy a szoptatás zavartalanul folytatódhat a kezelés tartama alatt, valamint a gyors hámregeneratio.

Raisz D.: A *Hainiss* prof. által mondottakból sok minden nem valósítható meg a szülészeti osztályok újszülöttanyagán, de ez nem a szülészek meg nem értésén, hanem a kevés ápolószemélyzeten múlik. Osztályán pl. az összes újszülötteket — köztük nem egy a koraszülöttek száma — egy gondozónővér látja el. A szoptatási nehézségek megelőzésének a terhesgondozókban kell kezdődni, amelyeknek az emlők megvizsgálása és a leendő anyáknak e tekintetben tanáccsal ellátása ép úgy a feladatkörükbe tartozik, mint akár a medence megmérése. A bimbó előkészítésére nem elegendő a mosogatással edzés, hanem azokat a terhesség utolsó hónapjában szívóharanggal naponta többször ki kell huzogatni. Az így kezelt bimbóból az újszülött könnyen szopik, ritkább a rhagad. A mastitisek kezelésben a sajátvérinjectiók kitünően beváltak, annak tudja be, hogy 6 év alatt csak egy elgenyedt mastitis látott.

Szili J.: A themát azért hozták a Közkórházi Orv. Társ. elé, mert a szülőintézetek elsősorban hivatottak a csecsemőhalandóság csökkentése végett mindent elkövetni, nogy a szoptatási lehetőségek maximumra fokoztassanak. Osztályán évek óta a terhesellenőrzés egyik feladata a szoptatás előkészítése, sajnos azonban a szülőnőknek csak mintegy 25%-a járt előzetesen a *terhesellenőrzőben.*

Dóczy I.: *A gerincvelő szúrt sérüléseiről.* A gerincvelő szúrt sérüléseinek ritkaságát anatomiai helyzete magyarázza. Prognosis szempontjából óvatosnak kell lenni, mivel a kezdeti súlyos tünetek egy részét a sérülést körülvevő bevérzés és collateralis oedema okozza és az ezen okozta tünetek később felszívódás révén megszünnek.

Kallay F.: *Veleszületett epehólyaghiány esete.* 57 éves férfiről számol be, kin epekőműtét közben epehólyaghiányt állapítottak meg. Choledochusban 10 db főttborsónyi facetált kő. Hepaticus drainage. Gyógyulás igen ritka.

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

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának október 16-i ülése.

Előadás:

Sós J.: *Vizsgálatok a néptáplálkozás alkotó elemeinek kölcsönhatásáról.* Tiszántúli falúban néptáplálkozási vizsgálatokat végzett. A táplálkozási adatok feldolgozása részben a helyszínről származott tápanyagoknak vegyi elemzése után történt. Az egyes táplálék-elemekre vonatkozó mennyiségi eredményeken túl fontossága a vizsgálatnak, hogy rámutatott az egyes járulékos tápanyagok (vitaminok és ásványi elemek) arányának fontosságára és arra, hogy az aránylag rosszul táplált kategóriába tartozó egyének is valamilyen ösztönös hatás következtében némely kiegészítő tápanyagot a szükséges mennyiségben fogyasztják.

v. Berde K.: Nem tartja valószínűnek, hogy a vizsgált községben halmozottan észlelt ekzemák oka a mészben szegény víz ivása volna. Javasolja e kérdés eldöntésére a pusztán artézi vizet ivó Szeged és a csupán erősen meszes „karszt" vizet ivó Pécs város viszonyainak összehasonlítását.

Mansfeld G.: A vizsgálatok betekintést engednek az ember táplálkozási ösztönének kérdésében. Ennek mennyileges részére már számos vizsgálat igyekezett világosságot deríteni, a *qualitativ* oldalát azonban még alig vizsgálták. Ezért kell örömmel fogadni e munkásságot, melynek egyik legfontosab eredménye az a ténymegállapítás, hogy a szervezet megérzi, ha a táplálék összetétele hiányos és mind a vitamin, mind az ásványi anyagok iránti szükségletét ösztönösen kielégíteni igyekszik. Egyetlen esettől — a japánok beri-beri tömegbetegségétől eltekintve — nem igen tudunk arról, hogy akkor, amikor az ember szabadon választhatja a táplálékát, hiánybetegségek jelentkeznének. Tudva, hogy a szervezet bizonyos fokig a vitaminhiányt megszokja, arra lehetett gondolni, hogy a rosszul táplált kategóriákban is ilyen megszokással találkozunk. Előadó vizsgálatai azonban azt mutatták, hogy nem erről van szó, hanem öszönös táplálékcorrectióról. Hogy mi módon vesz tudomást a szervezet a táplálék elégtelen összetételéről és milyen berendezések késztetik a hiányok kiküszöbölésére, azt további vizsgálatok hivatottak eldönteni.

Jendrassik L.: A vizsgálatok lényegesen vigasztalóbb képet mutatnak az előző évtized egyes ily irányú kutatásainál. Példákat sorol fel, melyek a hiányzó tápanyagok ösztönszerű keresésére mutatnak. Francia szerzők a magnéziumhiány rákokozó hatására utaló nézeteit egyelőre nem látja összehangolhatónak az ionhatások élettanának tényeivel.

Október 23-i ülés.

Bemutatások:

Szüle D.: *Tbc-s cavernák gyógyítása Monaldi-féle eljárással.* Lényege: specialisan szerkesztett műszerrel a cavernák pungálása és állandó drain bevezetése útján negativ nyomás fenntartása a cavernákban. 10 esetben végezte a fenti kezelést. Egy fiatal leány solitaer cavernája 10 nap alatt zárult, több esetben az üreg megkisebbedése hetek alatt észlelhető, sőt záródáskoz közeledőnek látszik. E műtéttel igen sok plasticára ítélt beteg cavernája gyógyítható meg.

Lajos L.: *Egyoldali adnex-hiányról.* A méhfüggelékek egyoldali hiánya ritka rendellenesség. A pécsi női klinika 14 éves anyagában egy esetet észleltek: 20 éves ♀ P-n, aki vérzési rendellenességei miatt már többizben állott kezelés alatt, s miután már minden beavatkozást megkíséreltek, normalis genitalis lelet mellett a baloldali galambtojásnyi descendált petefészket resecálták. Műtét közben kitünt, hogy egyes csepleszkötegek a jobboldali függelékek és Douglastájára letapadtak, a jobboldali ovarium teljesen s a kürtnek pedig kb. kétharmada hiányzik. Minthogy a hiányos függelékek oldalán összenövéseket láttak, azt a nézetet vélik megerősíteni, hogy az ily esetek méhenbelüli életben, vagy a korai gyermekkorban bekövetkezett gyulladás, esetleg torsio következményei.

Előadás:

Lajos L.: *A szülés előtti magzati elhalálozásokról.* A pécsi női klinika több mint 13 éves anyagában 10.068 szülésből 122 magzat 121 esetben 1.2%-ban halt el, már a szülés megindulása előtt. A halvahordottak között a kora magzatok 15.71%-kal gyakrabban fordulnak elő, mint az érettek. Az előbbiek születése 21 és 30 éves anyáktól a leggyakoribb, míg az utóbbiak túlsúlya a 31—40 éves anyákra jut. A szülés megindulása előtt elhalt magzatok esetében a medence és harántfekvések gyakorisága az átlagnak kb. háromszorosára emelkedett. Kiderült az is, hogy a magzat a méhenbelüli elhalás után, az esetek kb. négyötödében két hét leforgásán belül távozott, míg a kiviselt esetek születése valamivel gyorsabban következett be, mint a koramagzatoké. A lues a magzatok világrajövetelét sietteti. A Wa.-ra vizsgált 107 esetből positiv volt a reactio 19.62%-ban. *Gellhorn* szerint a vérbajnak hydramnion keletkezésében szerepe van, az adataik is emellett szólnak, mert a lueses macerált magzatokon 14.28%-ban észleltek hydramniont. A torz és macerált magzatok születésének fele hydramnionnal szövődött. Luesen és hydramnionon kívül a magzat terhesség alatti elhalálozásnak leggyakoribb oka toxicos; trauma, túlhordás, erysipelas és heveny fertőző betegségek, mint ilyen okok ritkábban szerepelnek. Az antenatalis prophylaxisnak reális eredményekkel biztató terepe a tudomány mai állása alapján a nephropathiák, az egyéb toxicosisok és a lues.

A Debreceni Orvosegyesület október 19-i ülése.

Bemutatás:

Domokos K.: *Extraperitonealis oleothorax esetek.* Operált eseteiből három oleothoraxot és egy még csak levegővel töltött olajtöltés előtt álló extrapleuralis pneumothoraxot mutat be. 3 jobboldali és 1 baloldali cavumos, nyílt, csúcs- és felső-tüdőmező elváltozás. A betegek műtét után 6—8 héttel tünetmentesek. E műtétnek a plastica felett kétségtelenül igen nagy előnyei vannak, bár technikailag nehezebb, gyakoribbak a complicatiók s az utókezelés néha elhúzódik. A complicatiók a technika tökéletesedésével azonban egyre csökkennek. *Graf* szerint e műtét hivatott a plombot és thorakoplasticát kiküszöbölni. Nézete szerint e műtéttel a plomb teljesen kiküszöbölhető, míg a plastikai beavatkozásokat teljesen helyettesíteni nem tudja, csupán jól megválasztott csúcs és felső tüdőmező folyamatokban.

Előadás:

Jáki Gy.: *Az emlőrák.* (Kézirat nem érkezett.)

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 48. sz. *Lepeschkin E.:* A normalis és kóros elektrokardiogramm elektrophysiologiás magyarázata. *Dienst C.:* Szövetsavanyítás és vizenyő. — *Storz H.:* A genuin hypotoniáról. — *Köllensperger F. R.:* Cardiazol hatása a béka reflexeire. — *Decker C. Th.:* A hőmérsék befolyása a vörös vérsejtek süllyedési sebességére. — *Wurm H.:* Endophlebitis hepatica obliterans tömeges fellépése a csecsemőkorban.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 48. sz. *Schretzenmayr A.:* Járványtani tapasztalatok a kínai-japán háborúban. — *Oeller H.:* A depot-insulin hatásmódja napi egyszeri injectio mellett. — *Dirr K.* és *Stinger-Munzert H.:* Vércukormeghatározás és a vér e célból történő előkezelése a laboratoriumi vizsgálat számára. — *Göbbel Fr.:* Lipasemeghatározás diabetikusok vérsavójában. — *Mondry F.:* Dorsalis csontdudor az első ékcsont-lábközépcsonti ízületen. — *Slauck A.:* Rheumatismus a szakértő szempontjából. — *Hoeflmayr L.:* Sport, háborús táplálkozás és a teljesítőképesség fokozása. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 48. sz. *Wagner-Jauregg I.:* A paralysis progressiva jelenlegi kezelése. — *Weber H. F.:* A húgyszervek gümőkórja. — *Hollusteiner H.:* Adat a thyreotoxikosisok és hyperthyreosisok gyógyításához — *Fuhs H.:* A normalis bőr ápolása. — *Glingar A.:* A férfigonorrhoea gyógyszeres kezelése. —

Medizinische Klinik, 48. sz. *Demencke G.:* Hogyan kell az 1914—1918-as háborúban sérültek szolgálatképességét el-

Echepat + Strychnin + P + As =
Echepartan „Certa"
10×1·1 Kem = P 3·50

„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.

bírálni? *Hoche O.:* A háborus sebesültek kezelése. — *Weichmann E.:* A szív teljesítőképességének megítélése. — *Sommer K.:* Therapiás adat a csökkent hormonalis functio klinikai képéhez. — *Engelmann F.:* A szülés megindítása elhúzódó fájás esetében. — *Wetzel U.* és *Watz M.:* Vérátömlesztés javallatai a belgyógyászatban. — *Eitner H.:* Astheniás állapotok kezelése synthetikus mellékvesekéreghormonnal. — *Brandenburg K.:* Elektrokardiographiás vizsgálatok B1-vitamin hiány esetében. — Miben halnak meg a lupusbetegek?

La Presse Médicale, 87. sz. *Joao Porto:* A koszorus erek ostium elzáródásának két esete aortitis lueticában. — *Borges de Souza A.:* Retinaleválás. Statistika. Műtéti technika, Eredmények. — *Reynaldo dos Santos:* Septikus lépinfarctusok. — *Correia M.:* A szív koszorus ereinek anastomosisai. — *Sousa Pereira, Alvaro Rodrigues* és *Carvalho R.:* A lumbalis sympathektomia, ágyéki novocaininfiltratió, intraarterialis novocaininjectio, egyoldali splanchnicus idegresectio és ezen eljárások értékének összhatása a végtagok collateralis vérkeringésének kifejlődésére. — *Prates M.:* Elsőleges rosszindulatú májdaganatok Mozambique portugál gyarmat bennszülött lakóin. — *Sa Penella L.* és *Morato M.:* Pigmentált bőrepithelioma négy esete. — *Moniz de Bettencourt I.:* A carotistestecs működéséről. —

The Lancet, nov. 25. *W. M. Denison:* Égési és forrázási sebek kezelése a gyermekkorban. — *E. Davis:* Öröklékeny familiaris purpura simplex. — *J. Elam:* Vinesthene érzéstelenítés az általános gyakorlatban. — *W. E. Tanner* és *T. H. C. Benians:* A duodenum congenitalis diverticuluma. — *T. Moore:* Vesekő alkali-therapia következtében. —

VEGYES HIREK

Személyi hír. A kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére megengedte, hogy *Bakay Lajos dr.* ny. r. tanár, a Budapesti Orvosi Kamara elnökének, valamint *Verebély Tibor dr.* ny. r. tanár, az Országos Orvosi Kamara elnökének a közegészségügy és kultura szolgálatában kifejtett kimagasló munkájáért teljes elismerését tudtul adják. A közszeretetben álló professorokat ért magas kitüntetés a magyar orvostársadalom körében igaz örömet keltett.

Az Orsz Balneologiai Egyesület rendezésében *Jureczky László dr.,* Tátralomnic fürdőorvosa előadást tart „Újabb klimatologiai gyógyeredményekről a magaslati iontosphaerában" címen a Gellért-szálló dísztermében dec. 13-án, szerdán este 1/2 7 órakor. Az egyesület az érdeklődő orvosokat szívesen látja és szolgálni véli a két nemzet közötti baráti jóviszont, minek további megerősítése érdekében a magyar egyesület fog a tavasszal a Szlovák Balneol. Tud. Társaság rendezésében előadást tartani Pozsonyban a budapesti fürdőkről és a Balatonról.

A Berlini Akadémia 1939. nov. 17-től dec. 2-ig tartotta meg nemzetközi orvostovábbképző tanfolyamát: *„Ein Querschnitt durch die neueste Medizin, dargestellt von ihren Schöpfern"* címen. A tanfolyamon közel 500 résztvevő jelent meg. A rendezőség az előre nem várt érdeklődésre tekintettel a Langenbeck—Virchow-ház nagy előadótermét választotta az előadások szinhelyéül, amely minden nap szinültig megtelt. Külföldi hallgatók Dániából, Svédországból, Norvégiából, Lettországból, Bulgáriából, Jugoszláviából, Szlovákiából, továbbá Columbiából, Chiléből, Ecuadorból, Boliviából, Georgiából, Mexikóból, Indiából és Japánból jelentek meg. A közelmultban beállott visummegszorítások miatt a magyar orvosokat csak a berlini Colegium Hungaricum ezidőszerinti tagjai *Martyn Róbert, Fejes Katalin, Pallós Károly* képviselhették. A meghívott külföldi előadók közül *v. Euler* (Stockholm), *Aaser, Holst* (Oslo), *Schüffner* (Amsterdam) és *Balogh Ernő* (Budapest) prof.-ok jelentek meg. A két utóbbit a nyugatindiai trópusi betegségek leküzdése, illetőleg a venás légembólia functionalis pathologiája és kisérleti therapiája címent tartott előadásaik után a tanfolyam vezetősége a német rádió számára adandó interjura kérte fel. A külföldi résztvevők számára a német polgári és hadbavonult orvosok vezetői a Bristol-szállóban ünnepi vacsorát adtak, majd a tanfolyam befejeztével a Falkensee-i lengyel fogolytábor megszemlélésére kirándulást rendeztek, ahol a látogatók meggyőződhettek a hadifoglyok mind egészségügyi, mind élelmezési, valamint foglalkoztatási szempontból folyó emberséges gondozásáról. A tanfolyam sikere *Adam* professornak a Berlini Akadémia igazgatójának fáradhatatlan buzgóságát dicséri, aki a potsdammi Palace-szállóban tartott díszebéden búcsúzott el igen meleg szavakkal külföldi vendégeitől.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen nov. 29-én: *Nagy Ilona Rozália, Rétfalvi Andor Ádám, Strifler György, Buttyán Kornél.* Üdvözöljük az új Kartársakat.

68—1—1939. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló m. kir. Állami Szemkórházban megüresedett *tiszteletdijas kisegitő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kisegitő orvos javadalmazása 100 P havi tiszteletdíj, továbbá a kórházban egy szobából álló lakás, ingyen fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés, mely utóbbiért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A kisegitő orvosi állás egy év időtartamára szól és további egy évre esetenként meghosszabbítható.

A m. kir. belügyminiszterhez címzett és szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *1939 december 30-án déli 12 óráig* nálam kell beadni. Elkésve érkezett, vagy a jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetem.

A kérvényhez csatolni kell: 1. Hatósági erkölcsi bizonyítványt; 2. Magyar honosságot igazoló okiratot; 3. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 4. Egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvet és szigorlati bizonyítványokat; 5. Életleirást. (Curriculum vitae); 6. Közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 7. Katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. Különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. Családi állapotot igazoló hatósági bizonyítványt; 10. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázók orvoskamarai tagságának igazolását; 11. A pályázók az 1939. évi IV. tc. értelmében származásukat igazoló okmányokat is csatolni kötelesek.

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

Az a pályázati kérvény, mely az előző bekezdésben előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, vagy elkésve érkezett, figyelembe nem vehető.

Budapest, 1939. évi december hó 1.-én.

Nónay Tibor dr. s. k., megbízott igazgató.

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

465—1—1939. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A kassai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, 1 bútorozott szobából álló lakás, fűtés és világítással, valamint I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak. A kinevezendő alorvos szolgálatának tartama alatt nem nősülhet meg, (nem mehet férjhez) s a kórházban a részére kijelölt szobában bentlakni tartozik. Magángyakorlatot nem folytathat.

A kérvény 2 P-s okmánybélyeggel ellátva, a m. kir. belügyminiszterhez címezve, a kórház igazgatóságához kell *1939. december 30-án déli 12 óráig* benyujtani.

A kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. Születési anyakönyvi kivonat; 2. Hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. A 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §- értelmében igazolást arról, hogy a pályázó nem esik az 1939:IV. tc. 1 §-ában meghatározott korlátozás alá; 4. Magyar honosságot igazoló bizonyítvány; 5. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, 6. Orvosi Kamara-i tagság igazolása; 8. Nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betölt-e vagy sem. Ha betölt az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. 9. Esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; 10. Katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 11. Curriculum vitaet, nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 12. Egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 13. Egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványok.

Az állás betöltésére elsőbbségi igényük van azoknak, akik a 2.300—1939. M. E. sz. rendelet 1. §. rendelkezései alá esnek, (Megjelent a Budapesti Közlöny 1939. febr. 26-iki 47. számában). Az igényt a kérvényben meg kell említeni és az igényjogosultságot megfelelő okiratokkal kell igazolni. Idegennyelvű okiratok magyarnyelvű hiteles fordítását is csatolni kell.

Közszolgálatban álló pályázók az 1—7. és 9—10. pontokat hivatalos törzskönyvi (vagy szolg. és min. táblázat) másolattal is igazolhatják s kérvényüket felettes hatóságuk által láttamoztatni tartoznak. A törzskönyvi (szolg. min. tábl.) másolat csak azon adatok igazolására szolgálhat, amelyek rajta fel vannak tüntetve. A többi adat külön okmánnyal igazolandó.

A későn érkezett, vagy kellően fel nem szerelt, különösen az 1—8. pontokban előírt mellékleteket nem tartalmazó kérvény figyelembe nem vehető.

Kassa, 1939. november hó 30-án.

Kórházigazgató.

Az expectin expectorans rövid idő alatt elmulasztja a görcsös köhögést is. A légutak gyorsan feltisztulnak, a nyálkakiválasztódás bőséges. A nagyon kellemes ízű cseppeket gyermekek és felnőttek egyaránt szívesen szedik.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. (Ujpest) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését mellékeltük.

Ad. 225—1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló losonci m. kir. állami kórházban áthelyezés folytán megüresedett *alorvosi állásra* a m. kir. belügyminiszter utasítása alapján másodszor pályázatot hirdetek.

Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak és az állás kinevezés után 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 II. oszt. (pansio) élelmezés, melyért az önkéltségi ár 50%-a megtérintendő.

A m. kir. belügyminiszterhez címzett és szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket 2 P-s okmánybélyeggel ellátva a „Budapesti Közlöny"-ben történt harmadszori közzétételtől számított 15 napon belül nálam kell beadni. Elkésve vagy a jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe. Az alorvos alkalmazása 2 év tartamára ideiglenesen történik, s esetleg újabb 2 évre meghosszabbítható.

A kérvényhez csatolni kell: 1. Hatósági erkölcsi bizonyítványt, mely 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 egészséget igazoló, újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 7. Katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területéről pályázók orvoskamarai tagságának igazolását. 10. A pályázók az 1939. évi IV. tc. 1. §-ának értelmében származásukat igazoló okmányukat is csatolni tartoznak.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől is, hogy közhivatalokban, közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölniök.

Az a pályázati kérvény, amely az előző bekezdésben előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, vagy elkésve érkezett, figyelembe nem vehető.

Losonc, 1939. évi november hó 3-án.

Bakay György. dr. s. k., igazgató-főorvos.

Vitajecol standardizált csukamájolaj. 1 g-ban 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és íztelen, miáltal a legkényesebb gyermekeknek is —, akik egyébként a csukamájolajat íze miatt nem bírják — könnyen adható. A „Vitajecol" gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsirsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajnak különleges tápértéket biztosítanak. Kalóriaértéke *Poulsson* szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható, tuladagolás veszélye nélkül. Indicált: rachitis megelőzésére és kezelésére, osteamalakia, fogcaries, tuberculosis ,scrophulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag íztelen és szagtalan

standardizált csukamájolaj

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D vitamint.

Indikációk: rachitis, spasmophilia, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis; általában csukamájolaj helyett.

Adagja: csecsemőknek 1—3 kávéskanállal, gyermekeknek 1—3 gyermekkanállal, felnőtteknek 1—3 evőkanállal naponta.

Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari Kft. **Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.**

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay-u. 21.

Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék alispánja. 16.932—1939. alisp. szám. *

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mosonmegyei Karolina közkórházban újonnan szervezett *szülész-nőgyógyász rendelő orvosi* állásra, valamint a lemondás, illetve kinevezés folytán megüresedett *segédorvosi* és *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A *szülész-nőgyógyász* rendelő-orvosi állás tiszteletdija a m. kir. belügyminiszter 203.173—1939. sz. jóváhagyó leirata értelmében havi 90 P. *A segédorvosi állás* javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz., ill. a 300—1935. B. M. sz. rendeletekben megállapított illetmény, lakás és I. o. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A *kisegítő orvosi állás* javadalmazása a 257.400—1037. B. M. sz. körrendelet szerint (havi 80 P készpénz).

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. illetőségi bizonyítványt; 3. erkölcsi bizonyítványt; 4. orvosi oklevelet; 5. működési, ill. szakorvosi bizonyítványokat; 6. curriculum vitae-t; 7. orvoskamarai tagság igazolását; 8. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, valamint a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló tisztiorvosi bizonyítványt; 10. a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 9. §-ában foglalt igazolást, illetőleg a 64. §. szerinti tanusítványt.

A kérvényeket Polniczky Lipót Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához címezve, legkésőbb f. évi *december 15-ig* hozzám kell benyujtani. A később érkező kérvényeket nem vehetem figyelembe. Az állások kinevezés után azonnal elfoglalandók.

Győr, 1939. november 21.

Telbisz Miklós dr., s. k. alispán.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik nov. 26—dec. 2. között. Ez a hét frontokban gazdag volt és a mindkét csoportba tartozó frontérzékenyeknek erős reactiókat kellett mutatniok. A frontok részletes adatai.

	Átvonulás' ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
	hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
November	26	11		Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 9 m|mp-ig
	26	20		Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 13 m|mp-ig
	27	2		Felsikl.	Erős	Praefrontalis eső 21 órától 5 mm, éjjeli melegedés
	27	3		Betörési	Mérsék.	Kis szélelénkülés, záporeső 0·2 mm
	27	6		Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	27	13		Betörési	Gyenge	Kis zápor
	27	16		Betörési	Gyenge	Egy szélroham 6 m|mp
	27	17		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	27	21		Betörési	Gyenge	Szélrohamok 8 m|mp
	27	22		Betörési	Gyenge	Kis szélrohamok
	28	0		Betörési	Gyenge	Órákon át megismétlődő kis szélrohamok
	28	5		Betörési	Gyenge	Néhány szélroham
	28	6		Betörési	Gyenge	Kisebb szélnyugtalanság
	28	10		Betörési	Gyenge	Szélnyugtalanság
	28	11		Betörési	Mérsék.	Erős szélnyugtalanság
	28	13		Betörési	Mérsék.	Szélroham 16 m|mp-ig, erős praefrontalis borulás
	27	22		Betörési	Gyenge	Kis szélnyugtalanság
	29	0		Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 9 m|mp
	29	1		Betörési	Erős	Szélrohamok 15 m|mp
	29	10		Betörési	Mérsék.	Szélcsend után szélrohamok 14 m|mp-ig
	29	16		Betörési	Gyenge	Uj szélelénkülés és postfrontalis borulás
	30	6		Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső éjféltől, 1 mm
	30	11		Betörési	Gyenge	Szélelénkülés
	30	15		Betörési	Erős	Szélvihar 17 m|mp-ig, záporeső 10 mm
Dec.	1	12		Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső 6 mm, köd és nappali sötétség
	1	13		Betörési	Erős	Hirtelen szélvihar 17 m|mp, záporeső 2 mm
	2	15		Felsikl.	Gyenge	Altostratus-felhők felvonulása 10 órától

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1939. évi 5. szám 123. oldalán.

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

HETIREND

Kedden, 12-én, 6 ó.: a Magy. Gyermekorv. Társ. ülése. *Fekete A.:* Morbus coeruleus. *Gerlóczy F.:* és *Barla-Szabó L.:* Érdekesebb nyaki daganatok csecsemőben. *Hainiss E.:* Pylorotomia utáni jelenségek értékelése a csecsemőkorban. — *ifj. Szlávik F.* és *Farkas K.:* Természetes úton kiürült intussusceptum. *Sonnauer P.:* Pleuritis interlobaris.

Kedden, 12-én, 3/47 ó.: a Bp. Orv. Kaszinó ülése. *Tangl H.:* A hypovitaminosisok élet- és kórtana.

Szerdán, 13-án 6 ó.: a Közkórházi Orv. Társ. ülése. Bemutatsok: *Mansfeld O.:* a Septicus abortus tanulságos esete; *b)* Hasfali punctió vaginalis controll mellett. Előadások: *Telegdi I.:* Scarlatosok acetonuriájáról. *Németh P.* és *Elek S.:* Ultraseptil a kankó gyógyitásában.

Szerdán, 13-án, 1/27 ó.: a Gr. Apponyi Albert Poliklin. Orv. ülése. Bemutatások: *Tarján R.:* Hernia diaphragmatica esete. *Migray J.:* Orrcsúcs pótlása lehúzott homloklebennyel. — Előadások: *Turcsányi É.:* Thrombophlebitis kezelése piócával. *Simonovits I.:* A subleukaemiás myelosisról.

Szerdán, 13-án, 1/27 ó.: az Orsz. Balneol. Egyes. rendezésében a Gellért-szálló dísztermében *Jureczky L.* előadása „Újabb klimatologiai gyógyeredményekről a magaslati iontosphaerában."

Csütörtökön, 14-én 1/27 órakor: a Magy. Tüdőgondozó Gyógyint. Orv. Egyes. ülése (II. belgy. klin.) Bemutatás: *Nikodémusz I.:* Kétoldali spontan pneumothorax granulie froide kapcsán. Előadás: *Puder S.:* A dermatopulmonalis reactio. *Kiss L.:* Tapasztalataim a római Forlanini intézetben.

Pénteken, 15-én, 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Krepuska I.:* Sziklacsont-csúcstályog műtéttel gyógyult esete. *Rejtő S.:* Gyógyult otogen meningitis. — Előadások: *Vajda K.:* Orvosi vonatkozások Goethe életében. *Győry Gy.:* Evipan-altalással szerzett tapasztalatok több, mint ezer eset kapcsán.

A dronalban cseppek a furunculosis peroralis kezelésében mint belsőleges antiseptikum kitünően beváltak. A gyulladások gyorsan visszafejlődnek a hegképződés rövidesen erélyesen megindul. 10 g-os üvegben mintegy kétheti adagot tartalmaz. Ára csak 2 pengő.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Vennék kéz alatt egy jókarban lévő mikroskopot immersiós lencsével. Ár pontos megjelölésével. Hajdú Sándor dr., Szekszárd, Kórház címre.

ULTRASEPTYL -CHINOIN

pneumococcus és gonococcus fertőzések
mellékhatásmentes chemotherapeuticuma

24 tabletta

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál- utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 50. szám. Budapest, 1939 december 16.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: Az actinomykosis fajlagos kórismézésének és gyógyításának újabb hajtásairól. (1037—1039. oldal.)
Ruzicska Gyula: Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink. (1039—1040. oldal.)
Orsós Ferenc: Agykamravérzés megállapítása nagyfokban rothadt magzatban. (1041. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés. (1041—1044. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (1044—1045. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (1045—1047. oldal.)
Grósz Emil: A belügyminiszter rendeletei az orvosi továbbképzés és a szakorvosképzés tárgyában. (1047—1048. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (1048. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Az actinomykosis fajlagos kórismézésének és gyógyításának újabb hajtásairól.

(Műmelléklettel)

Irta: *Neuber Ede dr.*, ny. r. tanár.

Az actinomykosis (A.) kórismézése ma már nem tartozik a nehezebb feladatok közé. A szöveti, bakterioskopos és tenyésztési eljárások különösen alkalmasak a bőr-A. klinikai diagnosisának megerősítésére. Belső szervek és szövetek A.-ának kórismézésére utóbbi eljárások nem használhatók, legfeljebb akkor, ha a mélyen fekvő sugárgombás folyamat átterjed a bőrre vagy azon áttör. A bakterioskopos és tenyésztési eljárásokkal kimutatott sugárgombákat azonban nem lehet minden esetben pathogeneknek tekintenünk, mert egyéb kórfolyamatok jelenségeiben is élhetnek, mint saprophyták. A diagnosis felállításához tehát nem elegendő e gombáknak bakterioskopos és tenyésztési kimutatása, hanem különös tekintettel kell lennünk a betegség klinikai lefolyására is, amely mindenkor idősült fajlagos gyulladás képében mutatkozik.

Az A. kórismézésében és gyógyításában az irodalomban e felfogásomra nem voltak mindig tekintettel, mert számos esetet írtak le, amelyben A.-folyamatok 3—4 hét alatt gyógyultak olyan therapiás beavatkozásokra — úgyszólván indifferens kezelésekre —, amelyek más A.-esetekben teljesen hatástalanoknak bizonyultak. E betegek egy része kétségtelenül egyéb — többnyire jóindulatú — betegségben szenvedett, csak így magyarázható, hogy többé-kevésbbé indifferens kezelésre is meggyógyultak, a kóros képletekbe másodlagosan jutott saprophyta sugárgombák pedig az A.-t utánzó kórfolyamat gyógyulása után elpusztultak.

Ezért igen ajánlatos ilyen esetekben egyéb laboratoriumi diagnostikai eljárásokat is igénybevenni. Az A. kórismézésében kitünő eljárásnak bizonyultak az *allergiás* reactiók, melyekkel már 10 év óta foglalkozom s azok kiépítésében a legelsők között vettem részt. Úgy találtam, hogy az intracutan allergiás reactio a legmegbízhatóbb. Az intracutan allergiás reactiók segélyével megállapíthatjuk azt, hogy a kóros jelenségben talált sugárgomba saprophyta vagy pathogen természetű-e? Ha a sugárgombás tenyészetekből készült vaccinákkal a betegen allergiás reactiót tudunk kiváltani, akkor nincs kétség azirant, hogy a kóros jelenségekben talált sugárgomba pathogen természetű. Az allergiás reactiók kitünően beváltak a belső sugárgombás folyamatok kórismézésében. De tudnunk kell, hogy a beteg anergiás szakában allergiás reactiókat nem lehet kiváltani, hanem a beteget előbb roborálnunk kell, vagyis az allergiás szakból kiragadni s átvinni a hyperergiásba, amikor az allergiás reactiókat ismét adja.

E közlésemben különösen fel akarom hívni a figyelmet új diagnostikai eljárásomra, a *complement-kötéses reatióra.* Utóbbi reactióval már közel tíz éve foglalkozom, sőt a régebbi irodalomban is találunk errevonatkozólag kisérleteket *(Walker, Jordan* és mások). Kezdetben azonban nem sikerült olyan antigeneket előállítanunk, amelyek alkalmasaknak bizonyultak volna, hogy ezt a reactiót megbízhatóvá és érzékennyé tegyék. Hosszas kisérletezés után az utóbbi években ezt az eljárást olyan módon építettem ki, hogy ma már megbízhatónak, vagyis érzékenynek és fajlagosnak mondható.

Nagy megelégedéssel állapíthatom meg, hogy mind a bőr, valamint a belső szervek A.-ában az allergiás reactiók és complement-fixatiós eredmények a legtöbb esetben fedik egymást. Amennyiben eltérő eredményeket adnának, akkor mindig a positiv reactiót adó eljárást kell elfogadnunk; mert úgyszólván kivétel nélkül A.-ban szenved az olyan beteg, akinek a complement kötéses vagy allergiás reactiói positivak. A negativ reactiók csak bizonyos valószínűséggel zárják ki a sugárgombás fertőzést.

A complement-fixatiós kisérletek végzéséhez antigenül vizes és alkoholos finom actinomyces suspensiót, illetőleg kivonatot használtam.

Vizes antigen készítése: Lehetőleg fiatal és egyszer átojtott tenyészeteket (legalább 4—5 különböző törzs) kevés gyengén (¼%) carbolos élettani konyhasó oldattal dörzscsészében jól eldörzsöljük, majd utóbbiból annyit adunk hozzájuk, hogy az arány kb. 1 : 20 legyen. Az így kapott suspensiót steril üvegbe öntjük s üveggyöngyökkel rázógépben órákon keresztül rázatjuk, majd kis fordulatszámmal ½—1 percig centrifugáljuk. A reactiót a le nem ülepedett finom suspensio titrálás-

sal megállapított higításaival végezzük. Az antigent jégszekrényben tartjuk el.

Alkoholos antigen készítése: Élettani konyhasó oldat helyett tömény alkoholt használunk. Titráláskor a higításokat természetesen élettani konyhasóoldattal végezzük. Készíthetünk antigent *friss* Pápay-féle vaccinából is, ez esetben az élettani konyhasó oldatot nem carbolisáljuk. A régi, többször ojtott törzsek complementkötő képessége mindenesetre sokkal kisebb. Végeztünk complement-kötési reactiókat olyan *bouillonnal* is, amelyben 1—2 hétig actinomycest tenyésztettünk. Ezt is ¼%-os carbollal conserváljuk. A higítást itt is élettani konyhasóoldattal végezzük.

Készítettünk antigent magukból a *szemcsék*-ből is a vizes antigen mintájára. Sem ez, sem pedig a destillált vízzel, alkohollal, aetherrel, dörzsöléssel és beszárítással roncsolt actinomycesekből készült antigen nem vált be.

A vizes és alkoholos antigen tehát magát a gombát, az actinomycest és ennek vízben, illetőleg alkoholban oldódó anyagait, anyagcseretermékeit és toxinjait tartalmazza, a bouillon-antigen ezzel szemben csupán az anyagcseretermékeket és a toxinokat.

Az antigeneink higítása általában 1+3, 1+4, 1+5 volt.

Mivel az alkoholos és a bouillonos antigenek nagyrészt a Wa. positiv savókkal is kötést adnak, elsősorban a fentebb részletesen ismertetett vizes antigen ajánlható. A vizes antigen is elsősorban —, noha sokkal ritkábban — a Wa. positiv savókkal adott nem fajlagos kötést. E reactiókban tehát ellenőrzésképen biztos positiv és biztos negativ A.-savók mellett Wa. positiv, negativ és még lehetőleg gümőkóros betegek savóit is be kell állítanunk. A Wa. positiv savókon kívül ugyanis ez utóbbiak adhatnak még nem fajlagos kötést actinomyces-antigennel. Az antigeneket legalább 2 hetenként meg kell titrálnunk.

Kétségtelen, hogy a complement-fixatiós eljárás nagy nyereséget jelent az A. therapiájában, mert vele, akárcsak az allergiás reactiókkal, a belső szervek sugárgombás betegségeit már a legkorábbi szakban fel tudjuk ismerni, vagyis akkor, amikor a szervezet még nem jutott az allergiás szakba. Ezzel sok időt takarítottunk meg, mert nem kell a beteget roborálnunk, hogy kiragadjuk az anergiás szakból és belevigyük a hyperergiásba. A korai kezelés azonkívül életmentő is lehet, mert a betegek egy része —, ha a kezelés nem történt a korai szakban — olyan súlyon anergiás szakba is kerülhet, amelyből kiragadni már nem áll módunkban.

A fentebb ismertetett vizes antigenekkel az A.-betegek kb. 60—70%-ban adják a positiv complementkötéses reactiót. E téren kisérleteim tovább folynak, hogy ez az eljárás még érzékenyebbé váljék.

Régebben ismertetett fajlagos gyógyeljárásaimra: *arany + fajlagos vaccina-, fajlagos reconvalescens savó-* (r. s.) és *fajlagos transfusiós* kezelésekre a helyen szintén nem térhetek ki részletesebben, csak rá kívánok mutatni arra, hogy e fajlagos gyógyeljárások valamennyien alkalmasak az A. gyógyítására; mindenesetre ki kell választanunk a megfelelő fajlagos gyógymódot a beteg állapota, illetve súlyossága szerint. Irányelv legyen, hogy az anergiás szakban a passiv immuneljárásokat (fajlagos r. s.-, transfusiós és sajátvérkezelést), a hyperergiás szakban pedig a vaccina-therapiát alkalmazzuk. Az anergiás A.-szervezet tudvelévőleg a vaccina-kezelés hatása alatt fajlagos védőanyagokat nem tud termelni, ezzel szemben a passiv immuntherapia alkalmával a szervezet a belévitt fajlagos védőanyagokat kitünően felhasználja.

Egy teljesen új eljárást: a *fajlagos haemotherapiát* kívánom e helyen ismertetni. Ez szintén passiv immuntherapia, amellyel kész fajlagos védőanyagokat viszünk a szervezetbe. E gyógyeljárással eddig 8 beteget volt alkalmam kezelni s meggyőződtem arról, hogy rendkívül energikus gyógyhatást fejt ki. E kezelés után úgyszólván minden esetben 24—48 órára a sugárgombás beszűrődésekben hatalmas gócreactiók keletkeztek, amelyek többnyire 2—3-szor nagyobb területet foglaltak el, mint az eredeti sugárgombás beszűrődések. Egyik-másik esetben ezek a gócreactiók kellemetlenségeket is okozhatnak, amennyiben ereknek, idegeknek vagy pedig életfontosságú szerveknek működését zavarják. Épen ezért a sajátvérkezelést mindenkor kisebb, tapogatódzó adagokkal kezdjük, s csak akkor emeljük bátrabban, ha az előző kezelések nagyobb gócreactiókat nem váltottak ki. Igy pl. egyik nyaki A.-ban szenvedő betegem sajátvérkezelésre olyan hatalmas gócreactiót kapott, hogy állandó felügyelet alatt kellett tartanunk, esetleges sebészi beavatkozás, (tracheotomia) miatt.

Rendkívül nagy előnye a fajlagos haemotherapiának, hogy az anergiás szakban is adható. Ez rendkívül nagy előnyt jelent, továbbá az, hogy a gyógyanyag mindenkor kéznél van s beszerzése nem okoz nehézséget, amint az a fajlagos r. s.- és a transfusió-kezelés eseteiben fennáll.

Az autohaemotherapiában kb. 5 naponként adunk felmenő adagokban sajátvért a betegnek, lehetőleg kis adagokkal kezdjük, súlyosabb góc-reactio elkerülése céljából, így az első intramuscularis adagolásban 5 ccm-t adjunk, s fokozatosan emeljük 20—25 ccm-ig pro dosi Összesen 12—15 kezelés elegendő a jelenségek, főleg pedig a beszűrődések eltüntetésére. A haemotherapia (passiv immuntherapia) befejezése után ajánlatos esetleges recidivák megelőzése céljából activ immunizáló, vagyis vaccina-therapiát végezni, amely az összes fajlagos eljárások közül kétségkívül a legállandóbb eredményt biztosítja.

Úgy tudom, hogy ez idáig az A. gyógyításában még nem foglalkoztak az autohaemotherapiával, ezért hiszem, hogy ez a gyógymód kiváló hatása, továbbá a fajlagos gyógyanyag könnyü beszerezhetősége következtében rövidesen nagy elterjedtségnek fog örvendeni. A fajlagos sajátvérkezelés gyógyhatásának magyarázása nem tartozik a könnyebb feladatok közé, igen valószinü azonban, hogy a beteg vérében a fajlagos védőanyagokon kívül is vannak kicsiny antigen-mennyiségek, — amint ezt különböző fertőző betegségek eseteiben a vérben kimutatták (*Urbach* és mások) —, amelyek a fajlagos védőanyagok termelésére kedvezően hatnak. A sajátvér kezelés azonkívül nagytömegü phagocytát mozgósít, amelyek bizonyára szintén résztvesznek a sugárgombák elleni harcban.

Összefoglalás: Az A. kórismézésében és gyógyításában a complement-fixatiós és autohaemotherapiás eljárások kétségkívül nagy nyereséget jelentenek. A complement-kötéses eljárással (akárcsak az allergiással) a belső szervek sugárgombás betegségeit már a kezdeti szakban felismerhetjük, amikor a szervezet még nincs az anergiás szakban s így sokkal gyorsobban és biztosabban is tudjuk ezt gyógyítani. Nagy előnyt jelent ez a korai kezelés még abból a szempontból is, hogy ilyenkor a folyamat aránylag még kevés szövetet roncsolt el, ami különösen életfontosságú szervek A.-ában nagy jelentőségü.

A fajlagos sajátvérkezelés kíváló gyógyhatást fejt ki. Mint passiv immuntherapia az anergiás szakban is

adható s egyik legnagyobb előnye, hogy könnyen szerezhető be, miután magától a betegtől nyerjük.

Végeredményben megállapíthatom azt, hogy ma már bárhol keletkezett sugárgombás betegséget gyógyíthatunk a fentebb ismertetett fajlagos gyógyeljárásokkal, kivételt képeznek természetszerűleg azok a betegek, akik életfontosságú szervek elfajulásában (pl.: parenchymás degeneratióban, amyloidosisban) szenvednek, vagy pedig olyan súlyos anergiás szakban vannak, (teljesen reactiómentesek), hogy ebből a szakból sem aranykezeléssel, sem passiv fajlagos immuntherapiával már nem ragadhatók ki.

Klinikánkon ezideig 7 A.-beteget kezeltünk kizárólag sajátvérrel. Utóbbiak közül kettő fényképeit és kórlefolyását műmellékleten közlöm.

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalataink.

Irta: *Ruzicska Gyula dr.*

(Folytatás.)

Ha a heveny tüneteket okozó m. k. terhesség kórismétje tisztázódott, úgy az azonnali műtét a legcélszerűbb. Már *Schauta* 1891-ben azt hirdeti, hogy azonnali műtéttel a halálozás 86%-ról 5.7%-ra csökkenthető. Friss petevezető vetélés, vagy friss petevezető repedés feltétlen javalja a műtétet, mert a beteg műtét nélkül elvérezhet, de ha ez nem is következik be, a kivérzett szervezet esetleg elpusztulhat, a hasürbe kerülő, a belek felől fertőződő vértömeg miatti fertőzésben is.

A műtéti javalatnak klinikánkon követett mérlegelése visszatükröződik az alanti összeállításból, amely azt tünteti fel, hogy a betegek hányadik napon kerültek a felvétel után műtétre (csak 1932 I. 1. óta, amióta a klinika új vezetés alatt áll s így egységes elbírálás szerepelt.):

mű. került	a felv. napján	2 nap	3 nap	4 nap	5 nap	6 nap	7 nap	8-12 nap	később
343	147	64	27	18	25	14	16	20	12
100%	42·85%	18·65%	7·58%						

Az összes m. k. terheseknek tehát csaknem fele az első nap műtétre került, az első három nap pedig több mint ⅔-a, a további ⅓-ad rész tartósabb kivizsgálást és megfigyelést igényelt.

Sokan éppen a súlyosan kivérzett, vagy az ezzel kapcsolatos nagy hashártyaizgalom miatt shok-ban lévő betegek esetében először néhány órai várakozást ajánlanak s ezáltal shok-ellenes szerekkel próbálkoznak. a beteg általános állapotán javítani és a műtétre előkészíteni. *Felfogásunk szerint a súlyos állapotban lévő, kivérzett beteg esetében a shok elmúlására várakozni nem helyes, mert ezalatt a legértékesebb időt veszíthetjük el.* A shok-hatást a belső vérömléstől biztosan elkülöníteni nem lehet.

Csak a hasmegnyitás adhatja meg a kellő biztonságot és gyorsaságot a vérzés csillapítására vonatkozólag, ennek ellenére még a legújabb irodalomban is találunk a m. k. terhesség műtétének hüvelyi megoldására is adatokat. Igy pl. *Schrattenbach* 14 hüvelyi úton operált m. k. terhességről számolt be, sima gyógyulással. *Babcock* éppen a shokhatás fokozásának kerülése miatt minden súlyosabb esetet a hátsó hüvelyboltozat megnyitásával kezel, amikor a kürtöt ujjal kihúzva lefogja és eltávolítja. Szerinte ez alig nagyobb beavatkozás, mint a Douglas-punctio. A hüvelyi megoldás jelentős hátrányai miatt azonban nem tudott soha elterjedni. Még hasmetszés esetében is gyakran nagy körültekintést igényel a fiatal nő csonkításának elkerülése és lehetőleg a fogamzóképességnek a megőrzése. Anyagunban a has megnyitása alkalmával 11 esetben vért nem találtunk, vagy csak a Douglas alján volt igen kevés. Friss, folyékony, vagy lazán alvadt és már besűrűsödött vér 171 esetben volt a hasürben. 98 beteg hasüri vérömlenyének eltokolódása és szervülése már megindult, de az igen friss szervülések elválasztása semmi nehézséggel sem járt. 63 esetben azonban már kialakult a sarjszövet, illetve a hegszövet és a műtét kivitelét a kiterjedt összenövések megnehezítették és nagyobb csonkolásokra kényszerítették a műtőt, sőt 23 esetben ez a méh amputatióját vonta maga után. Az esetek fele tehát még friss vérzéssel került műtétre (49.8%) és műtét semmi nehézséget sem okozott. Anyagunknak az elvégzett műtét szerinti megoszlását a következő összeállítás tünteti fel:

Végzett műtétek	szám	%	Társműtétek
Jobb petevez. eltávolítása	123	65·7	Uj petevez szájadék készítése (Salpingostomia) 12
Bal petevez. eltávolítása	102		Méh fundus kimetsz. a kürtökkel (excisio cune form. fundi ut. sec Beutner) . . 2
Mindkét petevez. eltávol.	(17 j. o. ex'raut.) 32	27·7	A méh hasfalhoz való rögzítése (ventrofixatio atypic) 11
Jobb függelék (terh old.)+ bal petevezető eltávolít.	30		Féregnyulvány eltávolítás . . . 15
Bal függelék (terh. old.)+ jobb petevez. eltávolítása	33		Bélresectio . . . 1
Méh csonkolás, mindkét petevez. ese leg egy old. petefészek eltavolítása	23	6·6	Méhkaparás . . 16

Eseteink ⅓-ában (34%) mindkét kürtöt el kellett távolítanunk, természetesen tekintetbe véve a beteg korát, gyermekeinek számát, stb. is. *Megismétlődő m. k. terhességet 14 esetben észleltünk (4.08%-ban).* Ez is figyelmeztet, hogy a súlyosan beteg, a petetovábbítás feladatára képtelen kürtök eltávolítása valóban célszerű. Az ismétlődő m. k. terhes betegeink (két eset kivételével) előzőleg mind klinikánkon operáltattak, műtéti leírásaik szerint látszólag ép, vagy csak környezeti szálagos hashártyalenövésektől rögzített kürtök voltak, lényegesen bonctani eltérés nélkül. *Két esetben 1 éven belül ismétlődött meg (6 és 8 hónap múlva)* 5 esetben 2 éven belül, 3 esetben 3 éven belül. A két méhenkívüli terhesség közötti időben élettani terhesség állapotába egy sem jutott.

A m. k. terhességnek jobb és baloldal szerinti megoszlása 178:165 arányt mutat (51.6%—48.4%). 5 esetben ezek között csak valószínűséggel lehetett megállapítani, hogy melyik oldali a terhesség. A jobboldalt mér-

székelten nagyobb gyakoriságát valószínűleg a féregnyulvány közelsége és annak lobos folyamataiban részvétele magyarázza. Ezt az előzőleg végzett féregnyulványeltávolítások nagyobb száma is igazolni látszik. A m. k. terhesség kimenetelét a műtétkor talált állapot alapján a következő összeállítás mutatja, amely egyúttal a pete megtapadásának helyét is feltünteti:

A m. kiv. terhesség elhelyezkedése szerint:

Méh kiv. terhességek kimenetele (a műtétnél talált állapot szerint) részletezve	Esetek száma	interstitialis	isthmicus	ampullaris	ovarialis	abdominal.	ismeretlen
Élő, intact petevezető terhesség	2	—	—	2	—	—	—
Elhalt, vérzéshez nem vezető petevezető terhesség (véletlen lelet)	2	—	—	2	—	—	—
Friss petevezető vetélés	97	—	5	92	—	—	—
Régi, szervülő petevezető vetélés, elhatárolt környezeti vérömlennyel	84	—	6	76	—	—	2
Friss petevezető repedés	115	—	57	58	—	—	—
Régi, szervülő petevezető repedés, elhatárolt környezeti vérömlennyel	15	—	6	5	—	—	4
Méhsarki, szövetközti (interstitialis) megrepedt terhesség	4	4	—	—	—	—	—
Elsőleges petefészekterhesség	2	—	—	—	2	—	—
Másodlagos kürt- petefészek szögleti terhesség (tubo-ov. grav.)	3	—	—	—	3	—	—
Előrehaladt hasüri terhesség	19	—	—	—	—	11	8
Összesen:	343	4	74	235	5	11	14

Bár a petevezetővetélések fordulnak nagyobb gyakorisággal elő (52.8%), mégis a leghevesebb tüneteket okozó, kifejezett vérszegénységgel beszállított betegeink a friss petevezető repedések közül kerülnek ki, s anyagunkban különösen ez emelkedik ki (33.5%). Minél közelebb ágyazódik be a pete a kütr-méhszöglethez, annál gyakoribb a kimenetelt illetőleg a petevezető-repedés.

A műtéti halálozás szempontjából két nagy csoportba oszthatjuk a m. k. terhességgel beszállított eseteinket: súlyosan kivérzett kritikus állapotban lévőkre (itt természetesen a primaer mortalitás sokkal nagyobb), s a lassan lezajló jóindulatú formákra, ahol az elsőleges műtéti halálozás alacsony. Az előrehaladott, kiviselt és túlhordott m. k. terhességek műtéti halálozását teljesen külön kell elbírálni.

Vérátömlesztést összesen 53 esetben (15.16%) végeztünk. 22 esetben a hasürből kimert, sterilen felfogott, gondosan megszűrt vért ömlesztettük vissza a könyökvisszérbe; tehát 31 esetben adtunk idegen vért. Ha a vér már kissé besűrűsödött, azaz a hashártya nagy felszívó felszine a vérsavót részben felszívta, úgy ⅓—½ arányban steril 38 C°-ra melegített Locke-oldattal keverve ömlesztettük azt vissza. Egy liter vér mennyiségénél nagyobb folyadékmennyiség visszaömlesztését nem tartjuk célszerűnek, mert a heveny vérszegénység miatt az amúgy is igen igénybevett szívnek a nagymennyiségű vér vagy folyadék vérpályába jutásával újabb rendkívüli nagy megterhelést okozunk. *Knaus* 177 operált méhenkívüli terhese közül 55-nek (31%) szintén a szabad hasüri vért ömlesztette vissza jó eredménnyel. Ő a higítást ártalmasnak tartja, a vér esetleges szerkezeti megváltozása miatt, viszont 1 liternél nagyobb mennyiségeket is gyakran adott. *Thies* sem tartja tanácsosnak a nagymennyiségű vér visszaömlesztését és hangsúlyozza, hogy a régi vér, amely már a hasüregben hosszabb ideig állt, mérgező lehet. Egy liternél kevesebb vérvesztés mellett a vérátömlesztést legtöbbször mellőztük.

Saját tapasztalataink a hasürben talált vér visszaömlesztésével kapcsolatban szintén arra figyelmeztetnek, hogy hosszabb ideig a hasürben időző vér bizonyos mérgező hatásával számolni kell. 2 esetben a visszaömlseztés után többször ismétlődő igen heves hidegrázást, magas lázat észleltünk, azonban e betegeink is simán gyógyultak. Azok a betegeink, kiken sajátvérvisszaömlesztést végeztünk a legsúlyosabban kivérzett és kritikus állapotban lévők voltak. Ezek közül 3 beteget vesztettünk el; mindhármat a súlyos kivérzettség miatt. Ezeket a vérátömlesztés sem tudta már megmenteni a nagyfokú szívártalom miatt.

343 operált m. k. terhes betegünk közül összesen 16-ot vesztettünk el (4.6% összhalálozás). Ez aránylag nagy elsőleges műtéti halálozás oka a heveny esetekben legtöbbször a hosszas és elkésett (vidékről történő) szállítás, ill. az ezalatt kifejlődött igen súlyos vérvesztesség, részben a szövődményes elhanyagolt esetek, különösen az előrehaladt, illetve a kiviselt hasüri terhességek nagy száma (19) érthetővé teszi. 3 közvetlen műtéti exitus elvérzés miatt következett be; 5 további betegen is a nagy vérveszteség már mélyreható szívártalomhoz vezetett, s a műtét utáni 2—5. nap a csatlakozó szívtüdőszövődmények miatt következett be a halál. *7 esetben a műtét utáni hashártyagyulladás volt a halál oka.* E 7 beteg között 3 előrehaladott és 2 kihordott hasüri terhesség szerepelt és csak 2 elhanyagolt kürt-vetélés, amelyekben már a műtét alkalmával is fertőzésre utaló jeleket állapítottunk meg. Egy esetben IV—V. hónapos hasüri terhesség alkalmával a kürtök gümőkórját észleltük és az egyébként simán gyógyuló beteg a műtét utáni 15. napon *embólia* következtében halt meg.

A méhenkívüli terhesség faja	az összes esetek száma	halálozás
Kürtterhesség	315	9 = 2.22%
Interstitialis terhesség	4	2 = 50 „
Hasüri előrehaladott, illetve kiviselt terhesség	19	5 = 26.30 „
Ovorialis és tuboovarialis t.	5	—
Összesen:	343	16 = 4.60%

A m. k. terhesség halálozási száma az egész országban 1931-ben 773 eset kapcsán 28, azaz 3.62%. Valószínű, hogy ez az új rendtartás bevezetésének elején a bejelentés hiányossága miatt nem felelt meg a valóságnak, hanem jóval alacsonyabb. 1932-ben *883 m. k. terhességből már 55 halálesetet* jelentettek, azaz 6.22%-ra emelkedett a halálozás.

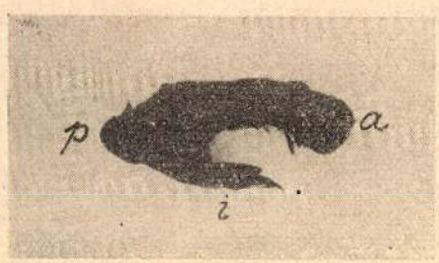
A m. k. terhesség sikeres gyógyítása a minél korábbi felismerésen és műtéten múlik. A felismerés terén úgy látszik eljutottunk a kielégítő szinvonalhoz; ezt mutatja a betegség gyakoriságának egyszinten állása kb. 8—10 év óta országszerte. A gyógyulási eredmény tökéletesítéséhez még a kellő időben történő orvoshívási és intézetbeszállítási lehetőségeket kell jobban biztosítani. Ez már nem is orvosi, hanem inkább közigazgatási kérdés, a szállítóeszközök beállítása, vidéki éjjeli telefonszolgálat rendszeresítése, utak karbantartása, stb. Reméljük, e téren is sikerül elérni azt a szinvonalat, amely orvosi rendünk megfelelő szakképzettségével karöltve a m. k. terhesség áldozatainak számát a lehető legkevesebbre redukálja. A legeredményesebben e betegség áldozatainak száma a megelőzéssel volna csökkenthető, elsősorban a tiltott vetélések és a gonorrhoea számának csökkentése útján.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLESEK.

Agykamravérzés megállapítása nagyfokban rothadt magzatban.

Irta: *Orsós Ferenc dr.*, ny. r. tanár.

1939 június 7-én a part egyik lépcsőjére a Duna 38.5 cm hosszú, erősen rothadt leánymagzatot vetett ki. A test a lepénnyel még összefüggésben állott. A helyenként még lazán tapadó hámréteget nyákos iszap és moszatréteg borította, melyhez még apró, barna növényi törmelék is tapadt. *A boncjegyzőkönyv* főbb adatai: Külsérülések nincsenek. A fejtető baloldalán a lágyrészrétegek vörhenyes savóval beszürődöttek A nyakszirt- és a homlokpikkelyek szélei a falcsontok alá tolódtak. A koponya megnyitása után az agy sötétebb, vörhenyes pép alakjában magától kifolyik, miközben egy jól összeálló sötétvörös véralvadék ötlik szembe, melynek alakja teljesen megfelel a bal oldalkamra lenyomatának (1. ábra). A középső agykamrának helyén csak vékony alvadékköteg található. A keményburok sarlója és a kisagysátor ép. Sérülés a koponyacsontokon nem fedezhető fel. A hasüregben szabad gázgyülem van. A hashártya alatt itt-ott egy-egy kendermagnyi gázhólyag látható. A gyomor hashártyája alatt nem találhatók gázhólyagok, ellenben a gyomrot víz alatt megnyitván, diónyi és több apróbb hólyag távozik. A szív üregeiben alvadék-pelyhekkel kevert, sűrűn folyó vér van. A jobb pitvarban kismogyorónyi, valamivel összeállóbb rostonyás alvadék is található. A tüdők minden részében találhatók rothadásos gázhólyagok, alveolaris elhelyeződésű hólyagcsák nem fedezhetők fel. A nagyobb gázhólyagoktól mentes tüdőrészek a vízben alámerülnek. Az összes szervek vörhenyesen beivódottak.



1. ábra. a = az elülső; p = a hátulsó; i = az alsó szarvöntvénye.

A *vélemény* kivonata: A leánymagzat éretlenül, de már közel az életképesség alsó határához született meg. Olyan elváltozást nem találtunk, mely a terhesség időelőtti spontan megszakadását magyarázhatná. Az igen előrehaladt rothadás miatt a tüdők lelete alapján nem dönthető el, hogy a magzat élve- vagy halva született-e. Tekintettel a gyomor falának rothadásos gázhólyagoktól mentességére és a gyomor ürében talált diónyi levegő- vagy gázhólyagra, némi valószínűséggel arra lehet következtetni, hogy a gyomor e lelete vitalis eredetű, vagyis szülés közben vagy közvetlenül utána nyelés útján levegő jutott a gyomorba. Alátámasztja e feltevést az a lelet, hogy az éhbél legfelső része levegőtartalmú, míg a vékonybél többi része és a vastagbél teljesen levegő-, illetve gázmentes volt.

A bal agyfélteke oldalkamaráját kitöltő véralvadék azt bizonyítja, hogy a szülés alatt a magzat még élt. Az alvadék kétségkívül a szülési trauma terméke. Ezen eredet felvételét hathatósan támogatja az a körülmény, hogy csak a bal oldalkamrában volt alvadék. A koponyaboltozat csontjainak egymás alá csúszása, az állcsúcs-nyakszirti átmérő viszonylagos hosszúsága és a szülési fejdaganat jelenléte is a szülés megindulásakor még élő magzatra és nem könnyen lefolyó szülésre utal.

A jobb pitvarban talált aránylag nagy alvadékból az derül ki, hogy a magzat vére a halál után megalvadt. Ez a körülmény pedig arra utal, hogy a magzat nem fulladt meg, vagyis már holtan került a vízbe. Minthogy bántalmazásra utaló külsérülések nem találtattak, nagy valószínűséggel következtethető, hogy a halál egyrészt az agykamrai vérzés, vagyis az agyat ért szülési trauma, másrészt pedig az életképesség határán való születés, vagyis veleszületett gyengeség folytán, közvetlenül a szülés után következett be.

Gyakran tapasztalható, hogy nem eléggé óvatos boncolók erősen rothadt újszülöttek agyát úgyszólván közelebbi szemügyrevétel nélkül engedik a koponya üregéből a boncasztalra vagy tálba ömleni. Pedig az ilyen elfolyósodott agyon is kellő technika mellett a megrepedés előtt jól megfigyelhető a burkok minősége, sőt még a tekervények raiza is. Hogy az elfolyósodott agyban jól localisálható vérömlenyek is találhatók, azt az itt közölt eset is bizonyítja. Az ilyen ömleny jelenléte törvényszéki orvostani szempontból nagyon jelentős, minthogy olyan halálok megállapítását teszi lehetővé, amilyet különben csakis friss vagy csak kevéssé rothadt magzati hullán lehet felismerni.

F évi október hó 26-án a Dunából kifogott 37 cm hosszú, erősen rothadt leánymagzat törvényszéki boncolásakor a koponyában a közölthöz teljesen hasonló leletre bukkantunk. (E megjegyzés tévedésből került a 48. számában megjelent „Conduplicato corpore" stb. című cikk végére.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

A cholangitis kezelése prontosillal és a kezelés kisérleti alapja. *R. Mancke, K. Plötner* és *W. Siede.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 43.) A májbeli epeutak gyulladásának kezelése lehetőleg annak korai stádiumában történjék, mielőtt még a cholangitis következményei jelentkeznek; (máj sejt-laesio, tályog, cirrhosis, stb.) Az eddigi kezelésen kívül (diaeta, physikalis gyógymódok, epehajtás és az epeutak desinfectiója) a *Domagk* felfedezte prontosillal értek el tartósabb eredményeket. A prontosil chemiailag a sulfanilsavamid derivátuma. Choledochus-fistulás kutyákon végzett kisérletek alapján meg lehetett állapitani, hogy az i. m. adott prontosil 7—17%-a az epével, 50%-a a vizelettel, a többi része pedig a széklettel (megváltozva) ürül ki. Az epe általi kiválasztás maximuma az injectiótól számított 8 órán keresztül történik. Hat kórtörténet leírása kapcsán a szerzők bemutatják a prontosil hatását acut cholangitis eseteiben. Prontosil 6 napon keresztül történt adagolására (5 ccm, 2.5%-os prontosilum, vagy napi 3x0.6 g prontosil rubrum per os) a cholangitises betegek állapota hirtelen javult és az adagolás kezdetétől számított 1—2 héten belül tünetmentesekké váltak. (B. 64.)

Kovácsy Ernő dr.

A ganglion stellatumok novocain infiltratiója asthma nasale és bronchiale rhinitis atrophica és más neuro-vegetativ syndromákban. *A. Malherbe.* (Press. Méd. 1939. 76.) 37 éves nőbeteg 7 éve szenved asthmaszerü rohamokban jelentkező rhinitisben, amely nagymennyiségű tiszta váladék folyással jár. Utóbbi időben bronchialis asthma tünetei is járultak hozzá, a hangszalagok átmeneti oedemájával és rekedtséggel. A panaszok már az első ganglionaris novocain injectióra szüntek, a hatás biztosítására 8 nap múlva még egy injectio történt és azóta (3 hónapja) a beteg tünetmentes. Egy másik, 17 éves leány 5 éve rhinitis atrophicában, ozenaban szenvedett, a fenti therapiával a nyálkahártyák szárazsága, a bűz, crustaképződés megszünt, a beteg sokat

javult. A novocain ganglion-injectio nem átmeneti érzéstelenítést, hanem mélyreható vasomotoros változást, értágulást okoz, a ganglion-ektomiához hasonlóan. (B. 65.)

Kuchárik József dr.

Az insulin-resorptio keringési zavar esetében. *Hungerland.* (Klin. Wschr. 1939. 18.) Az insulin-resorptio — a vércukor ellenőrzésével vizsgálva ½ óránként — csökken, ha szívbetegek az insulinadagolás után ülő helyzetben maradnak. Valószínű oka az a keringési nehézség, amely az ülőhelyzet következtében jön létre. A kisérlet bizonyos fokig a szívtünetek próbájának is tekinthető. Alkalmazott adag 0.2 E. testsúly-kg-ként. Az injectio helye a boka feletti tájék. (K. 105.)

Romhányi József dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélyi Tibor* és *Fedeles (Findeisen) László.*

A gerincoszlop actinomykosisról. *Huchzelmeyer.* (Bruns. Beitr. 170. 1.) Két esetét ismerteti. Bár az elsőleges góc kimutatható nem volt, szerinte a kórkép csak haematogen úton jöhetett létre, mert a gerincoszlop primaer actinomykosisa anatomiailag elképzelhetetlen. A betegek hosszú ideig panaszmentesek voltak és csak süllyedéses tályog hívta fel a figyelmet a betegségre. Gyógykezelésében a sebészi ellátás mellett a jód és röntgenbesugárzástól igen jó eredményeket látott. (F. 61.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A bőr műtét utáni tovaterjedő elhalásáról. *Werwarth.* (Bruns Beitr. 170. 2.) Eset ismertetése, ahol phimosisos betegen dorsalis bemetszés után 5 nap múlva magas láz és súlyos fertőzés tünetei között néhány nap alatt a scrotum bőre férfitenyérnyi területen elhalt. Kórokozóként streptococcus haemolyticust sikerült kimutatni. 10 heti csukamájolaj kenőcsös és prontosyl-kezelés után az elhalt részek lelökődésével gyógyult meg a beteg. A behámosodás torzító heg nélkül történt. (F. 63.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A sarokcsont osteomyelitise. *Völkner.* (Bruns. Beitr. 170. 2.) Szerző 11 esetéből a következő tapasztalatokat vonja le. A folyamat rendesen a hátsó epiphysis-vonalban zajlik le. A kórelőzményben traumás behatás az esetek legnagyobb részében feltalálható. Kórismézése nem nehéz, az osteomyelitis szokott tünetei mellett főleg a röntgenkép az, amely a diagnosist megkönnyíti. Áttörésre a környező izületek felé általában nem hajlamos, inkább kifelé; áttételt csak egy esetben okozott. Gyógykezelésében nyugalombahelyezés mellett általában a conservativizmus az, amely legjobban bevált. Felvésésre egyszer sem került sor, míg a sequestert három esetben éles kanállal távolította el. (F. 64.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Nyolcszázkilencvenöt appendektomia tapasztalatai *Derre-Aulenbach.* (Bruns. Beitr. 170. 2.) Szerzők a bonni klinika 7 éves anyagát dolgozták fel; itt csak a heveny féregnyulványlob miatt operált beteganyagukat ismertetik. A betegség férfiakon nagyobb százalékban fordul elő, mint nőkön, az esetek ⅔ része az első fájdalmas tünetek után rögtön felvételre került. A 2.—3. decenniumban volt a betegség a leggyakoribb. Az összhalálozás 3.04% volt. Május, június hónapokban fordult elő a leggyakrabban és a legnagyobb halálozást is tavasszal észlelték. Kisgyermekkorban és az 50. életév felett az előfordulás hirtelen csökkent. Az első 48 órán belül a betegek 60%-a került műtétre. A bonni klinikán nagy általánosságban minden szakban operálnak, kivéve a kifejezett infiltratumot. Szövődmény 4.5%-ban fordult elő, ú. m. ileus, peritonitis, tályog és sebgenyedés. (F. 65.)

Fedeles-Findeisen László dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Pertussisprophylaxis és therapia a Behring-gyár antitoxikus lóserumával. *Becker.* (Mschr. f. Khk. 78. 3—4.) A Behring-gyár antitoxikus lóserumával végezte kisérleteit csecsemőkön és gyermekeken. 10—20 ccm-t injiciáltak intramuscularisan a pertussis incubatiós stadiumában. 16 veszélyeztetett gyermek közül 10 megbetegedett, közülük 2 bronchopneumoniát is kapott. Haláleset nem fordult elő. 25 gyermeknek therapiásan a stad. convulsivum kezdetén adott serumot, de eredménytelenül. (K. 103.)

Cziglány Flóris dr.

A Takata-reactio, mint prognostikai segédeszköz a gyermekkori szív- és táplálkozási zavarok esetében. *Hirsch.* (Ann. Paediatr. 1939. 6.) A Takata-reactio nemcsak májfunctios próba a gyermekkorban, hanem positivvá válik mindenütt, ahol a máj detoxicáló működése akadályozott és mindenütt, ahol a folyamat colloidalis egyensúlyzavarban nyilvánul meg (typhus, pneumonia, sepsis, nephritis). A gyermekkori szívzavarokban prognostikailag értékesíthető a Takata-reactio vérsejtsüllyedéssel. A táplálkozási zavarok közül dyspepsia esetében mindig negativ, toxicosisban majdnem mindig positiv. Dysenteriában, mint localis betegségben, legtöbbnyire negativ a reactio. (K. 106.)

Recht István dr.

Bitonalis köhögés a csecsemőkorban. *Marfan.* (Nourisson. 1939. 3.) A bitonalis köhögés két különböző hangból tevődik össze: az egyik mélyebb, fátyolozott, a másik magasabb és csengő jellegű. Az egyik hang a hangrés magasságában képződik, a másik a tracheának vagy a bronchusoknak olyan helyén, amelyet megnagyobbodott szomszédos mirigy összenyom. Bár a bitonalis köhögés leggyakoribb oka a mediastinum mirigyeinek tbc-s betegsége kivételesen más okból is létrejöhet, így syphilises nyirokcsomók, vagy veleszületett szívhypertrophia is okozhatják. (K. 104.)

Móritz Dénes dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Haematotympanon adenotomia után. *B. Neumann.* (Der Hals-, Nasen. 30. 5.) A haematotympanon gyakran észlelt jelenség. Leggyakrabban a koponyát érő sérülések következménye, de keletkezhet haemophylia, Bright-kor, leukaemia, scorbut kapcsán is. E primaer haematotympanon mellett secundaer haematotympanon jön létre, ha a vérzés a dobüregen kívül keletkezett és csak másodlagosan kerül a dobüregbe. Ez következik be néha haemoptoe, orrvérzés, Bellocq-tamponade esetében, vagy adenotomia kapcsán. Szerző 135 esetben végzett adenotomia után azonnali hallás- és otoskopiai vizsgálatot és 21-szer talált vért a dobüregben. A dobüregbe jutott vér mennyisége rendszerint csekély; hallászcsökkenést, vagy gyulladást nem okoz és 8—10 nap alatt felszívódik. Főleg erős dobhártyazúzódás kapcsán észlelhető hoematotympanon, ami azzal magyarázható, hogy a tubaszájadékot elzáró garatmandula eltávolításakor a negatív nyomás alatt álló dobüreg beszippantja az epipharinxban lévő vért. (A. 72.)

Mosánszky Tibor dr.

A lupus és az ellene küzdés az oto-, rhino-, laryngologiában. *Brüggemann.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 7.) Szerző megállapítja, hogy egyesek a lupust helytelenül bőrbetegségnek tartják. Szerinte a nyálkahártyák lupusa nem más, mint egy chronikusan lezajló, haematogen eredetű tuberculosisnak a megjelenési formája, melyet a következő tulajdonságok jellemeznek: tünetszegénység, továbbá heges gyógyulási hajlam, végül az a sajátság, hogy terjedése descendáló jellegű, azaz az orrból a gége felé húzódó. Differentialdiagnosis szempontjából szóbajöhet a valódi tuberculosis, az ozaena, a carcinoma és a rhinoskleroma. A therapia általános és helybeli lehet. Az általános kezelés olyan, mint más tuberculotikus betegségé: tiszta levegő, napfény és jó táplálkozás. Fontos szerepet játszik a sómentes diaeta, mely nem egyszer teljes gyógyulást eredményez. A helyi kezelés a beteg szövetek kiirtásából áll, mint utókezelés tejsav, lapis, vagy trichlorecetsav edzés jöhet szóba. Kedvezőtlen immunbiologiai viszonyok mellett a sebészi beavatkozás mellőzendő, mert ilyen esetben nem egyszer észlelték a folyamat tovaterjedését, sőt halálos végét is. Újabban fontos szerepet tulajdonítanak a sugártherapiának. Radium-, Thorium X- és Finsen-lámpa besugárzásától jó hatást láttak. Szerző utal az individualis adagolás fontosságára. (A. 71.)

Ajkay Zoltán dr.

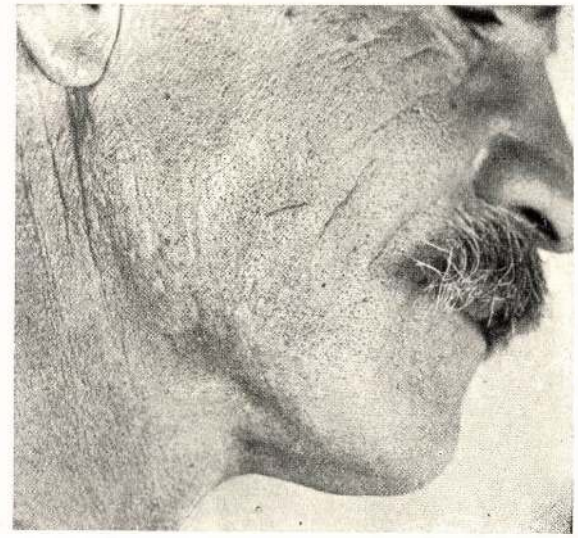
BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Környéki idegek sérülése nyomán keletkezett bőrelváltozások előrehaladó sklerodermában. *K. Halter.* (Dermat. Wschr. 1939. 38.) Néhány év előtt még legtöbb híve volt annak az elméletnek (*Neuber*), mely a skleroderma okát a belső elválasztású mirigyek működésében látja, ma viszont sokan tagadják ezt. Igy legutóbb *Gottron*, rámutatott arra, hogy az okok között első helyen áll a peripheriás érpálya működésének megváltozása ideghatásra. Igy az előrehaladó

I. eset *a)* Kezelés előtt.

I. eset *b)* Kezelés előtt.

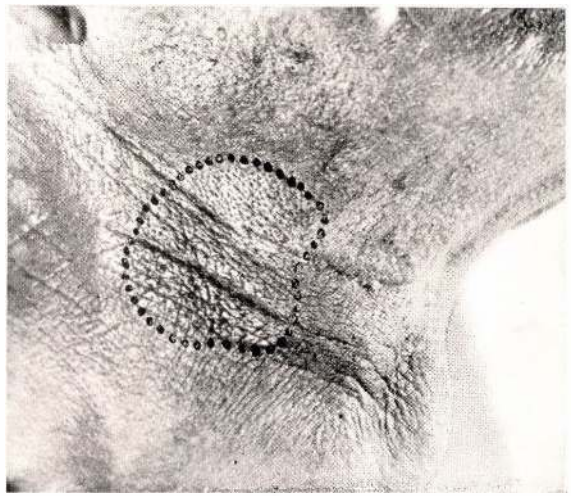


I. eset *c)* Gyógyultan.

1.) *I. F.* 56 é. *Kórelőzmény:* májusban jobb arcfele fogfájás kiséretében erősen megduzzadt. Fogát kihúzták, arcát borogatásokkal és kenőcsökkel kezelte.

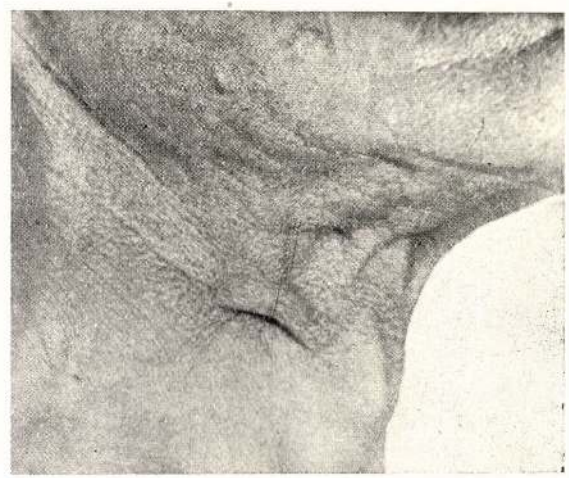
Jelen állapota: az arc jobb oldalán a mandibula szára előtt kb. 5 pengősnyi nagyságú, a bőr szintjéből laposan kiemelkedő, deszka tapintatú, közepén sipolyokkal átjárt kékes-barna színű bőrelváltozás látható. A sipolynyilásokból nyomásra hígan folyó szemcsés geny ürül, benne igen sok *aktinomyces szemcse* található. — A jobb sternocleidomastoideus mentén fájdalmas nyirokcsomók tapinthatók. Aktinomyces vaccinával végzett *intracutan reactio: positiv;* aktinomyces antigennel végzett *complementkötéses reactió: erősen positiv.*

Gyógykezelés és kórlefolyás: 1939. jun. 16-tól aug. 5-ig *12 sajátvér-ojtást* kapott 5 naponként, (5-10-15-20 ccm). Helyileg páraköté:; egyéb kezelésben nem részesült. Már az *első sajátvér ojtások után a kemény beszűrődés felpuhult,* megkisebbedett; sipolyok zárultak. A beteg már a 10. sajátvér ojtás után teljesen *meggyógyult;* 3 kg-ot hizott.



II. eset *a)* Kezelés előtt.

II. eset *b)* Gócreactio.



II. eset *c)* Gyógyultan.

2.) *P. K.,* 63 é. *Kórelőzmény:* baja szeptemberben nyakmerevedéssel es erős duzzadással kezdődött. Ugyanez év októberében a nyakon lévő duzzanatot felvágták, majd tablettás és kenőcsös kezelésben részesitették.

Jelen állapot: a nyak jobb oldalán csaknem tenyérnyi nagyságú, a bőrszintjéből alig kiemelkedő, kemény beszűrődés tapintható, melynek felszine lilásan elszineződött. Kisfokú szájzár. *Aktinomyces* vaccinával végzett *intracutan* és aktinomyces antigennel *végzett complement-kötési reactio positiv.*

Gyógykezelés és kórlefolyás: kizárólag sajátvér kezelésben részesült. Az első sajátvér ojtás (5 ccm.) után rendkívül erős gócreactió jelentkezett, az eddig lapos beszűrődés félgömbszerűen kiemelkedett, teljesen felpuhult, bemetszéskor belőle sűrű geny ürült sok *aktinomyces szemcsével* A beteg összesen 12 sajátvért kapott 5 napos időközökben, emelkedő adagokban (5—20 ccm.). A sugárgombás folyamat már a hetedik sajátvér ojtás

skleroderma bőrelváltozása a *Raynaud* syndroma képét mutatták. Itt is, mint szerző esetében a végtagokon cyanosis, ischaemia és idegsérülések voltak észlelhetők és a sklerodermás elváltozások a n. medianus, a plexus ischiadicus, a n. tibialis sérülései nyomán jelentkeztek. *Gottron* nézete, mely szerint a skleroderma okát a fent leírt elváltozásokban keresi, támaszt talál az eredményes gyógykezelésben, mely az előrehaladó betegségben a sympathikus határköteg röntgenbesugárzásából állott. *Kuré, Yamagata* és *Kaneko* sklerodermás betegek bőridegein lényeges szövettani elváltozásokat találtak, ugyanilyen észleleteket tett *Hiyoski* hullákon végzett vizsgálatai során. Ezek alapján helyezik előtérbe az előrehaladó sklerodermás bőrelváltozások kórtanában az idegrendszert. (Sz. 103.)

Horváth Dénes dr.

A gonorrhoea complementkötési reactio saját előállítású antigennel. *H. Wezel.* (Dermat. Wschr. 1939. 38.) Az utolsó évek kisérletei azt mutatták, hogy a különböző szerzők antigennel más és más eredményt kaptak, sőt ugyanazon antigent használva is különböző klinikákon; az eredmény változó volt. Az utóbbi időben *Volavsek, Hard, Oppenheim* jó eredményt láttak compligontól elsősorban complicált gonorrhoeában és diagnostikus segédeszközként használták latens esetekben, úgyszintén eredményes volt gonorrhoeás adnexitisben. A gonorrhoeás betegek váladékából tiszta tenyészetet nyertek s ebből saját antigent phenolos élettani konyhasóoldattal. A tenyésztés *Neumann* módszerével történt. A gonorrhoeás complementkötési reactio kivitele a Wa.-r.-nak megfelelő. 172 betegen a positiv gonococcus complement-reactio saját antigennel végezve 71.1%, labopharma-antigennel 59.3% és compligonnal 38.4% volt. Ebből világosan látható a saját antigen előnye. A fajlagosság bizonyítására 192 nem gonorrhoeás egyént vizsgált a szerző (kizárva a luetikusakat). Positiv Go.-complementkötési reactio volt saját antigennel 1%, labopharmával 9.9% és compligonnal 2.1%. A reactiót 3—5 héttel a fertőzés után találták a legerősebben positivnak. Heveny és idült eseteket egyaránt vizsgálva, főleg gonorrhoeás complicatióban mindig a saját antigen bizonyult jobbnak más antigenekkel szemben. (Sz. 102.)

Horváth Dénes dr.

ELME- ÉS IDEGGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Horányi Béla.*

Tartós hypoglykaemia utáni agyi elváltozások eredete. *Yannet, Hermann.* (Arch. Neurol. Psych. 1939. 42. 395.) Macskákon végzett kisérletek azt mutatták, hogy hyperglykaemiában fellépő agyi ártalmak sem anoxaemiával, sem keringési zavarokkal nem magyarázhatók. Lehetséges, hogy a mérgezési tünetek sejtéhségre vezethetők vissza. Kilogrammonként 3 E után tartós hyperglykaemia jelentkezett, azonban maradandó agysérülés nélkül. Kg-ként 15—20 E után, ha a hypoglykaemia kevésbbé mély is, kiterjedt agyi ártalmak következnek be mind a kéregben, mind a törzsi ducokban. A coma tartama, klinikai tünetei, nem adnak támpontot annak megjósolására, hogy jelentkeznek-e utótünetek. (H. 21.)

Gyárfás Kálmán.

Barbital, insulin és metrazol (cardiazol) mérgezés utáni agyi elváltozások. *G. B. Hassin.* (Arch. Neurol. Phys. 1939. 42. 679.) 5 eset kapcsán szerző úgy találja, hogy mindhárom szer után a ducsejtek duzzadása, időnként chromatolysis és neurophagia jelentkeznek, azonban a glia részéről alig volt reactio és edényreactiók szintén hiányzottak. A metrasol hatás nem volt tisztázva, 0.5 g után nem roham alatt jelentkezett; lehetséges, hogy insulin utóshok volt. Az insulin eset etetés utáni pneumonia következtében halt meg, dosisa csak 40 E volt. Előzőleg 13 cardiazolgörcsöt kapott. (H. 22.)

Gyárfás Kálmán.

Az epilepsia kezelése natrium diphenylhydantoinicummal. *Williams.* (The Lancet, 1939. 237. 678.) *Merrit* és *Putnam* kisérletei nyomán szerző kisérletet tett 91, átlag előzőleg 6 évig észlelt, bromra és luminalra nem reagáló epilepsiáson diphenylhydantoinnatriummal. Az átlag 4 hónapig tartó kezelés során a betegek eleinte napi 0.2 g-ot kaptak. Ezt az adagot egyes esetekben 0.6 g-ig emelték, therapiás dosis esetében napi 0.1 g-nál nagyobb adag azonban már toxikus tüneteket okozott. Napi 0.4 g csaknem mindig, napi 0.5 g kivétel nélkül toxikus volt. A nagy rohamos esetek 79.1%-a, a kis rohamos eseteknek pedig 62.8%-a mutatott javulást. Említendő azonban, hogy egyes esetekben más előző kezelésváltozásnál is voltak hasonló javulások, melyek megszokásra szüntek. Érdekes, hogy egyes esetekben a rohamok bár ritkultak, sulyosabbá váltak. 2 ilyen beteg meg is halt status epilepticumban. 36%-ban toxikus tünetek jelentkeztek: kiütés, gyomorpanaszok, aluszékonyság, ptosis, diplopia, nystagmus, továbbá keringési zavarok. Előnye a szernek, hogy nem álmosít. Brommal és luminallal szemben hatáskülönbség, hogy nem az idegrendszeri activitást változtatja meg, hanem a convulsiót kiváltó factort nyomja el. A therapiás és toxikus dosis csaknem azonos. (H. 24.)

Gyárfás Kálmán.

Metrasol (cardiazol) utáni agyi elváltozások. *E. Liebert* és *H. Weil.* (Arch. Neurol. Psych. 1939. 42. 690.) Házinyulakat a schizophrenek cardiazol-kezelésének megfelelő heti 2-szeri, kg-ként 22 mg átlagú cardiazollal kezeltek. Túlnagy összmennyiség (1550, 1820 mg) után cytoplasmazsugorodás és astrocyta- valamint mikrogliaburjánzás jelentkezett, legkifejezettebben a striatumban és a hypocampusban. Magyarázatul szerző anoxaemián kívül hormonalis és savbasis-egyensúlyzavarra, továbbá a vízanyagcsere változására gondol. Érdemes megjegyezni, hogy insulin után állatkisérletekben inkább corticalis elváltozásokat talált. (H. 23.)

Gyárfás Kálmán.

KÖNYVISMERTETÉS

Közegészségtan. *Darányi Gyula.* (Budapest, 1939. a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társult kiadása. I—II. k.) A M. O. K. T. nagy agilitással vezetett munkájában sor került a közegészségtani tankönyv kiadására. A *Rigler Gusztáv* által 1910-ben Kolozsváron kiadott nagy mű (Közegészségtan-Járványtan I—II.) és az ugyancsak általa 1929-ben Budapesten kiadott hasonló című kisebb kézkönyv óta ilyen tárgyú munka nem jelent meg. Pedig a megelőző orvostudományok fejlődése mindenütt, de Hazánkban még az átlagos mértéken felül is a világháború óta hatalmas léptekkel haladt előre. *Darányi* négy kötetre tervezett munkájából az első két kötet nemrégiben jelent meg.

Az I. kötet a *társadalmi és egyéni hygienét* tárgyalja 535 oldalon. Bevezetésében ismerteti az egészségvédelem történeti fejlődését és mai feladatait. Ugyanakkor megvonja a megelőző és gyógyító orvostudomány határait. Kifejti a közegészségügy állami és társadalmi megszervezésére, az egészségügyi ellenőrző vizsgálatokra, kórházügyre, stb. vonatkozó nézeteit.

Az egészséges társadalom kialakulása és fenntartása első feltételének tekinti az egészséges egyének születését. Így először a fajfenntartás egészségtanával foglalkozik A nemi élet, nemi felvilágosítás és házasság problemáinak tárgyalása után igen részletesen ismerteti az öröklés biologiai törvényeit. Részben a mai idők szelleméhez is igazodva, különösen német művekre támaszkodva bőséges teret szentel a fajvédelemnek (a positiv és negativ eugenika) és a népesedéspolitikának.

A szülés előtti, alatti és utáni gondozás (terhes és anyavédelem) fejezete után rátér a különböző életkorokban esedékes egyészségvédelem ismertetésére. A csecsemő-, kisgyermekvédelem összefoglalása után az iskoláskor egészségtanát tárgyalja. Az iskolaegészségügynek szentelt különösebb figyelme arányban van a szerző azon céljával, hogy ezt a fejezetet az iskolaorvosi tanfolyam haligatói is felhasználhassák.

A keresőkor egészségtana c. következő fejezetben a munkásbiztosítás, a munka egészségtana, a foglalkozási ártalmak, az ipari balesetek és az elhárításukra alkalmas védekezési módok tárgyaltatnak nagy gonddal. Az ipari mérgezések ismertetését könnyen áttekinthető táblázatok útján végzi.

Az öregkorra vonatkozó fejezetben az öregedés biologiai folyamatát írja le és foglalkozik az öregedés társadalomegészségtani következményeivel.

Az egyéni higiéne fejezetében a helyes életmód feltételeit összefoglalandó írja le a bőr ápolását, a ruházkodás, a mozgási szervek, légzőszervek, a szív és érrendszer, az érzékszervek, a sportolás, a szellemi élet egészségtanát. Rámutat a túlzott sportolás, az orvosi ellenőrzés nélküli versenyzés veszedelmeire.

A könyv utolsó fejezete a táplálkozás egészségtanáról szól. A helyes étkezés modern alapismereteit részletesen tárgyalja, részletesen foglalkozik a vitaminokkal a vitaminellátás kérdésével, a hypo- és hypervitaminosis eseteivel, a

növényi- és állati eredetű ételekkel, a népélelmezés kérdéseivel, a tápanyagok conserválásával, a fűszerek, alkaloidák, élvezeti szerek, alkoholos-italok, kábítószerek fogyasztása kérdésével.

Mindegyik fejezet végén a vonatkozó magyar jogszabályok gondosan összeállított felsorolása található meg. Az idézett törvénycikk és a min. rendeletek, a hazai egészségügyi rendészet szabályai könnyen megtalálhatók a szakkönyvekben.

A II. kötet a *környezeti hygiene*-vel foglalkozik s 264 oldalon az embert körülvevő makro- és mikroklima hatásairól és az egészséges életfeltételekről nyújt bőséges, korszerű tájékoztatást. Széleskörű természetrajzi physikai, technikai ismeretre támaszkodva foglalta össze a légkörre, talajra, utakra, lakásra, világításra, fűtésre (hőszabályozásra) a szellőztetésre, vizellátásra, a szennyvízre és ürülékre, a szemeteltávolításra, a temetkezésre vonatkozó fejezeteket. Az aránylag kisebb terjedelmű kötetben nagyszámú szakszerű adatot gyűjtött össze bel- és külföldi szerzők műveiből, a kötet képanyaga is gazdag és tanulságos. A vonatkozó jogszabályok, törvénycikkek és rendeletek itt is megtalálhatók az egyes fejezetek végein.

Már a két első kötet megjelenése nagy ajándékot jelent hallgatóinknak, mert lényegesen megkönnyíti a közegészségtani ismeretek elsajátítását. A III. kötet a járványtant fogja tárgyalni, a IV. kötetben pedig sor kerül az egészségtani vizsgáló módszerek ismertetésére. A laboratoriumi vizsgáló eljárásokon kívül a statisztikai eljárások, a fajhygiene és társadalomegészségtan, stb. módszereinek ismertetését tervezi a szerző Az egészségügyi statistika ismertetése során előreláthatólag módot talál majd a szerző ebben a kötetben a hazai egészségügyi viszonyok eddig elért szép eredményeit összefoglaló, számszerű ismertetésére is. Nagyközönségünk honismerete ezen a téren u. i. igen hiányos.

Az első két kötet alapján azt mondhatjuk, hogy szerző munkájában sokkal többet nyújt, mint amennyit egy főként orvostanhallgatók számára szánt kézikönyvtől várni lehet. Ez a könyv nemcsak tankönyv, hanem valóban olvasmányszámba is megy. A számszerű adatokban gazdag mű a hygiene határterületein dolgozók számára is mindig hasznos kútforrást fog jelenteni.

Midőn őszinte szerencsekívánatunkat fejezzük ki szerző számára a két első kötet megjelenése alkalmából, egyben azt a reményünket fejezzük ki, hogy a két hétralévő kötet megjelenése sem késik sokáig és a régen nélkülözött közegészségtan-tankönyv nemsokára teljes egészében fog az orvostanhallgatók és orvosok rendelkezésre állani.

Jeney E. prof.

A maláriáról. *Lőrincz Ferenc.* (Magyar Orvosi Könyvkiadó Társ. kiadása. 1939.) A 167 oldalas könyvhöz *Tomcsik* prof. írt előszót. Mindjárt első mondata átütő erővel bizonyítja a könyv jelentőségét: a malaria a földkerekség legelterjedtebb betegsége. Hogy hazánk is mennyire érdekelt, azt a könyv több fejezete bizonyítja. Megtudjuk belőle pl., hogy 1938-ban majdnem 6.500 beteget jelentettek be, ez a szám azonban kétségtelenül csak egy része a tényleges betegségnek. A mi magyar szemünkben nagyon növeli a könyv értékét az a körülmény is, hogy bár megtaláljuk benne az egész malariakérdés klinikai és pathogenetikai vonatkozású problematikáját és irodalmát, nem egyszerű irodalmi tanulmány, hanem *Lőrincz* prof. sok évi, alapos kutatómunkájának szülötte, átitatva saját hazai vonatkozású tapasztalataival. A sok kitűnő ábra és a zamatos, gördülő nyelvezet olvasását üdítővé teszik.

A 11 fejezet közül 6-ot maga *Lőrincz* prof. irt, a többit munkatársai *(Baráth J., Stassiák Aranka, Makara Gy., Mihályi F., Kontra L.)* tollából került ki. Ezek a fejezetek felölelik a malaria történelmét, klinikáját, pharmakologiáját, therapiáját, elterjedettségét, kórokozóját, diagnosisát, járványtanát, a küzdelem módját és a törvényes intézkedéseket. Minden orvos haszonnal és élvezettel olvashatja ezt a hézagpótló és alapos munkát, mely beláthatatlan hasznot jelent közegészségügyünk számára is.

Belák prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 1-i ülése.

Bemutatás:

Neuber E.: *Blastomykosis.* 38 é. mezei munkásnak jobb glutealis táján kb. 10 év előtt jelentkezett egy csomócska, amely körül a bőr mindinkább beszűrődött, majd hepehupás lett és igen erősen nedvedzett. E 10 év alatt kezelésben alig részesült. 1939. februárjában jelentkezett, amikor a jobb glutealis tájon kb. 4 férfiökölnyi, a bőr szintjéből kiemelkedő, kőkemény beszűrődés mutatkozott. A seb váladékában és a nyilt tályogokban pyogen bakteriumokat és blastomycetákat talált. Egy zárt tályogból tiszta blastomyceta tenyészetet nyert. A fajlagos, allergiás és complementkötéses reactio kifejezett positivitást adtak. E laboratoriumi eljárások máris biztositották a blastomykosis diagnosist, utóbbit még megerősítette a fajlagos vaccina-kezelés, amelyre a beteg feltünő gyorsan javult, noha e kezelés előtt minden egyéb gyógyeljárással szemben refractaeren viselkedett.

Előadás:

Bakay L.: *Az agysebészet haladása.* Foglalkozik mindama tényezőkkel, amelyeknek jelentőséget tulajdonit az agysebészet haladásában. Tárgyalja nyomás megbirálásának a fontosságát, a gerinc punctio decompensatio, cisterna drainage, ventriculus punctio eerdményeit. Felsorolja mindamaz eljárásokat, amelyek haladást jelentenek a műtéti vérzés, az agyduzzadás és vizenyő csillapitásában. Kiemeli az osmotherapia hasznosságát. Mozgóképeken demostrálja a kisagydecompressiót, a ventrikulographiát és arteriographiát. A műtéti eljárások közül foglalkozik a daganatok hozzáférhetőségét elősegitő módszerekkel, az egyes agylebenyek resectiójával. Vetített képekben tárgyalja a ventrikulographiás és arteriographiás képek elemzését, jelezve a meszes árnyékok fontosságát. Végül a hystogenesis kérdését emliti meg és vetített képekben mutatja be a különböző daganattypusokat. Mozgóképen demostrálja a daganat eltávolításának módját.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 4-i ülése.

Előadások:

Lugossy Gy.: *A paratrachoma chemotherapiája.* A paratrachoma chemotherapiája jobb eredményekkel járt, mint az azelőtti gyógykezelés, mert bár a lefolyás időtartamát a deseptyl lényegesen nem rövidítette meg, a subjectiv kellemetlenségek gyors enyhítésével elősegítette a heveny tünetek lezajlását. Ezt valószínűleg a virus virulentiájának csökkentésével s így a kötőhártya természetes védőerőinek fokozásával érte el.

Baló J.: *A Betaxin gyógyhatásáról.* Az 53 é. firfi 21 Betaxin inj.-t kapott. A sorozat után röviddel meghalt. A boncolás és a szövettani vizsgálat funicularis myelosist állapitott meg. Ugy látszik, hogy a Betaxin vagy hátráltatja a velőhüvely szétesési termékeinek bomlását, vagy a bomlási termékekből lecithinoid szemcsék synthesisét segiti elő. A Betaxin tehát, ha tökéletes regeneratiót nem is váltott ki a zsírszemcsét sejteken belül haematoxylinaffin, lecithinoid, vagy praelipoid szemcsék képződését váltotta ki.

Veress M.: *Kárpátalja katonai közegészségügyi helyzete a magyar uralom első 10 hetében.* Összehasonlitja a cseh uralom egészségügyi szervezetét a magyar katonai közigazgatás alatt azonnal akcióba lépett közegészségügyi szervezettel. A katonai közegészségügyi szervezet munkabeosztásának ismertetése után az 1939 júniusi helyzetet tárgyalja. Ismerteti az elhelyezés, lakás, tisztálkodás, vízellátás megszervezését. A legtöbb figyelmet érdemlő négy fertőző betegség katonai vonatkozásait párhuzamba állitja a polgári személyek járványtani adataival. Március 15-től június elejéig *hastifusz* jelentettek: 128 polgári és 18 katonai esetben; *malariát* 269 polgári és 47 katonai személyen, *járványos agygerinchártya-*

SEVENALETTA - CHINOIN
Görcsoldó hatással altató hatás nélkül
1 tabletta = 0·015 g Sevenal

gyulladásban 104 polgári és 5 katonai személy, *kiütéses typhusban* pedig 3 polgári személy lett beteg. A katonai fertőtlenítő szervezet a fertőzőbeteg leadás és betegszállítás megszervezésénél a honvédség a decentralizálás álláspontjára helyezkedett s ez a követelményeknek elsőrendűen meg is felelt. A járványos betegségekkel veszélyeztetett területek közül legelőnytelenebb helyzetben Szolyva és környéke van. Végül a honvédség közegészségügyi szolgálatainak megelőző intézkedéseit ismerteti, különös tekintettel a vízkataszter és védőoltások elvégzése szempontjából.

Blazsó S.: *Digitalis- és strophantin-hatás a fejlődő szervezetben.* Azt vizsgálta, hogy milyen összefüggés található a toxikus digitalis- és strophantin-dosis és a kisérleti állat kora, valamint testsúlya között. A digitalis-főzet testsúly kg-ra számított, a szívműködést megállító adagja a legnagyobb az 5—6 napos és legkisebb a felnőtt állatokon. Míg így a digitalis adagja a testsúlyra vonatkoztatva a korral változik, a szívsúlyhoz viszonyítva állandó. A digitalis-illetőleg strophantin-adagolás alapja tehát a szívsúly legyen. Hogy ez az adagolási mód a gyakorlatban beválik-e, illetőleg hatásos-e a betegágyban, azt már folyó kisérletei lesznek hivatottak eldönteni.

Október 18-i ülés.

Bemutatások:

Venkei T.: *Elephantiasis analis lymphogranulomatosa.* 29 é. férfibeteget mutat be végbéltáji elefántkórral A Frei-reactiók igenleges eredményt adtak. Férfiben a végbéltájék lymphogranulomás elefántkórja rendkívül ritka.

Melczer M. és **Dósa A.:** *Periarterialis nodosa.* 47 éves nőbetegük arcán, felső végtagjain mindkét oldalt részarányosan, később a bal combján sepsis tünetei, csillapíthatatlan hasmenés kiséretében szétterjedő vérzés keletkezett. A vérzések mentén az arc kivételével a bőr elhalt. A bőrelváltozás ereiben talált másodlagos thrombosisok miatt a bajt periarterialis nodosának tartja. A máj, a lép, a szív megnagyobbodott. Fehérvérsejtszám 9000, vörösvérsejtszám 3 millió. A haemocultura nemleges ereményt adott.

Dubrauszky V.: *Combinált fejlődési rendellenesség.* A 26 é. először terhes nő koraszülése fejvégű fekvésben folyik le, a magzat nem éleszthető algid asphyxiában jön a világra. A magzat kereszt-fartáji részén *jókora férfiökölnyi teratoid* látható, mely a bélcsatorna és az urogenitalis rendszer ritka fejlődési zavarával járt. A hüvely két részre különült el, a végbél nem függött össze a sigmabéllel. Az elzáródott hüvely felső része a méhhel együtt erősen kitágult, mely utóbbi körülményt az okozza, hogy a vizelet a húgyutakon át nem a külvilágra, hanem a felső hüvelyrészbe, a méhbe, illetve a kereszt-fartáji daganat egyik cysticus üregébe jutott. A vizelet akadályozott kiürülése természetesen a húgyutak erős tágulatát is létrehozta.

Batizfalvy J.: A készítményen jól látszik, hogy a hólyagból a vizelet a teratoiddal közlekedő hüvelybe, s azon túl a méhbe jutott. Ezt a szövettani vizsgálat is igazolta.

Előadások:

Batizfalvy J.: *Elhanyagolt szülési esetek.* 1. A 35 éves harmadszor szülő nő terhességének végén időelőtti burokrepedéssel jött a klinikára. Elhúzódó tágulás, közel kétórás kitolási szak után — viharos fájások ellenére a fej még mindig nem haladt át a bemeneten. Ekkor a magzati szívhangok labilitása miatt *magas fogó helyett műtőasztalon Willet-fogót* alkalmaz, amelynek hatására a fej 20 perc múlva lejut az üregbe s ekkor üregi fogóval világra hozza a 4100 g súlyú élő magzatot. Rámutat ezzel kapcsolatban a Willet-fogó jelentőségére. Előnye a magas fogókkal szemben, hogy az esetleg fennálló mérsékelt tér aránytalanságot nem fokozza és ha a műtőasztalon úgy alkalmazzuk, hogy a medencetengely irányában fejtse ki húzását, akkor —, amint előadó néhány esetben megfigyelhette — meglepően rövid idő alatt lehetővé teszi a szülés befejezését.

2. A 26 é. harmadszor szülő nő közel *10 órás lepényi szak* után csaknem teljesen kivérzett állapotban kerül a klinikára. A megkisérelt Credé-expressio eredménytelen volt, ezért feltételezvén, hogy a lepény tapadásában súlyos rendellenesség állhat fenn, életmentés céljából vérátömlesztésel combinált *abdominalis totalexstirpatiót végzett,* mely után az asszony életben maradt és a 25. napon gyógyultan hagyta el a klinikát. A műtét utáni készítmény vizsgálata teljes mértékben igazolta a radicalis eljárást, mert kitünt, hogy *placenta accretáról* van szó.

Varga T. és **Greiner K.:** *Digitalis és theobrominmérgezés.* 3 é. gyermek súlyos digitalismérgezését a digitalissal egyidejüleg bevitt theobromin előnyösen befolyásolta. Sorozatos ekg-felvételek mutatták a közvetlen szívizomzatra, ill. ingervezetésre kifejtett hatását, mely az utólengés elváltozása mellett Wenckebach-periódusok alakjában jelentkező partialis a—v-blockban nyilvánult.

Greiner K.: *Klinikai megfigyelések essentialis thrombopenia esetében.* A vérzési idő, a thrombocytaszám és a vérzés között párhuzam nem állott fenn, a thrombocitaszám és retractio között határozott párhuzamot talált, az essentialis thrombopenia pathogenesisében nagyjelentőségű érlaesiót a vizsgáló eljárások egyikével sem tudta kimutatni. A- és C-vitamin, a T factok, stryphnon, vértransfusio, a lép röntgenbesugárzása, folliculus és corpus luteum hormon teljesen hatástalan volt, splenektomia csupán rövid tünetmentességet eredményezett. Az irodalomban ismertetett therapiás eredmények helyes értékelésnek első feltétele a heveny és recidiváló formák éles elkülönítése az idült alaktól. Valószínűnek tartja, hogy ennek kórszármazása sem egységes.

HETI KRÓNIKA

Igaza volt *Béranger*-nek, amikor „Les souvenirs du peuple" c. költeményében megjósolta, hogy *Napoleon* dicsőségéről még nagyon sokáig fognak beszélni. Hadjáratainak emléke és a Code Napoleon mellett mindig beszélni fognak róla *Gros, David, Delaroche, Meissonier, Gérard, Vernet, Raffet* és mások képei és a világirodalom annyi halhatatlan alkotása. Közismert, hogy *Beethoven* fenséges Eroica szimfoniája is a köztársasági *Napoleon* tiszteletére készült és eredeti címe „Sinfonia Grande Intitulata Bonaparte" volt. *Napoleon* egyéniségének varázsa alól ma sem vonhatja ki magát senki, aki kegyelettel megáll a Hôtel des Invalides egyszerűségében is megragadó hatású sarkofágja előtt vagy a Salle Turenne-ben, ahol kardját, kalapját, Marengonál viselt tábornoki egyenruháját és legendás „szürke kabát"-jai közül az egyiket őrzik.

Megértjük, hogy az olasz *Manzoni* Napoleon halála alkalmából írt „II Cinque Maggio" c. költeményében — amelyet maga Goethe sietett németre fordítani — egész Európa csodálatát szólaltatta meg a nagy halott ravatalánál és természetesnek találjuk, hogy amikor a szelídlelkű *Eötvös* „Búcsú" c. költeményében minden haza legnagyobb kincséről szólott, Hellas „leomló rom"-ja, Róma falai és a magyar „szentelt fájdalom" mellett Napoleonra gondolva írta: „császárról szól a francia fiának".

*

Napoleon életében fontos szerepet játszottak orvosai. Közülük legismertebb *Jean Dominique Larrey,* az újabb hadi sebészet megalapítója, aki hűségesen kísérte a császárt a hadak útján s a feljegyzések tanúsága szerint 25 hadjáratban, 60 csatában és több mint 400 ütközetben vett részt. Érthető, hogy a császár szerette és megbecsülte kíváló sebészét, akit még halálos ágyán is elismeréssel emlegetett és viszonyukban ugyanúgy megnyilvánult a jó orvost elismerő uralkodó megbecsülése, mint *Nagy Frigyes* és svájci származású orvosa, *Johann Georg Zimmermann* között. *Larrey* „Mémoires

de chirurgie militaire et campagnes" c. hatalmas négykötetes munkája (Páris, 1812—1817), amelybe gazdag tapasztalatait gyüjtötte össze, ma is érdeklődéssel olvasható.

Napoleon másik orvosának, *Jean Nicolas Corvisart de Marest* nevét ugyancsak az orvostörténelem őrzi. *Corvisart*-nak köszönhető a kopogtatás általános elterjedése, amennyiben „Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité" c., 1808-ban Párisban megjelent munkájában lefordította és magyarázta a modern physikalis diagnostikát megalapító, bécsi *Joseph Leopold Auenbrugger* 1761-ben megjelent — közben feledésbe merült — híres „Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi" c. munkáját.

Szentilonai fogságában az ír *O'Meara*, az olasz *Antommarchi* és az angol *Arnott* voltak a császár kezelőorvosai. *Octave Aubry*, a kiváló Napoleon-kutató 1935-ben megjelent „Sainte-Héléne" c. munkája második részében (La mort de l'Empereur) részletesen foglalkozik azokkal az okokkal, amelyek megakadályozták, hogy fogságában Napoleon és orvosai között meghitt jó viszony alakulhasson ki. Ez a körülmény még megrendítőbbé teszi a császár lassú haldoklását.

Köztudomású, hogy *Napoleon* családját az ú. n. rákos családok között szokták emlegetni. Atyja gyomorrákban halt meg, testvérei: *Maria Paulina*, Borghese hercegnő — akinek szépségét *Canova* vésője örökítette meg az utókor számára —, *Annunciata*, Murat nápolyi király felesége, sőt egyesek szerint legidősebb nővére, *Élisa* és *Aubry* szerint legfiatalabb testvére, *Caroline* is a rák áldozatai voltak. Ugyancsak gyomorrák volt *Napoleon* halálos betegsége, amint azt a boncoláskor megállapították. *Aubry* összegyűjtött adatai a gyomorrák klinikai lefolyását is alátámasztják és a súlyosan cachexiás *Napoleon*ról találóan írja *Montholon* levelében: „il n'y a plus d'huile dans la lampe." (Mint érdekességet említjük *Ali Krogius*, a helsinkii egyetem sebészprofesszorának *Napoleon*ról írt tanulmányát, amelyben azt iparkodik bizonyítani, hogy *Napoleon* hypopituitarismusban szenvedett — némi idevonatkozó adattal a boncjegyzőkönyv is szolgál — és ezen az alapon érdekes történelmi fejtegetésekbe bocsátkozik. Orvosi szempontoknak érvényesítése a történelemben nem újkeletű, elég, ha a kiváló francia történelemíróra, *Michelet*-re utalunk, aki *XIV. Lajos* uralkodását tárgyalva — a király fistula recti-jével kapcsolatban — korszakot különböztet meg „avant et aprés la fistule".)

*

A budapesti egyetem tanárai közül a nepoleoni idők hadiegészségügyi tennivalóival kapcsolatosan *Stáhly György* és *Eckstein Ferenc* érdemelnek említést.

Stáhly egyetemünkön a sebészet és szülészet tanára, 1755-ben Pesten született Donaueschingenből bevándorolt családból, amely igazi orvosdinasztiának tekinthető, hiszen atyja, nagyatyja, sőt fia Ignác és unokája is orvosok voltak. 1784-ben nevezik ki a pesti egyetemre s a nemesi felkelés idején megreformálja a katonakórházakat és az elhanyagolt katonai egészségügyet. Ezirányú érdemeinek elismeréséül *I. Ferenc*, a magyar nemesség adományozásával tünteti ki, címerpajzsában is jellemzően Aesculap-bot körül tekergőző kígyó és lovon vágtató insurgens vitéz látható. (Orvosa volt a *Voltaire*-rel levelező, nem tehetségtelenül verselő excentrikus arisztokratának *Fekete János* grófnak, aki egy alkalommal vers kiséretében — irodalmunknak egyetlen ilynemű költeménye — küldi el „nemtelen számát csekély aranyaknak", *Stáhly* orvosi tiszteletdíját.)

Eckstein Ferenc, a gyakorlati sebészet tanára mint *protomedicus insurrectionalis* fejtett ki érdemes tevékenységet, amikor a helytartótanács rendeletéből az orvosi kar épületeit is ki kellett üríteni tábori kórház céljaira. Idevágó munkásságának eredményeit tükrözi vissza 1810-ben megjelent hivatalos jelentése: „Relatio officiosa generalis de nosocomiis pro nobili insurgente militia hungarica anno 1809 erectis et administratis", amely hadiegészségügyünk történetének minden időkre értékes forrása marad. (A Himfy-dalok költője, *Kisfaludy Sándor* — aki előbb a provence-i Draguignanban ette egyideig a hadifogság kenyerét — a nemesi felkelés során *József* nádor szárnysegédje és feleségéhez, *Szegedy Rózához* a táborból intézett levelei sokszor orvostörténeti érdekességűek. Betegségében *Eckstein* is gyógyította, úgy látszik nem sok eredménnyel: „Én még most is köhözgök. Sem *Häusler*, sem *Eckstein* orvossága nem használ" — írja egyik levelében.)

Kisfaludy leveleiben gyakran ír az akkori hadviselés rettegett, de elkerülhetetlen kisérőiről, a seregben pusztító járványos betegségekről. Utóbbiak a francia hadifoglyok között is gyakoriak voltak s az 1908-ban emelt pécsi emlékmű, amelynek ormán a francia sas trónol, tulajdonképen 120, fertőző betegségben elpusztult francia hadifogoly emlékét őrzi. Felirata: „A la mémoire des soldats de le glorieuse grande armée à l'occasion de leur repos centenaire par sentiment chevaleresque leurs amis hongrois, MCMVIII." Az emlékmű leleplezése 1908, június 1-én annak a magyar-francia barátkozásnak jegyében történt amelyből sok évvel később a Sorbonne-t építő és járó magyar diákok emlékére *Juhász Kálmán* „Ab anno millesimo" feliratú szép domborműve is megszületett.

*

Kíváló orvostörténészünk *Magyary-Kossa Gyula* professzor az alapvető jelentőségű Magyar Orvosi Emlékek I. kötetében az apróbb adatok során érdekesen ismerteti *Baksa Márk* nevezetes sebesülését is. A vitéz kapitánynak a törökkel viaskodva lándzsa fúródott a jobb szemüregébe, amely a koponyán is áthatolva, nyakát keresztülfúrva jött ismét napvilágra. Ebben az állapotban mutatja be képen a keménykötésű magyart, *Martin Schoedel* „Disquisitio historicopolitica de Regno Hungariae" c. 1629-ben megjelent művében, hozzáfűzve még, hogy a borzasztó sérülés nem volt halálos, mert *Baksát* a sebészek ügyessége ismét talpraállította.

A napoleoni idők hadjáratainak is megvan a maga legendás sebesültje *br. Mecséry Dániel* generális személyében, akinek koponyája viaszmodelljét Hadtörténelmi Múzeumunk őrzi. Az 1759-ben Kőszegen született *Mecséry* katonai pályafutása a napoleoni háboruk alatt egyre merészebben ívelt felfelés, amikor „öldöklő és véres csatákban halál közt lebegve kereste a' halhatatlanságot." *Mecséry* a szerencsétlen végű ulmi ütközet után Csehország felé visszavonuló *Ferdinánd* főherceg környezetében volt, amikor Nürnberg közelében Aschenau falu mellett *Murat* — a későbbi nápolyi király — hirtelen támadást intézett ellenük. *Mecséry*, hogy a főherceg menekülését fedezze, kicsíny serege élén vitézül felveszi

„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.

FAGIFOR „Cito" lag. orig.
Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup
Idealis enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

az egyenlőtlen küzdelmet, de „csaknem egyedül maradván, halálosan megsebesíttetett, 14 vágást kapván fején, jobb karja, válla és füle összevagdaltatván". Eszméletlenül vitték Fürth faluba, ahol *Murat* adjutánsa is tiszteleg betegágyánál.. Rövidesen Nürnbergbe szállítják, ahol egy fogadóban helyezik el. Súlyos sebesülése következtében „semmi reménység nem vala már életéhez, azért a' vele volt két ezredi orvos csakhamar elhagyván, megholtnak hirdeté." *Eichhorn* nürnbergi polgári orvos azonban *Poller* sebész társaságában gondozásába vette a sebesült magyart s „tudományuknak s ügyességüknek remekét mutatva életre hozták őt."

Felgyógyulását Nürnberg egész lakóssága nagy érdeklődéssel és rokonszenvvel kísérte és amikor *Mecséry* először kimehetett a városba „ablakhoz futottak a' lakósok 's felgyógyulásán örömüket jeleztetve köszöngették, a nép pedig megállongott az utcán szívesen és örvendezve idvezelvén őt." Minthogy sebei még nem gyógyultak be teljesen — a kocsizás rázkódtatásait kerülendő — hajóval jött Regensburgtól Bécsig, ahol az udvarnál jelentkezvén „a' Monarcha maga megnézte sebeit 's atyailag vigasztalá kedves generálisát." Magyarországra érve csakhamar újra elkezdte a katonai szolgálatot, amelynek 1823-ban Bécsben bekövetkezett halála vetett véget.

Nevezetes sebesülését *C. W. Bock* 1805-ben Nürnbergben készített metszete örökítette meg az utókor számára. „Bajnoki nehéz sebeiből kigyógyulása után sajátihoz vissza-tértekor" eredeti hangú, 1806-ban Pozsonyban megjelent röpiratban üdvözölte *Mecséryt* sógora, *Zichy Mihály*, Moson vármegyének második alispánja. E röpirat részletezi Mecséry sérüléseit: „a' fejének bal felén találtatnak 4 kardvágások, a'mellyek egészlen a velőkig be-hatoltak, jobb felén egy tsapás, a'melly a fülének hátulsó részét egészlen el-nyeste, mindezeken kívül még veszedelmes vágások estenek a feje hátulján. A jobb karjának eleje is keményen megvágatott."

Az 1834-ben Pozsonyban megindult „Fillértár" első évfolyamában ismerteti *Mecséry* életét és képen is bemutatja a vitéz katona sérüléseit, akiről a katonai Mária Terézia rendről írt nagy munkája III. kötetében *J. Hirtenfeld* a legnagyobb elismeréssel emlékezik meg és aki orvostörténelmünk figyelmét is megérdemli.

Korbuly György dr.

A belügyminiszter rendeletei az orvosi továbbképzés és a szakorvosképzés tárgyában.

A m. kir. Belügyminiszter két fontos rendeletet adott ki. Az egyik *a Magyarországon gyakorlatra nem jogosított orvosoknak a Belügyminiszter főhatósága alá tartozó intézetekben történő gyakorlati képzését szabályozza.* E rendelet véget vet az évek óta húzódó vitának s olyan orvosdoktorokra vonatkozik, kiknek magyar egyetemi diplomájuk van, de még nem kamarai tagok s olyanokra, kiknek külföldi diplomájuk van. Ilyenek továbbképzése csak olyan intézetekben történhet, melyek az orvosképzésre fel vannak jogosítva. Külföldi oklevéllel rendelkező orvosok továbbképzése 3—24 hónapig tarthat. A felvételt az állami kórházakba a belügyminiszter, egyéb gyógyintézetekbe a törvényhatóság első tisztviselője engedélyezi.

A továbbképzésre felvett orvos minden ténykedését felügyelet alatt végzi, ezekért az osztály vezetője felelős. Igazolványt csak az kaphat, aki legalább 3, illetőleg 6 hónapot töltött az intézetben (az egyes szakmák szerint változik e két időtartam). Az orvosok a cursusokért tiszteletdíjat fizetnek.

Az a gyógyintézeti orvos, ki a rendeletben foglalt rendelkezések megszegésével vagy kijátszásával orvost gyakorlati képzésben foglalkoztat, kihágást követ el.

A másik rendelet *a gyógyintézetek szakorvosképzésre való kijelölését szabályozza.* (A szakorvosi rendelet ugyanis mgekívánja, hogy azon osztályok kijelöltessenek, melyekben képesítés nyerhető s az is, hogy egyidőben hányan nyerhetnek szakképzést.) A rendelethez kimutatást csatoltak, melyből kiderül, hogy mely intézmények vannak már feljogosítva s hányan nyerhetnek ott kiképzést. Igy pl. belgyógyászatra a katonai kórházakon kívül 365 hely, sebészetre 318, szemészetre 74, szülészetre és nőgyógyászatra 235, sugaras gyógymódokra 141 hely van stb.

E rendelet többéves bizonytalanságnak vet véget. A kórházi alorvosi állások betölthetetlenségének *egyik* oka épen az volt, hogy az orvos nem tudhatta, vajjon ez osztályon eltöltött idő beszámít-e neki a szakorvosság megszerzésére előírt évekbe?

Az egyetemi klinikákon, a közkórházakon, tüdőbeteggondozó intézeteken kívül 16 honvédkórházban s még 3 más honvéd intézetben is eltölthető az előírt gyakorlati idő. A honvédkórházakban a hivatásos honvédorvosokon kívül a tényleges katonai szolgálatot teljesítő tartalékos honvédorvosok és a tényleges szolgálati kötelezettséget teljesítő karpaszományos orvosok, ezeken kívül a budapesti I. sz. s a debreceni 6. sz. honvéd helyőrségi kórház fogászati rendelőiben korlátolt számban más orvosok is eltölthetik a gyakorlati időt.

A honvéd közkórházakra vonatkozóan nincs megjelölve, hogy egyszerre hányan nyerhetnek szakképzést.

A két rendelet s a csatolt kimutatások teljes szövege a Budapesti Közlöny 1939. december 10-i számában egész terjedelmében megjelent s előreláthatóan az Országos Orvosi Kamarai Közlöny is közölni fogja. A rendelkezések az orvos-továbbképzésre és a szakorvosképzésre mélyreható befolyást fognak gyakorolni. Hogy e befolyás kedvező lesz-e, elsősorban a végrehajtáson múlik.

A szakorvosképzés lehetőségének nagymérvű kiterjesztése s az egyidőben kiképzésben részesülők nagy száma a kiképzés alaposságának rovására vezethet. Ezen az előírt vizsga némileg segít ugyan, de szükséges lesz, hogy a szakorvosi vizsgára jelentkezők arra kötelezteessenek, hogy az osztályvezető által kiállított bizonyítvánnyal igazolják, hogy milyen tevékenységet fejtettek ki. *Grósz Emil* prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 49. sz. *Fahr Th.:* Malignus hypertonia vagy malignus nephrosklerosis. — *Liesegang R.:* A köptetők hatásmódjai. — *Brühl W.:* Az insulinlökés antiallergiás hatása. — *Sarre H.* és *Wirtz H.:* A nephrotoxin kötés sebessége és helye a kisérleti glomerulonephritisben. — *Albrecht R.:* A női tej C-vitamin tartalma forralás előtt és után. — *Domarus A.:* Adatok a bronchialis asthma therapiás eredményeihez, valamint a testi megerőltetések utáni allergiás állapotok ismeretéhez. — *Kestermann E., Scheining Th.* és *Vogt K. E.:* Activ immunisálás tetanus ellen. — *Jurukoff B.:* A zavaros vizelet vizsgálata. — *Maxim M.* és *Bors G.:* Néhány belföldi olaj vitamintartalmáról. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 49. sz. *Anschütz W.:* Organisatio és betegszállítás a légvédelmi egészségügyi szolgálatban. — *Kämmerer H.:* Asthma bronchiale és allergia. — *Schultz I. H.:* Azt asthma bronchiale psychotherapiás kezelése. — *Gleissner A.:* Családi dispositio a vörheny középfülszövődményeiben. — *Reif F.:* Adat a gerincoszlop tömbképződésének (Blockbildung) genesiséhez. — *Stürmer K.:* Pneumoniával kapcsolatos heveny keringési zavar megszüntetése katalysinnel. — *Rüd H.:* A végbél és az alsó sigmabél röntgenvizsgálata térdkönyökhelyzetben frontalis sugárirány mellett s ennek jeelntősége a végbélrák sebészetére.

szetére. — *Zimmermann E.:* A syphilis szárazvérpróbája. Adat az eljárás egyszerűsítéséhez. — *Neumann H.:* Egyszerű műfogás eldugult pipetták tisztítására.

Wiener Klinische Wochenschrift. 49. sz. *Neumann W.:* A tuberculosis klinikájához. Hogyan lehet a gümős beszűrődések szétesését idejében felismerni? — *Klobusitzky D.:* Kígyóméregantitoxinok előállítása gyógyítás céljából. — *Rosegger H.:* A pneumococcuspneumonia serumkezelése.

La Presse Médicale, 88—89. sz. *Funck—Brentano P.:* A végtagok ütőeres embóliájának elkülönítő kórisméje. — *Bottin I.:* A dehydratatio jelentősége a sebészetben. — *Mollard H.:* Az utolsó háborút túlélt gümőkóros egyének jelenlegi állapota. — *Stefl I.* és *Kolar V.:* A cardiotonicumok hatásmechanismusa.

The Lancet, dec. 2. *H. Dam, E. Tage-Hansen* stb.: K-vitaminhiány normalis és beteg gyermekekben. — *R. Kark, E. L. Lozner:* Helytelen táplálkozásból származó K-vitamin hiány emberben. — *J. H. Pringle:* Koponyatörések. — *H. B. Sutton:* Ischias kezelés natrium sók intravenás injectiójával. — *A. Macdonald, G. M. Stephen:* Változások a raktározott vérben. — *A. Smith:* Egyoldali öröklött süketség.

The Journal of the American Medical Association, nov. 11. *W. F. Schaller:* A fej sérülésének utóhatásai. — *H. D. Paliner* és *Myrna Kempf:* Streptococcus viridans bakteriaemia foghúzás következtében. — *F. W. Lymh:* Egyetemi hallgatókon végzett klinikai tanulmány az aknéról. — *H. H. Donnally:* Kisgyermekek vaccinatiója himlő ellen. — *J. M. Nielsen:* Egyetlen izomösszehúzódásból származó késői idegbénulás. — *T. Cornbleet, A. H. Slepyan,* stb.: Colloidalis calomel kenőcs használata a bőrgyógyászatban. — nov. 18. *N. Plummer* és *H. K. Ensworth:* Sulfapyridin a pneumonia kezelésében. — *F. D. Poole, M. D. Fousek:* A pneumonia aetiologiai diagnosisa, az „orr-tenyészet" gyors meghatározása által. — *Ch. H. Smith* és *R. L. Nemir:* A pneumonia sulfapyridin kezelése gyermekeken. — *C. J. Baumgartner:* A nyak veleszületett laesiói. — *H. S. Ruth, R. M. Tovel,* stb.: Pentothalnatrium. — *S. A. Vest* és *J. E. Howard:* Klinikai kisérletek androgénnel. — *F. Hall:* Gyermekek védelmezése tuberkulotikus felnőttektől. —

British Medical Journal, dec. 2. *J. Trueta:* Háborus törések kezelése. — *R. R. Macintosh:* Érzéstelenítés háborúban. — *A. J. Cokkini* és *G. L. M. Mc. Elligott:* Recidiva sulphonamid kúra után gonorrhoeában. — *J. M. Vanghan:* A „Medical Research Council" vérátömlesztő készüléke. — *K. Fry:* Parittya-kötés állkapocstörésekben. — *N. H. Wells:* Haemolyticus streptococcus epidemia vendéglőben.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A kormányzó a miniszterelnök előterjesztésére *Cseh-Szombathy László dr.* a Bethesda-kórház főorvosának a magyar Vöröskereszt érdemkeresztjét adományozta. — *Horay Gusztáv dr.* egyet. c. rk. tanárt a Szent István kórház főorvosává nevezték ki.

Szily Kálmán államtitkárnak múlt hét csütörtökén adták át ünnepélyes keretek között *Erdmannsdorf* német követ és *Hóman Bálint* v. k. miniszter jelenlétében a berlini műegyetem díszdoktori oklevelét. Az üdvözlő beszédet *Stern Ernő,* a berlini műegyetem rektora mondotta, ki ez alkalomra a műegyetemi prorector és dékán kíséretében érkezett Budapestre. Hazafiúi büszkeséggel emlékezünk meg a mi áldásos tevékenységű vezérünk e legmagasabb kitüntetéséről, *Tóth Lajos* méltó utódáról, kinek nevéhez nemcsak a műegyetem európai magas szinvonalának és a rokon főiskolákkal egyesített műszaki és gazdaságtudományi egyetemmé fejlesztésének érdeme fűződik, hanem ép oly sokat köszönhetnek éleslátásának és hallatlan munkabírásának vidéki egyetemeink és a budapesti egyetem is, különösen orvosi karaink és klinikáink. — Adja Isten, hogy az a tetterő és alkotásvágy, ami eddig is már annyi szép eredményben talált kielégülést, még sokáig buzogjon benne lankadatlanul hazája javára, mindnyájunk örömére.

Esterházy Pál herceg az orvosi tudományos kutatómunka támogatására az 1940. évre újabb 30.000 pengőt adományozott. 1938 és 1939-ben 45-en részesültek a herceg részéről összesen 120.000 pengő támogatásban. Az 1940. évre szóló pályázat elsősorban fiatal orvosok tudományos munkájának előmozdítására szolgál. Azok, akik ez összegből részesedni óhajtanak, pályázatukat 1939. dec. 31-ig bezárólag „Esterházy Pál herceg titkári hibatalába", I., Tárnok utca 9. küldhetik be.

A kérvényhez csatolni kell: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* kimerítő curriculum vitae-t, mely tartalmazza az *előző tanulmányokra* és *jelenlegi állásra* vonatkozó adatokat; *c)* hatósági nemzethűségi bizonyítványt. Közszolgálatban állók ezt hivatali főnökük igazolványával pótolhatják; *d)* egyetemi oklevélmásolatot; *e)* tudományos munkásságról szóló jegyzéket és a tudományos munkákat; *f)* a *részletes* munkaprogrammot annak megjelölésével, hogy milyen összegre van szüksége saját személyének s milyenre dologi kiadásokra és hogy hol szándékozik dolgozni. A dologi kiadások felsorolásakor megjelölendő, hogy mire fog az szolgálni. A segélynek nem célja, hogy hiányos intézeti alapfelszerelést pótoljon, hanem arra szolgál, hogy *kiváló tehetségű kutatók munkásságának anyagi akadályait elhárítsa. g)* folyamodó szíveskedjék bejelenteni, ha más oldalról részesül tudományos munkásságára segélyben, vagy ha ilyen segélyért másutt is folyamodott, úgyszintén jelentse be, ha időközben részesül más oldalról támogatásban; *h) amennyiben főnöke van, szolgálati bizonyítványt s annak véleményét zárt borítékban; i)* nyelvismeretekre vonatkozó nyilatkozatot.

Azok, akik már részesültek támogatásban, szíveskedjenek eddigi munkásságuk eredményeit közölni. Amennyiben az eddigi munkásság sikerrel biztat, *elsősorban* azok számíthatnak a jövő évben támogatásra, akik már eddig is részesültek. Természetesen ezeken kívül olyanok folyamodványát is figyelembe veszik, akik még nem kaptak támogatást. A támogatás indokolt esetben több éven át is elnyerhető. A beérkezett folyamodványokat szakemberekből álló bizottság bírálja meg és e bizottság javaslatának meg hallgatásával adományozzák az összeget, melyet a titkárság posta útján megküld éspedig a bizottság által javasolt s a herceg által elfogadott részletekben. Ha a munka időközben befejeződnék, vagy megszakadna, az illető arról és a megszakítás okáról a bizottságnak jelentést tesz és a támogatás megszűnik. Az összeg felhasználásáról és a végzett munkáról félévenként, kivételes esetben évenként jelentést kell küldeni.

VOMISAN KUP

hányinger ellen
mindenkor megbízható
Főraktár: DR. BAYER ANTAL
gyógyszertára. Budapest, VI., Andrássy-ut 84.

Budapest székesfőváros főpolgármestere.

2943—1939. fp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházaihoz újonnan szervezett *1 sebészfőorvosi*, továbbá a székesfőváros közkórházaiban nyugdíjazás folytán megüresedett *1 gyermekgyógyész-főorvosi* és *1 röntgenlaboratoriumi főorvosi* állásra.

Felhívom mindazokat, akik ezeknek az állásoknak egyikét elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket *f. évi december hó 27. napjának déli 12 óráig* hivatalomban (IV., Váci utca 62—64. sz. I. em. 11.) nyújtsák be. A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni. *a)* leszármazást igazoló okmányokat (a közszolgálatban alkalmazásba lépés nézőpontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. sz. rend. 1. és 3 §-aiban foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. tc. alkalmazása nézőpontjából „nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895 október 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895 október 1 napja után született, mint ő maga, mint szülei keresztény hitfelekezet tagjaként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi következmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni."); *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; *f)* a polgári szolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; *g)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; *h)* az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot, tüzharcosságot, 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)* életleírást, (curriculum vitae).

Mindazok a pályázók, akik közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső pályázatok érdemleges elbírálásánál utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1939. december hó 7.

Karafiáth Jenő, s. k. főpolgármester

Korszerűen felszerelt orvosi rendelő; röntgen, diathermia, quarz, teljes fogászati felszerelés és berendezés, tüdőgondozói, szülészeti és más szebészeti műszer, valamint orvos laboratoriumi felszereléssel, haláleset miatt — lakással együtt — bérbeadó, vagy esetleg szakszerint elkülönítve is, eladó. Cím: Özv. dr. Berger Arthurné, Derecske, Bihar megye.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Biharvármegye gr. Tisza István közkórházában lemondás folytán megüresedett egy *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvos kezdő javadalmazása a XI. f. o. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy szobából áll! lakás és I. oszt. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő,

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *1939. évi december hó 31-én déli 12 óráig* Molnár Imre dr. Biharvármegye főispánjához címezve, a közkórház igazgatóságához kell beadni. Elkésve érkezett, vagy a jelen pályázati hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetek.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló okiratot; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet és kórházi szolgálati könyvet; 6. életleírást (curriculum vitae); 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi egészséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 8. Végül törvényes kötelezettség mellett egy oly nyilatkozatot, melyben kifejezésre jut, hogy folyamodó az 1939. évi IV. tc. 5. §-a szerint nem tekintendő zsidónak.

Berettyóújfalú, 1939. december 10-én.

Fényes Pál dr., s. k. kórházigazgató-főorvos.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik dec. 3—9. között. Ezen a héten két erős betörési, egy felsiklási és számos közepes és gyenge fejlettségű front érkezett. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
December	3	4	Betörési	Gyenge	Szélerősödés 7 m|mp-ig
	3	8	Betörési	Gyenge	Hirtelen szélélénkülés 5 m|mp
	3	11	Betörési	Gyenge	Hirtelen széllökések 6 m|mp
	3	13	Betörési	Gyenge	Széllökések 6 m|mp, szélford. NY-ról É-ra
	3	16	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés
	3	17	Betörési	Erős	Hirtelen szélvihar 17 m|mp, zápor 1 mm
	4	5	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés 8 m|mp, hirtelen felhőoszlás
	5	2	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés 6 m|mp
	5	14	Felsikl.	Mérsék.	Sürű praefrontalis köd, erős nyomászuhanás
	6	21	Felsikl.	Erős	5 mm felsikló eső 17 ó.-tól
	7	1	Betörési	Mérsék.	Szélugr. D-ről E-ra, szélrohamok 11 m|mp
	7	19	Felsikl.	Mérsék.	Praefront. eső 18 ó.-tól, 1 mm
	7	21	Betörési	Mérsék.	Széléléküles 15 m|mp-ig
	8	8	Betörési	Erős	Szélvihar, max. seb. 22 m|mp, vége éjjel

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatok lásd az 1939. évi 5. szám 123. oldalán.

HETIREND

Hétfőn, 18-án 7 ó.: a Bp. Orvosi Kör ülése. *Imre J.:* A vakság elleni küzdelem újabb útjai. (XI. *Kovács-Schächter* emlékelőadás.)

Hétfőn, 18-án, 7. ó.: a Magyar Röntgen Társ. ülése. *Hajdú I.—Virág A.:* Ileust okozó enterocysták. *Engel S.:* Az articulatio sterno-clavicularis felvételi technikája. *Lichtenstein B.:* A sacroiliacalis tájék vetületében lévő ureterkövek röntgenvizsgálatáról. *Winkler K.:* A tüdők sugárártalmáról.

Kedden, 19-én 1/2 7 ó.: a Bp. kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegy. Sz. o. és a Magy. Phonetikai Társ. együttes ülése. Előadás: *vitéz Borsos L.* (m. v.): Farkastorok műtéti eredményeiről.

Pénteken, 22-én 6 ó.: a Bp. kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Majoros J.:* Charlin syndroma; *Migray J.:* Nyeregorr javítása orrsövény-részletek felhasználásával; Tagválasztó ülés. Előadások: *Pándy K.:* Tuberculum carabelli és a connatalis lues; *Julesz M.:* A prolan-elválasztás diaetás befolyásolása.

Dr. FARKAS vízgyógyintézet

V. BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438

Szénsavas-, bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag
ízletes és szagtalan standardizált
csukamájolaj

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D-vitamint.

Krompecher Budapest, V., Nádor-utca 15.

SZENT LUKÁCS
GYÓGYFÜRDŐ ÉS GYÓGYSZÁLLÓ

Társas rheuma-osztály

Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Kénes források 64 C

Természetes iszaptó

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Togal

1 tabletta tartalmaz:
0·28 g. Acid. acet. sal.,
0.013 g. Chin. citr.
0·04 g. Li. citr.

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szivre.

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

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

MEDOBIS-CHINOIN

a kiváló bismuth-antilueticum

Olajos oldatú, magas fémbismuth-tartalmú higanyfolyó készítmény

Egyes adagja 0·5 kcm

10 ampulla dobozban

12 és 25 kcm-es üvegek

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 51. szám. Budapest, 1939 december 23.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM

Illyés Géza: A terhességi vesemedencegyulladás súlyos alakjai. (1049—1051. oldal.)
Klimkó Dezső: Rubrophennel szerzett tapasztalatok (műmelléklettel). (1051—1053. oldal.)
Kiss Pál és **Flesch István:** Serumbetegség alatti collapsus kezelése (1053—1056. oldal.)
Geldrich János: A glomerulonephritis abortiv alakjai (1056—1057. oldal.)
Pásztor Mihály: A féregnyulványgyulladás szerepe nőgyógyászati bántalmak és főleg a meddőség kóroktanában. (1057—1060. oldal.)
Nónay Tibor és **Nagy Ferenc:** A sulfamid készítmények szemészeti alkalmazása. (1060—1063. oldal.)
vitéz Simon Tibor: Postoperativ tetania psychés tünetei. (1064—1065. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (173—176. oldal.)
Irodalmi szemle: (1065—1067. oldal.)
Könyvismertetés: (1067—1068. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1068. oldal.)
Lapszemle: (1068—1069. oldal.)
Vegyes hírek. Hetirend: (1069—1070. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem Urologiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

A terhességi vesemedencegyulladás súlyos alakjai.

Irta: *Illyés Géza dr.* egyet. ny. r. tanár.

A felső húgyutak a terhesség második felében a rendes élettani viszonyok mellett is olyan tágulásokat mutatnak s e körülmény bakteriumok odajutása esetén olyan kedvező feltételeket teremt, hogy nem csoda, hogy éppen a terhesség alatt gyakran látunk vesemedence-hurutot.

Nemrégen *Mikulitz-Radeczky* prof., a königsbergi nőgyógyászati klinika igazgatójától olvastam erről (Ztschr. f. Urol. 1938. 32., 11.) s mivel nem mindenben osztom véleményét, ez indított arra, hogy az urologus-sebész szempontjából is pár sorban elmondjam tapasztalataimat.

A budapesti egyetemi urologiai klinikán elég gyakran látunk terhességi vesemedencegyulladást, még pedig inkább a súlyos eseteket, mert a diaetásan, vagy belső gyógyszerekkel befolyásolható esetek nem jönnek ide. Hozzánk azok a magas lázban szenvedő súlyos betegek kerülnek, akiket az eredménytelen belső gyógyszeres kezelés után nőgyógyászok, vagy eredménytelen ureterkatheter kezelések után nőgyógyászati klinikák, vagy kórházi osztályok küldenek ide.

Eseteink nagy részében ureterkathetert vezettünk fel egyik, vagy mindkét oldalon, hol az a fontos, hogy túljussunk a katheterrel a kismedence bemenetén, ahol az uretert a növekedő méh a medencecsonthoz nyomja. A legtöbb esetben sikerült e helyen túljutnunk, midőn látjuk az ureterkatheteren át kifolyó sűrű vizeletcseppekből azt, hogy pangó vizelet ürül ki a tágult ureterből, illetve pyelumból. E drainezés eredménye az, hogy megszünik az egyre tartó magas láz s a beteg könnyebben érzi magát. Az ureterkathetert az egyik, vagy kétoldali pyelitisben mindkét oldalon állandósítjuk s a beteggel bőséges folyadékot itatunk. Öblíteni a vesemedencét nem szoktuk, arra szükség nincsen, sőt az elővigyázatlan befecskendezés veszélyes lehet, mert a hirtelen nyomásfokozódással ilyenkor bejuthat az infectio a pyelo-venosus- vagy pyelo-tubularis, ill. pyelo-interstitialis refluxus következtében a vese állományába. Csak abban az esetben, ha a katheter nem jól vezet, állítjuk helyre kis folyadékmennyiség befecskendezésével annak átjárhatóságát. Azért rendelünk bőséges folyadékfelvételt, hogy a vizelet híg maradjon s a katheter ne duguljon el. Eredménytelen kifecskendezés után, vagyis ha a katheter ekkor sem vezet, kicseréljük azt. Az így behelyezett kathetert pár napig bennhagyjuk s csak akkor távolítjuk el, ha a láz teljesen elmult; ha azonban újra láz jelentkezik, akkor a kathetert újra behelyezzük. Vannak azonban esetek, amikor több napon, vagy több héten át is állandóan benntartjuk. A vesemedence, illetve felső húgyutak ilyen természetes úton történő drainezését már 1904-ben leírtam és ajánlottam, s azóta mindenütt alkalmazzuk. (Über das therapeutischen Ureterkatheterismus. Dtsch. Ztschr. f. Chir. LXXVI. k.).

Megfelelő esetekben ezen eljárást a legkülönbözőbb indicatiók alapján használjuk.

Példaként két esetet említek:

27 éves primipara, VII. hónapban terhes. Előzményként előadja, hogy két hét óta erős hólyagtáji fájdalmai vannak, pár napja jobboldali vesegörcse, hidegrázása, magas láza van és vizelete zavaros. J. o. ureterkatheter. zavaros vizelet-retentio, benne sok geny. Ureterkathetert állandósítjuk s 2 hétig bennhagyjuk, mire a beteg láztalanná vált és haza ment. Két hét után újra hidegrázással, lázzal jelentkezik, ismét állandó ureterkatheter pár napig, de amit kivettük ismét lázas lett s ezért a kathetert időnként cserélve négy hétig bennhagytuk, mire a láz megszünt. Az ureterkathetert közvetlenül a szülés előtt távolítottuk el. Szülés után láza, vesefájdalmai meegszüntek s gyermekágya zavartalanul folyt le.

Egy másik, 20 éves nő, ki a VII. hónapban volt gravid, j. o. görcs és magas láz miatt került hozzánk. Mindkétoldali pyelitis, mindkét oldalra állandó ureterkatheter. Leukocytosis: 25.000; 8 nap múlva láza megszünik s az üreterkathetert eltávolítjuk. Egy hónappal később ismétlődik a láza, ami ureterkatheterre megszünik, hogy a szülés előtt 2 héttel harmadszor is megismétlődjön. Normalis szülés után gyógyult. — Két évvel később ugyancsak a VII. hónapban magas láz mellett a j. o. vesében volt retentio,

ami 3 napi ureterkatheter után megszünt. Második szülése is zavartalanul folyt le.

Kerültek azonban olyan súlyos esetek is hozzánk, akiknek állandó ureterkatheter alkalmazása után sem szünt meg meg a septikus láza, legtöbbször azért, mert nagyon soká kisérleteztek az intravenás, vagy más úton bejuttatott gyógyszeres kezeléssel s elkésve történt meg az ureterkatheter felvezetése s a genyedés már bejutott a veseállományba. Ilyenkor az állandó ureterkatheter jó functiója ellenére a hidegrázás megismétlődik, a leukocytosis fokozódik, valamelyik vesetáj nyomásra nagyon érzékeny, sőt ilyenkor a vesekörüli zsír vizenyőssé válik s ezáltal a megnagyobbodott vese és környezete jól ki is tapintható. Hasonló esetben habozás nélkül a kérdéses vesét sebészileg fel kell tárni. Már a vese tokja alatt áttünnek a veseállományban ülő gombostűfejnyi, vagy nagyobb, egyes, vagy helyenként összefolyó tályogok. A vese saját tokjának lehúzása (decapsultio) után e tályogok többnyire maguktól megnyílnak, vagy megnyitjuk őket, így szabaddá lesznek a capsula propria alatti inficiált nyirokrések; s ha tamponok behelyezésével gondoskodunk a tályogok további jó ürüléséről, eleget tettünk annak, amit ilyenkor tenni kell. A nephrotomia nem jó műtét ilyen esetekben. Szétszórt vesetályog esetében széles nephrotomiával sem lehet valamennyi tályogot megnyitni, de a vérzés veszélye nagy, annyival is inkább, mert a lobos, törékeny veseállományt nem lehet varrni, tampon pedig nem elég. Csak akkor végzünk részleges, kis, esetleg több helyen alkalmazott nephrotomiát, ha egyes körülírt nagyobb tályogról van szó. Ilyen esetekben a vesét kis helyen bemetszük és *tompán* addig tágítjuk a nyilást, ameddig a tályogot elérjük, hogy azt drainezni tudjuk. Nagyon sok beteget operáltam ureterkő okozta inficiált retentióval, olyat is, kinek egész vesefelülete tele volt szórva kisebb-nagyobb tályoggal, melyek egyszerű feltárás, decapsulatio és tamponálás mellett gyógyultak, anélkül, hogy a vesét el kellett volna távolítani. Terhes nők szervezetéből a toxikus anyagok kiküszöbölésére minden kis veseállományra nagyon is szükség van s ezért mindent el kell követni, hogy a vesét megtarthassuk, ami a legtöbb esetben sikerül is, ha az utókezelés helyesen történik. Az ilyen súlyosan tályogos vesét naponta fel kell tárni, ujjal körüljárni, a lenövéseket, genypangásokat megszüntetni s a végén 10—14 nap alatt mégis sikerül a szervet megmenteni. Ha a vese septikus gócait nem tudjuk jól feltárni s a beteg általános állapota romlik, bármikor könnyen eltávolíthatjuk a feltárt vesét, ha ebben látjuk a hiderázásos láz okát.

Példaként egyik legutóbbi esetünket említem meg:

18 éves, V. hóban gravid. Felvétele előtt hét héttel j. o. ismételt vesegörcs; vidéki kórházba került, hol 12 napig ismétlődő hidegrázását és magas lázát gyógyszerekkel kezelték. Felvételkor rendkívül súlyos, szürkés-sárga arcszínű, septikus beteg benyomását teszi. J. o. állandó ureterkatheter pár napig. Láza csökken, de nem szünik meg. Leukocytosis: 40.000. Vesefeltárás. Veséje tele van, főleg az alsó poluson gombostűfejnyi-lencsényi, helyenként összefolyó tályogokkal. Decapsulatio, s hogy a veseüreg is jól drainezve legyen, transrenalis draincsövet helyezünk be a pyelumba. [E vesedrainezésre azért volt szükség, mert az ureter a pyelum alatt erősen megtörtött; húrok képződött. Ha a drainezést nem végezzük el, lehet, hogy az első tályogos pyelonephritis ugyane mechanismus folytán (pyelointerstitialis, vagy pyelotubularis refluxus) megismétlődik.] A feltárt vesét körültamponáltuk. A beteg láza még 10 napig tartott; naponta ujjal körüljártuk a feltárt vesét, a genypangást mindenütt megszüntettük. A 11. napon a beteg teljesen láztalan, arcszíne jó, jól táplálkozik, terhessége tovább tart, magzatmozgásokat érez, a nőgyógyászati vizsgálat mindent rendben talált. 2 hónappal a műtét után láztalan, jól érzi magát; azóta szült, gyermek és anya egészségesek.

Egy másik, még súlyosabb eset: 23 éves V. hóban gravid. Két héttel felvétele előtt nagy láza és *baloldali* vesefájdalmai vannak. Az iv. pyelographia baloldalt kettős veseüreget mutat. Állandó ureterkatheter behelyezésére sem szünik meg a láza, ezért a bal vesét feltárjuk; rajta sok tályogot találunk. Decapsulatio. Lassan javul. 3 hét után újra hidegrázás jelentkezik, *jobb* vesefájdalmak kiséretében. A jobb vesét is feltárjuk; az alsó vesefélben nagy tályogot találunk, melyet kis haránt nephrotomia útján megnyitunk s decapsulatiót végzünk. A beteg gyógyult, terhessége megmaradt.

Meggyőződésem, hogy súlyos veseállománygenyedés esetén már hiábavaló a művi abortus, vagy mesterséges koraszülés; a vesefolyamat attól függetlenül megy a maga útján s ezért külön, sebészileg kezelendő.

Például: 27 éves primipara. Terhességének utolsó hónapjában bal vesetáji fájdalmak, hidegrázás, láz; bal oldali ureterkatheter, 100 ccm zavaros vizeletretentio, ureterkatheter állandósítása 3 napra; ekkor megszüli egészséges gyermekét. Utána is lázas, leukocytosis: 30.000, állapota egyre romlik; 3 héttel a szülés után bal veséjét feltárjuk; a vese tele van nagy tályogokkal, ezért nephrotomiát végzünk. A pyelum férfiökölnyire tágult, mert az uretert magasan egy kereszteződő rendellenes ér szorította le. A beteg meggyógyult.

Ez esetben a pyelumbeli retentio oka rendellenesen futó véredény volt; akármi is azonban a retentio oka, ha egyszer refluxus útján veseállománygenyedés keletkezett, azt fel kell tárni s sebészileg ellátni.

Egy másik eset:

27 éves nő, ki ötödik szülése után, a gyermekágy 4. napján kerül hozzánk. Terhessége utolsó kép napján nagy láza, hidegrázása s jobb vesetáji fájdalmai voltak. Vizeletében geny és coli-bacillusok. Pár napi megfigyelés után a jobb vesét feltárjuk; alsó polusa szélesebb, nagyobb, s tele van apró tályogokkal. Decapsulatio és tamponálásra pár nap múlva láza megszünt s négy hét alatt teljesen gyógyult.

Meg kell itt említenem azt is, hogy ha a betegben a terhesség alatt az ureter valamelyik részében ureterkő akad meg, s azt elzárja, azt sebészileg kell eltávolítani, mint két esetben végeztem. Mindkét esetben a terhesség tovább tartott s a szülés szerencsésen folyt le.

Súlyos terhességi pyelitis esetünk az urologiai klinikán az utolsó 20 évben *239* volt, ebből jobboldali *150*, baloldali *49*, kétoldali pedig *40*.

A terhességgel kapcsolatban jelentkezett súlyos veseelváltozás miatt	14
műtétet végeztünk. Ebből:	
egyoldali veseműtét	13,
kétoldali veseműtét	1
Decapsulatio	9,
ezek közül egyen kétoldali Nephrektomia	5
Az operáltak közül meghalt	2,
idejében élő magzatot szült	9,
idő előtt szült	3,

A műtét után idejében született magzatok közül 2 esetben a terhesség IX., 4 esetben a VII. és 3 esetben az V. hónapban történt a műtét. Azóta szült gyermek és anya egészségesek.

A nem operáltak közül meghalt 3.
(egyik kétoldali súlyos pyelonephritis-uraemia, másik spontan koraszülés a VII hónapban, sepsis; a harmadik spontan koraszülés a VI. hónapban, sepsis következtében.)

Két operált esetünk halt meg.

Egyik 22 éves primipara, a VII. hónapban gravid. Mielőtt hozzánk került 4 héten keresztül egyre tartó hidegrázása és nagy (41 C°) láza volt. Felvételkor a sápadt, leromlott asszony súlyos septikus kórképet mutat. A jobb vesetájon férfiökölnyi fájdalmas resistentia tapintható. 2 napig állandó ureterkatheter a jobb oldalon. Harmadik na-

pon a vese feltárása. A vese tele van tályogokkal, melyek közül egyik-másik áttört a vesekörüli zsírszövetbe; decapsulatio, tampon. Láza nem szünt meg, állapota tovább romlott, a harmadik napon szülési fájdalmak jelentkeznek; művi koraszülés. A beteg még azon a napon meghalt. A boncolás kétoldali pyelonephritist veseállománybeli tályogokkal, a vesék súlyos zsíros degeneratióját mutatta; súlyos általános anaemia, uraemia.

A másik eset hasonló volt ehhez. Mindkét esetben kétségtelen, hogy elkésve került sor a localis beavatkozásra s a halálos véget nem lehetett megakadályozni. Volt tanársegédem *Dózsa Jenő* magántanár 1928-ban közölte eseteimet (Ztschr. f. urol. Chir. 1928. 25. k.), akkor 100 eset volt; e 100 esetből meghalt 4, ezek közül csak kettőn végeztünk vesefeltárást. Az utolsó 10 évben 9 betegen végeztünk veseállománygenyedés miatt vesefeltárást, ezek közül egy sem halt meg.

Összefoglalás:

1. Súlyos terhességi pyelitis esetében a természetes úton történő drainezés a legegyszerűbb és leghatékonyabb, ureterkatheter felvezetése és bennhagyása útján;

2. Ha a katheter jól vezet s a láz még sem szűnik meg és a leukocytosis fokozódik, akkor veseállománybeli tályogképződésre van gyanú. Ilyen esetben a vese haladéktalanul feltárandó;

3. Törekedni kell a vese megtartására, amit decapsulatio útján a tályogok megnyitása mellett többnyire elérhetünk;

4. Csak elhanyagolt, nagy veseállománypusztulás esetén, vagy ha a septikus góc radicalis eltávolítása a beteg általános állapota miatt sürgős, kell nephrektomiát végezni;

5. A terhesség alatt megindult veseállománygenyedés a szülés bekövetkezte után is tovább folytatódik, s vele külön kell foglalkozni. A terhesség megszakítása, vagy a szülés szerencsés lefolyása nem befolyásolja lényegesen a genyedő vese állapotát;

6. Ureterkő a terhesség alatt is operativ úton távolítandó el, nem szükséges a terhesség megszakítása.

Az Uj Szent János kórház fertőző sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Klimkó Dezső egyet. magántanár.)

Rubrophennel szerzett tapasztalatok.

(Műmelléklettel.)

Irta: *Klimkó Dezső dr.*, egyetemi magántanár.

A tuberculosis sebészi kezelésével karöltve a gyógyeljárások sorozatát alkalmazzuk annak megfelelően, hogy az egész szervezet betegségéről van szó és nem valamely helyi reactióról vagy áttételről. A gyógyeredmények annál jobbak, minél korábban kezdjük meg a kezelést, — tehát a betegség elején. *Bakay* közleménye szerint *Sorrelnél* a legsúlyosabb beteganyag van, míg *Rolliert* inkább a könnyebb betegek keresik fel, ebből adódik a két intézet eredménye közt fennálló különbség. Osztályunkra a súlyos állapotban lévő beteg kerül. Igen sok már hosszú időn keresztül járóbeteg-rendelésen kezelésben részesült, legtöbbször különböző helyeken és akkor, amikor nem tud elmenni orvosához többé leromlott állapotában kezdhetjük mi a gyógyítást. E betegekre vonatkozó adatok tehát a járóbeteg rendelések összeállításaiból kiesnek; ott a beteg többé nem jelentkezvén, — vagy mint gyógyult, esetleg javult, vagy változatlan állapotban lévő javítja vagy rontja az illető intézmény statistikáját. Ennek megfelelőleg egy-egy ott beállított kezelési módszert vagy gyógyeljárás-sorozatot igazol, esetleg kétségessé tesz, jóllehet a betegnek csak azután kell a kórházi osztályon sokszor hosszú utat megtennie, míg végső sorsa kialakul. Alapos szervezettség esetén természetesen a valóságnak megfelelő és emellett állandó eredményeket lehet felmutatni járóbetegrendeléseken is.

Mi a gümőkóros betegeket akár teljes gyógyulásukig is az osztályon észlelhetjük. Teljes gyógyulás alatt értjük a klinikai tünetek tökéletes visszafejlődését a panaszmentességet röntgenen látható elváltozások visszafejlődésének befejeződését, a laboratoriumi vizsgálatok normalis voltát. — Tudatában vagyunk annak, hogy kiujulások, sőt igen késői kiújulások előfordulnak, ezért ellenőrző vizsgálatra járnak be a betegek. — Olyan eseteket, amelyek meggyógyulnak, ellenben nagyon hosszú idő után újulnak ki, mi gyógyultnak minősítjük, azon tapasztalat alapján, hogy egyfelől a késői kiujulás jobbindulatú , másfelől azon kedvező körülmény miatt, hogy az ilyen beteg már a legkisebb panasz esetén is azonnal orvosához, intézetéhez fordul és így fellángoló, de semmiesetre sem elhanyagolt folyamatot kezelhetünk.

Bevezethetjük tehát a legkülönbözőbb gyógyeljárásokat; azok értéke felől meg is győződhetünk azon nehézségek ellenére is, amelyek ezen értékmeghatározáskor éppen a sebészi gümőkór esetén fennállanak.

Megkíséreltük a *rubrophennel* (Chinoin) történő gyógyítást. Nagy irodalmában sok kedvező eredményt és biztató véleményt találunk, vannak azonban skeptikusai is. Célunk az volt, hogy megállapítsuk azt, hogy az osztályon bevezetett gyógyeljárások sorozata gazdagítható-e vele. Mindegyik betegünk a megszokott kezelésben részesült, a többlet a kisérleti betegeken rubrophen volt. Röviden megjegyezzük, hogy az osztályon a gümős betegek sebészi kezelésének elve tökéletesen egyezik *Bakay*nak e téren már számos helyen leszögezett álláspontjával és így erre, valamint az egyéb kezelésekre nem térünk ki. (*Bakay:* Orvosképzés, 1936.)

134 beteget kezeltünk rubrophennel az elmondott elvek szerint. 23 beteg külső ok miatt hamar távozott az osztályról, ezek megbírálásra nem alkalmasak, a kezelés túl rövid ideig tartott. 11 beteg olyan súlyos állapotban volt már a kezelés megkezdésekor, hogy rövidesen meg is halt; teljesen reménytelen esetek lévén, szintén számításon kívül esnek. Igy végeredményben 100 esetről számolhatunk be.

Az összeállításokban lágyrész-, izületi- és csontgümőkór esetében szerepelnek; ezek részint zárt, részint sipolyos folyamatok voltak. 17 lymphomáról van szó, míg 83 csont- és izületi gümőkóros eset volt.

1. A lymphomák:

	0—2	3—4	5—7	8—12	hónap alatt
gyógyult:	2	5	4	2	= 13 (76.5%)
javult	2	1	1	—	= 4 (23.5%)

Látható, hogy 13 beteg meggyógyult, 4 pedig javult. Gyógyultnak azokat a betegeket tekintettük, akiknek a nyirokcsomó duzzanatai teljesen eltüntek és 12 hónapi további észlelés után sem támadt kiujulás. A leggyorsabb gyógyulást azokon az eseteken láttuk, midőn a betegség elején jeletkezett a beteg: az állomány még nem halt el és sem foltokban sem egészében nem alakult át sajtos tömeggé. A gyógyulás ilyenkor 2—3 hónap alatt befejeződött. A kezelés első heteiben a csomók erősen beszüremkedtek, a beteg lázas lett, fájdalmakról panaszkodott. E tünetek a kezelés további folyamán hamar visszafejlődtek. Ha a nyirokcsomó elsajtosodott és ebben a szakban kezdtük a kezelést, akkor

már lényegesen hosszabb kezelési időre volt szükségünk. Ilyen esetekben a duzzanat nem ritkán fokozódik, a nyirokcsomó elfolyósodik, a genyet ilyenkor ki kell szívni, ellenben helyére rubrophen oldatot ne fecskendezzünk vissza, mert a tapasztalás szerint a szövetekre gyakorolt hatás folytán a váladék hirtelen megszaporodik, ez a szúrcsatornán keresztül tör és végül sipoly támad. Ezzel a gyógyulási idő méginkább elhúzódik. A befecskendezések helyett szívattyúzzuk csak ki a tályogot 3—4-szer, 4—5 naponként végezve azt, rendszerint elégséges ahhoz, hogy a tályog fala letapadjon; így az üreg elzáródik és néhány hét alatt a beteggé vált terület rendes tapintatúvá válik. Hosszú idő óta fennálló lymphoma esetekben, főleg ha az idült lobos folyamat jelentékenyen túlterjed az állományon a környezet felé, a gyógyulás hosszú ideig tart, függetlenül attól, hogy a nyirokcsomó duzzanat nagy volt e, vagy sem. Leghosszabb ideig gyógyulnak a porckemény tapintatú csomók; ezek igen lassan tünnek el. Megjegyezzük, hogy a lymphomákat nem sugároztuk be és a kiszívattyúzások után semmi vegyi anyagot nem vittünk belejük.

2. A csont- és izületi gümőkór anyagunkban 83 esettel szerepel.

Mint már említettük, nem vettünk be 11 igen súlyos állapotban lévő, de rubrophennel mégis kezelt beteget: ezek teljesen reménytelen benyomást keltettek már a felvételkor és valamennyien rövid idő után el is pusztultak. Ezek közül 4 esetben súlyos tüdőtuberculosis állott fenn és ez volt a bekövetkezett halálnak az oka; 1 esetben a spondylitishez mindként oldalon igen súlyos vesetuberculosis társult és mint ilyen, a gyógyulásra semmi kilátást nem nyujthatott. Egyik esetben a hidegtályog betört a hólyagba és a beteget a felszálló fertőzés pusztította el. 2 beteg az amyloidosis végső szakaszában jelentkezett, végül 3 esetben meningitis tbc. tünetei támadtak röviddel a felvétel után, mindhárom beteg hamarosan meg is halt; egyiknek igen súlyos tüdőfolyamata is volt. Ez esetekben a rubrophennel történt kisérlet semmi eredményt sem hozott. Eredményre nem is számíthattunk, mert a beteg szervezete már a felvételkor a teljes kimerülés szakaszában volt, reactióképességét elvesztette. A halál egy esetben sem volt összefüggésben a rubrophennel.

Tanulságosak ellenben a csont és izületi gümőkór különböző elhelyezkedésű alakjai.

12 spondylitis közül 1 év alatt gyógyult 7, javult 3, változatlan maradt 2, (58.3%, 25%, 16.7%). Viszont: *8 sipolyos spondylitis* közül 1 éven belül egy sem gyógyult meg (6 beteg javult).

A spondylitis gyógyulási ideje nagyon különböző. *Kremer* 4 évet állapít meg. Conservativ kezeléssel zárt folyamat esetén általában 2—5 év között ingadozik a gyógytartam. Sipolyos esetben teljesen kiszámíthatatlan.

Rubrophen-kezeléssel a gyógyulási idő megrövidul. Sipolyos esetekben egy év alatt nem láttunk eredményt.

8 coxitis közül egy év alatt 5 gyógyult meg, 2 javult, 1 pedig változatlan maradt. (62%, 25%, 13%).; *16 sipolyos coxitis* közül gyógyult 7, javult 8, változatlan 1, (43.8% 50%, 6.2%).

Ezek az eredmények jobbak, mint a spondylitises esetekben látottak; ott a betegek egyharmada, itt a fele egy éven belül gyógyultan távozott. (A coxitis gyógytartama 1—½, 1—4 év között ingadozik.)

Az articulatio sacroiliaca gümőkórját 3 esetben észleltük. *Lange* szerint a gümőkór ezen elhelyezkedésű alakja nem gyógyul meg. Nekünk szerencsénk volt: 1 év alatt mind a három meggyógyult. Egyik nem is kezdő folyamat volt: a baloldali art. sacroiliaca alsó részén babnyi sequester volt látható, tapintható hidegtályoggal. Egy év után 25 kg-ot hízva, panaszmentesen, gyógyultan távozott. A másik két beteg betegsége elején került hozzánk.

7 gonitis közül 1 év alatt gyógyult 2, javult 4, változatlan maradt 1. (28.5%, 57.1%, 14.4%). *4 sipolyos gonitis* közül 1 év alatt gyógyult 1, javult 2, változatlan maradt 1, — (25%, 50%, 25%).

A gonitisek rossz hajlamúak. Gyógyulási idejük igen változatos, 4—5 esztendő.

A rubrophennel történő kezelés mellett is kidomborodik a gonitisek rosszindulatúsága; az összes localisatiók között a legrosszabbak az eredmények itt, hason rossz arányszámot a caries multiplex mutat.

6 sipolyos caries pedis közül 1 éven belül gyógyult 4, javult 2 (67%, 33%).

Zárt folyamatunk nem volt. E jó eredmények *Strasser* eredményeivel megegyeznek. Az esetek meglehetősen elhanyagoltak voltak, viszont ismeretes az is, hogy a caries pedis nem tartozik a rosszindulatú betegségek közé és átlagos gyógytartama 2 esztendő.

1 könyökizületi gümőkórunk volt, ez javult 1 év alatt. A könyökfolyamatok gyógytartama 1—2 esztendő, így esetünkben a kezelés eredménytelenségét állapíthatjuk meg.

Caries carpi 2 esete közül egyik fél év alatt gyógyult meg, a másik ugyanennyi idő alatt alig javult.

2 caries costae 1 éven belül meggyógyult. A beteg bordát nem távolítottuk el, ellenben a borda körüli, illetve a borda mögötti tályogüregbe rubrophen-oldatot fecskendeztünk be és ezzel elősegítettük az igen sok törmeléket tartalmazó geny kiürülését. Ez jó eredmény.

12 caries multiplex esetből 1 év alatt 3 gyógyult meg. Kedvező eredménynek minősíthető.

Egy év után befejeztük a kisérletezést azon elgondolás alapján, hogy egy új szer, vagy gyógyeljárás kipróbálásában, gyakorlati értékének megállapításában fontos annak lerögzítése, hogy egy bizonyos, aránylag nem túl hosszú idő múltán kimutatható-e a különbség az illető szerrel kezelt és nemkezelt betegek kórlefolyása között. *Genersich* 5 hónapja kezelte betegeit rubrophennel és ez idő alatt eredményt nem látott. *Sebestyén* szerint az 5—6 hónapon át kezelt esetekben az eredmények nem voltak jobbak, mint azt ő a szokásos conservative kezelt eseteiben látta. A rubrophent mi 12 hónapig adtuk, az előírások pontos betartása mellett nagyon nagy mennyiségben és felfogásunk szerint még így is meglehetőssen szigorú követelmények elé állítottuk a szert, mert köztudomású az, hogy egy évnél kevesebb idő alatt csak igen *kis százalékban* sikerül a csont- és izületi gümőkórnak bármelyik alakját véve is, meggyógyítani. 5—6 hónapi kezelés az értékmeghatározáshoz nem elégséges. A 12 hónapos kisérletezés óta immár második esztendő múlik el, mely idő viszont elegendő, hogy a felülvizsgálatok, a betegek újbóli jelentkezése alapján a gyógyeredmény tartóssága felől is meggyőződhettünk.

Összesített eredmény csont- és izületi gümőkórban 40.9%, gyógyulás egy év alatt. A betegek 46.9%-a javult. Utóbbiak további sorsáról nem számolunk be, jóllehet ezek eltérőleg a gyógyultaktól 1 éven túl is mint bentfekvők kezelés és megfigyelés alatt állottak. *A fenti eredmény jónak minősíthető.* Összehasonlítva az osztályon fekvő és rubrophennel nem kezelt betegek gyógyulási arányát és idejét, a rubrophennel kezeltekkel, akkor azt állapíthatjuk meg, hogy az utóbbiak

gyógyulási aránya kedvezőbb, a gyógyulási idő pedig jelentékenyen megrövidül.

A rubrophen hatásmódját ezideig nem ismerjük. Chemotherapiás szer lévén, eléje mindazon nehézségek hárulnak, amelyek a chemotherapinál fennállanak. Bizonyos az, hogy chemotherapiás szerrel jó eredményt csak akkor érhetünk el, ha a szert korán adjuk — lehetőleg a betegség legelején: ilyenkor, mint parenteralisan adott anyag mobilisálja a szervezet védekező erejét, némelyik ronthatja a táptalajt, másik gátolhatja a kórokozók virulentiáját. Kifáradt szervezeten annak reactioképtelensége miatt sem rubrophentől, de egyéb chemotherapiás szertől sem várhatunk eredményt.

Jellemző a rubrophenre, hogy vele gyógyeredmények csak gümős fertőzések esetén érhetők el. Ez a rubrophennek talán egyik specialis tulajdonsága.

Tapasztalatok azt mutatják, hogy a rubrophen elsősorban a vérképző szervekre gyakorol befolyást. Ennek jele, hogy emelkedik a Hgb%, szaporodnak a vörösvérsejtek. Megfigyeléseink szerint az esetek nagy többségében a Hgb% igen sokszor a rendes fölé emelkedik, akár 110%-ig is; a vörösvérsejtek megszaporodása tetemes, 5—5½—6 millió. Az anaemia eltűnik. A beteg étvágya javul, majd meghízik. A hízás igen tekintélyes, számos esetben észleltünk 15—30 kg-os súlyemelkedést egy év alatt. A toxikus állapot fokozatosan csökken. A kórteremben a rubrophennel kezelt beteget jó külsejük alapján már messziről fel lehetett ismerni. Igen jellemző ez a rubrophenre.

14 esetben a kúra elején gyomortáji fájdalmak, majd hasmenés támadt. Ezeken a kúrát folytatva súlycsökkenést vártunk, ez nem következett be, ellenben a panaszok megszüntek, a beállított sósavkezeléssel és azzal, hogy átmenetileg csökkentettük a tabletták szedését. A betegek leromlását nem észleltük.

A vérkép kóros eltolódása fokozatosan megszűnik. Egyesek kifejezett eosinophiliát láttak jól reagáló esetekben és ezt jellemzőnek mondják gyermekanyagon. Felnőtteken az eosinophiliát szabályszerűen nem találtuk meg.

A vörösvérsejtek süllyedési sebessége a kezelés folyamán igen változik. *Büchler* a berni sebészeti klinika beteganyagán azt figyelte meg, hogy ha a süllyedés a kezelés első hónapjaiban kedvezően alakult, akkor ebből kedvező gyógyeredményekre számíthatott, ellenkező esetben az eredmény kétséges volt. Mi ezt nem tudjuk igazolni. A süllyedés a szervezet terhelésének pillanatnyi állását jelzi: változást szenved az, ha bárminemű közbejött betegség támad, de változik akkor is, ha egészen jelentéktelen szövődmények lépnek előtérbe. A kórjóslat szempontjából ezt a sok változásnak alávetett vizsgáló módszert nem használhatjuk. Inkább az előbb említett Hgb% és vörösvérsejtszám érték változatai, emelkedései azok, amelyek fényt derítenek az alapfolyamat alakulására, javulására.

A kezelés folyamán készült röntgenfelvételek alapján megállapítható az, hogy sok esetben igen rövid idő alatt kiadós mészlerakódás észlelhető a beteg góc körül. Többször feltünik, hogy a kisebb sequesterek igen gyorsan eltünnek; ezek kedvező jelek, de önmagukban véve gyógyulást nem jelentenek.

A rubrophen-kezelés alapvető szabálya, hogy az egyéb gyógyeljárásokat nem szabad elhanyagolni. Fontos a végtag, vagy a test teljes nyugalombahelyezése, a nap, lég, a quarz-kúra, a jó táplálás. A betegek tisztántartása.. Igen fontos a helyzet megkövetelte pontos sebészi ellátás. A röntgenbesugárzásokat kisérleti betegeinken elhagytuk, így nincsenek tapasztalataink abban az irányban, hogy a rubrophen-kezelés röntgenbesugárzásokkal együttesen a gyógytartamra mílyen befolyással lehet. *Volk* a lupusos betegek kezelésekor azt tapasztalta, hogy a rubrophennel kezelt betegek sugárérzékenyekké váltak és kis sugármennyiségre is meglepően reagáltak.

Betegeinknek másodnaponként 1 amp. rubrophent adtunk intravenásan, a közbeeső napokon pedig a 3 fő étkezésre elosztva 6—12 tablettát szedett a beteg. Több ízben hasmenés jelentkezett, némelyik beteg pedig gyomortáji fájdalomról panaszkodott. Mindez rendszeres acidol-pepsin adagolásra, a tabletta-szedés átmeneti csökkentésével megszünt. Némelykor az intravenásan befecskendezést a beteg fájdalmasnak jelezte. 4—5 injectio után azonban nem hallottunk ilyen panaszokat.

Hatalmas mennyiségű rubrophen fogyott el osztályunkon egy év alatt. A *Chinoin*-gyár által rendelkezésünkre bocsátott anyaggal a kisérleti betegeket egy éven át mintegy elárasztottuk. A legnagyobb adagokat adtuk nagy sorozatban anélkül, hogy a rubrophen rovására irható szövődmény támadt volna. Mérgező voltát egy esetben sem tapasztaltuk, bár erre bőven nyílott volna alkalom.

A rubrophennel *(Sailer)* szerzett tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Az osztályon alkalmazott és bevezetett gyógyeljárások sorozata a rubrophennel gazdagítható;

2. Lymphomák egyedül rubrophennel kezelve néhány hónap alatt teljesen eltüntek és meggyógyultak;

3. Csont és izületi gümőkóros esetekben megrövidült a gyógyulási idő, javult a gyógyulási arány. A rubrophen mellett az egyéb kezelési módok nem hanyagolhatók el;

4. Előrehaladt folyamat esetén, a ha beteg szervezete már kimerült, eredményt elérni nem tudunk. Ezek a kisérletek nem alkalmasak a szer elbirálására.

5. Az eredményesség feltétele, hogy a kezelést megfelelő kitartással, kellő ideig kiadós rubrophen-mennyiséggel végezzük és azt a beteg teljes gyógyulásáig ne hagyjuk abba.

Néhány hónapi, méginkább heti kezelés alapján leszürt vélemény, vagy kedvező tapasztalat csak akkor lenne összeegyeztethető az úgynevezett sebészi gümőkór különleges és főleg hosszadalmas lefolyásával, ha a rubrophen csodaszer lenne.

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

Serumbetegség alatti collapsus kezelése.*

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

Általában ismert, hogy az idegenfajú savó parenteralis alkalmazása után egyes esetekben az életet is veszélyeztető súlyosan kóros állapot jön létre. A közvetlen veszélyt a keringés egyensúlyának felborulása okozza. A kérdés kórtanával nem foglalkozunk, csupán utalunk azokra a vizsgálati eredményekre, melyek bizonyítják, hogy ezekben az esetekben a vérkeringés felborulásának *közvetlen oka* a vérkeringési rendszer peripheriás részén van és szívzavar csak másodlagosan csatlakozik a kóros folyamathoz.

A klinikai tünetek jellegzetesek, nem lehet őket félreismerni. A gyakorlatban leginkább diphtheria

*) A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1939. évi nagygyülésén tartott előadás kivonata.

okozta szívzavaroktól kell a kórképet elkülöníteni. A klinikai jelek különbségén kívül elektrokardiographiás vizsgálattal és a vérnyomás sorozatos meghatározásával elkülöníthetjük a két kórformát. Míg diphtheriás szívzavar esetében a vérnyomás a súlyos állapotot megelőzően napokon át lassan süllyed, addig serum okozta collapsusban a vérnyomás, mondhatni, egyik óráról a másikra hirtelen zuhan a kritikus értékre. Diphtheriás szívzavar okozta súlyos keringési zavarokban az elektrokardiogramm mindig kifejezeten kóros, serumcollapsus esetében alig van az elektrokardiogrammon eltérés. Igen kivételes esetektől eltekintve a serum okozta collapsus létrejöttét megelőzik a serumbetegség többi tünetei. A collapsus *közvetlen előzményeit* nagyobb gyermekek, vagy felnőttek egyöntetűen mondják el: gyengeségérzés, szédülés, hányinger, hányás, sötétlátás, légszomj következnek gyors egymásutánban. Az ájulás rendszerint akkor áll be, mikor a beteg félelmében felül, vagy nagyobb mozgásokat végez s a keringés egyensúlya teljesen felborul. Ilyenkor a látható nyálkahártyák és a bőr halott sápadt, a beteg tonustalan, eszméletlen, a pulsus rendszerint nem tapintható, vagy ha igen, akkor igen szapora, kis hullámú, könnyen elnyomható, a vérnyomás alacsony. Ha nem történik elég gyorsan megfelelő beavatkozás, az egész testre kiterjedő görcsroham jelentkezhet, sőt a halál is bekövetkezhet. Nem csak az irodalomban találunk több halálos kimenetelü esetet, hanem a klinikánkra is behoztak 1933-ban egy hasonló okból meghalt 17.éves leányt. E betegnek otthoni orvosa orrdiphtheria gyanuja miatt diphtheriaellenes gyógysavót adott. A savó alkalmazása után pár órával a fentebb leírt súlyos kórkép következett be, majd hyperpyrexia és görcsös állapot fejlődött ki. Mentők autóval klinikánkra akarták szállítani, útközben azonban beállt a halál, úgy hogy mi már intrakardialisan adott adrenalinnal sem tudtunk eredményt elérni.

Mind az irodalom adatai, mind az előbb említett eset is bizonyítják, hogy a serumbetegség alatti collapsus veszélye igen nagy s azonnali megfelelő orvosi beavatkozásra feltétlenül szükség van. Kétségtelen, hogy a vérkeringés peripheriás zavarát kell elsősorban megszüntetnünk. A már bevezetett s az irodalomból jólismert gyógyszereken kívül újabbakra nem szorulunk, fontos azonban az *alkalmazási módnak* a megválasztása. Egyikünk (*Kiss dr.*) korábbi közleményében foglalkozott a klinikánkon szokásos alkalmazási móddal, azóta megfigyeléseinket tovább gyűjtöttük s ezek alapján szükségesnek látszik az akkor elmondottak kiegészítése.

1930 óta klinikánkon 11 olyan beteget észleltünk, kiken a serumbetegség alatt súlyos keringési zavar fejlődött ki. Közülük a legfiatalabb 4 éves, a legidősebb 30 éves volt. A 11 eset közül 7 (63.6%) volt 15 évnél fiatalabb korú. Hibás volna ebből a számból azt a következtetést vonni le, mintha gyermekkorban gyakrabban fordulna elő fajidegen savó alkalmazása után collapsus. Éppen fordítva van a dolog, felnőttek serumbetegségük alatt könnyebben collabálnak. Collapsusanyagunkban a gyermekek száma azért több, mert felnőtt betegeink száma kevés, felnőttek közül csupán házilag fertőződött orvosainkat és ápolóinkat helyezzük el a klinikán. E felnőtt betegeink közül azonban *aránylag* sokkal gyakoribb volt a serumbetegség alatti collapsus, mint gyermekkorban.

A kezelés irányításában a klinikai megfigyelés mellett a vérnyomásmérés és az elektrokardiographiás vizsgálat a döntő. Az ekg-vizsgálatot már a kezelés előtt elvégezzük minden olyan betegen, aki idegenfajú savókezelésben részesül. A serumbetegség ideje alatt naponta megismételjük a felvételeket, collapsus esetén pedig szükség szerint naponta akár többször is készítünk ekg-felvételt. A legszigorúbb klinikai szabály továbbá az is, hogy mihelyt a serumbetegség kezdődik a systolés és diastolés vérnyomást legalább *óránként* mérni kell. Úgy látszik, hogy a kritikus vérnyomásérték, vagyis az a vérnyomásszint, amikor a collapsus beáll egyénileg más és más. Mindezek ellenére tapasztalataink alapján azt mondhatjuk, hogy nem szabad engednünk a systolés nyomást 80 Hg. mm.-nél alacsonyabbra süllyedni. Ha a süllyedő vérnyomás a 80 Hg. mm.-t elérte, az alábbiak szerint kell beavatkoznunk. Utána a beteg vérnyomását továbbra is óránként ellenőrizzünk, mert egyes esetekben a vérnyomás *naponta többször* süllyed a kritikus értékre s így többször be kell avatkoznunk. Vannak továbbá olyan esetek is ahol *napokon keresztül* kell hasonló módon eljárnunk s napokon keresztül vagyunk kénytelenek ismét és ismét beavatkozni. Az ekg-vizsgálatnak különösen az utóbbi csoportokba tartozókon van nagy jelentősége. Ha ugyanis a peripheriás zavarhoz csatlakozó collapsus többször ismétlődik, vagy igen súlyos alakot ölt, akkor most nem részletezendő okból másodlagosan a szív működése is zavarttá válik. Azt, hogy adott esetben ez a másodlagos szívzavar már kifejlődött-e, vagy nem, csak ekg-vizsgálattal lehet eldönteni. Azért fontos tehát a sorozatos ekg-vizsgálat, mert a normalis keringési viszonyok között felvett és a collapsus alatt felvett ekg-ok összehasonlításából a szív állapotára döntően következtethetünk.

Vannak azután olyan súlyos esetek, akiken a fenti értelemben alkalmazott *gyógyszerekkel* eredményt nem lehet elérni s akiken az életveszély elhárítására különös beavatkozásra van szükség.

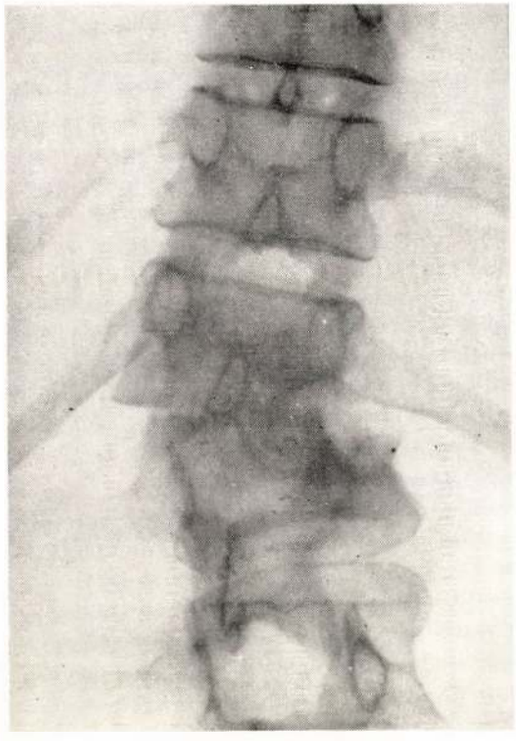
E rövid áttekintés után a gyakorlat szempontjából szükségesnek tartjuk a klinikánkon ma szokásos eljárás részleteinek ismertetését is.

A *serumbetegség* kezdetén azonnal ephedrint és torantilt kezdünk adni peroralisan. Egyszeri adagban nem rendelünk nagy adagot, hanem a 0.01 g ephedrin hydrochlor. (Richter) gyöngydrageeból naponta 5—6-szor rendelünk egy szemet. Ugyanakkor absolut ágynyugalmat írunk elő s legalább óránként vérnyomást mérünk. Ha a vérnyomás süllyed s eléri a 80 Hg. mm.-t, nem elégszünk meg a fenti kezeléssel még akkor sem, ha collapsus nem következett be, hanem injectióban adrenalint alkalmazunk. Ilyenkor, *mikor collapsus még nincs*, azonban a vérnyomás alacsonysága miatt collapsus-veszély van, intramuscularis injectio formájában adjuk az adrenalint. Egyszeri adagban 0.2—0.3 ccm tonogent (Richter) fecskendezünk be intramuscularisan. Ennek hatására a vérnyomás azonnal emelkedik. Továbbra is legalább óránként ellenőrizzük a vérnyomást, s ha megint lesüllyed 80 Hg. mm.-re, vagy az alá, megint hasonló módon járunk el. A harmadik, negyedik beavatkozás alkalmával a tonogen egyszeri adagját emelnünk kell s néha szükséges 0.5—0.7 ccm injiciálása is.

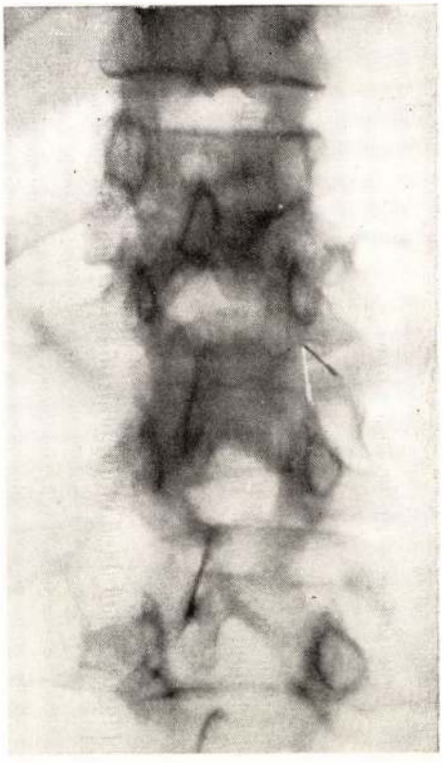
Ha a vérnyomás olyan rohamosan süllyed, hogy mire be tudnánk avatkozni *már collapsus jött létre*, akkor ezzel az alkalmazási móddal nem elégedhetünk meg. Bár a serum-collapsus kezelésére az irodalomban többféle gyógyszert ajánlanak, mégis tapasztalataink alapján azt kell mondanunk, hogy megbízható eredményt ilyenkor is csak adrenalin alkalmazásától várhatunk. Nem elégedhetünk meg azonban intramuscularis adagolással. Ilyenkor combináltan alkalmazzuk az adrenalint, s *intravenásan* 10—20 ccm 20%-os dextroseoldattal elkeverve adunk *0.1* ccm tonogent s ezzel egyidőben intramuscularisan 0.3—0.5 ccm tonogent. A ha-

1. ábra. Spondilytis cerv. a kezelés kezdetén.

1. *a)* ábra. ugyanaz egy évi kezelés után.



2. ábra. Spondilytis dors. a kezelés kezdetén.



2. *a)* ábra. Ugyanaz egy évi kezelés után.

3. ábra. Sacroiliacalis tbc. a kezelés kezdetén.

3. *a)* ábra. Ugyanaz egy évi kezelés után.

tás rögtönös, a beteg pillanatok alatt magához tér, a keringési zavar megszünik, a bőr kipirul, a közérzet megjavul. Ekkor erősen cukrozott forró fekete kávét vagy forró teát itatunk kanalanként s továbbra is állandóan ellenőrizzük a vérnyomást, mert egyes esetekben egy-két óra múlva megint kénytelenek vagyunk hasonló módon beavatkozni.

Vannak olyan súlyos esetek, hol egyik collapsus a másikat szinte félóránként követi s az ismételt peripheriás keringési elégtelenséghez másodlagosan szívzavar is csatlakozik. Máskor az okoz kezelési nehézséget, hogy a serumexanthema okozta bőroedemák miatt technikailag nem tudunk intravenásan beavatkozni. Ezekben az esetekben kénytelenek vagyunk valamelyik nagyobb venát sebészileg kikeresni, s a venába canule-t bekötve 24—48 órán át intravenás cseppinfusiót adni. Az infusióhoz használt oldatba betesszük mindazokat a gyógyszereket, melyek az adott esetben szükségesek.

Az általunk észlelt serumcollapsus eseteket a lefolyás súlyossága szerint a következőképen csoportosíthatjuk:

Az I. csoportba tartozik öt esetünk. Ezekben az idegenfajú savó okozta keringési zavar csupán egyetlen alkalommal ért el kritikusan súlyos fokot, amit tonogen + dextrose alkalmazásával azonnal megszüntettünk. A további sorozatos tonogen injectiók megakadályozták újabb súlyos állapot létrejöttét.

A *II. csoportba* osztottuk azokat, kiknek a vérnyomása több alkalommal elérte a kritikus szintet s kiknek vérkeringési zavara többször aggasztóan súlyos lett. Ilyen esetet hármat észleltünk.

A *III. csoportba* osztottakon a serumbetegség alatti keringési zavar olyan súlyos fokot ért el, hogy kénytelenek voltunk a venába canült kötni és intravenás tartós cseppinfusiót alkalmazni. 3 ilyen esetet észleltünk. Első esetben a 4 éves gyermeken nagy adag idegenfajú savó alkalmazásának 7. napján súlyos serumbetegség jelentkezett. E napon a gyermek vérnyomása hét alkalommal süllyedt a kritikus érték alá s ezek közül ötször elvesztette az eszméletét, collabált. A collapsusokat a szokásos tonogen+dextrose alkalmazásával mindig sikerült megszüntetni, mivel azonban a hatás csak átmeneti volt s a peripheriás keringési zavarhoz az ekg szerint másodlagosan szívzavar is csatlakozott s a gyermek fiatal kora miatt az intravenás injectiók technikailag már nem voltak kivihetők, sebészileg kikerestük a bokavenát, abba canült kötöttünk be s tartós cseppinfusiót alkalmaztunk. Az alkalmazott oldat 5% dextrose tartalmú physiologiás konyhasó oldat volt, amibe tonogent, coramint, majd később adigant is kevertünk. Az intravenás cseppinfusiót 15 órán át folytattuk, az alatt közel 5500 ccm folyadék jutott az érpályába 3 ccm tonogennel, 4 ccm coraminnal, 0.10 g digitalissal együtt. E kezelés alatt már csak egyszer voltunk kénytelenek intramuscularisan adrenalinnal beavatkozni, különben a cseppinfusio tartama alatt a keringés egyensúlyban volt, a vérnyomás nem ingadozott. Az intravenás tartós cseppinfusio hatására átmeneti oedema után a korábbi anuria megszünt, a diuresis megindult s a serumbetegség okozta keringési gyengeség gyógyult.

Ebbe a csoportba tartozó második eset 9 éves fiubeteg volt. A kórlefolyás gyakorlati szempontból mindenben megfelelt az első esetben leírtaknak. A tartos cseppinfusiót 29 órán át kényszerültünk fenntartani, ez idő alatt 2800 ccm folyadék csepegett be az érpályába.

A harmadik eset abban tért el az előbbi kettőtől hogy bár mindegyik collapsus alkalmával eredményes volt a szokásos eljárás, azonban a serumbetegség 12 órája alatt 12 alkalommal süllyedt le a vérnyomás a kritikus szintre, tehát mondhatni minden órában. E gyakori collapsushoz másodlagosan szokatlan *súlyos szívzavar* csatlakozott, ami miatt a tartós cseppinfusióhoz használt s fentebb leírt oldathoz azonnal a beavatkozás kezdetén 0.0003 g mennyiségben strophantint is hozzá kellett kevernünk. Ebben az esetben a tartós cseppinfusiót 46 óráig folytattuk, az oldatba, valahányszor a vérnyomás süllyedt, ismét és ismét elkevertünk tonogent. Ez idő alatt közel 3000 ccm oldat, 3 ccm tonogen, 0.0005 g strophantin, 4 ccm coramin csepegett be az érpályába.

Összefoglalás:

11 esetben idegenfajú savó alkalmazása után az életet is veszélyeztető súlyos keringési zavart észleltünk. Eseteink közül a legfiatalabb 4 éves, a legidősebb 30 éves volt. A 11 eset közül 7 (63.6%) volt 15 évnél fiatalabb korú. A kórisme felállítása nem nehéz, a collapsus létrejöttét rendszerint megelőzik a serumbetegség többi tünetei. A klinikai tünetek jellegzetesek, a gyakorlatban talán még leginkább diphtheria okozta szívzavaroktól kell elkülöníteni. A klinikai kép különbségén kívül ekg-vizsgálattal és a vérnyomás sorozatos meghatározásával pontosan elkülöníthetjük a két kórképet. Míg diphtheriás szívzavar esetében a vérnyomás a súlyos állapotot megelőzően napokon át fokozatosan lassan süllyedő, addig serum okozta collapsusban a vérnyomás mondhatni egyik óráról, a másikra hirtelen zuhan a kritikus értékre. Diphtheriás szívzavar okozta súlyos keringési zavar esetében az ekg mindig kifejezetten kóros, serumcollapsusban alig van az ekg-on eltérés. A kezelés irányításában a klinikai megfigyelés mellett a vérnyomásmérés és az ekg-vizsgálat játsza a döntő szerepet. Nem szabad engednünk a sytolés nyomást 80 Hg. mm.-nél alacsonyabbra süllyedni. Ha a süllyedő vérnyomás a 80 Hg. mm.-t elérte, az alább mondandók szerint be kell avatkoznunk. A beavatkozás után a beteg vérnyomását továbbra is legalább óránként ellenőrizzük, mert egyes esetekben a vérnyomás *naponta* többször süllyed a kritikus értékre s többször be kell avatkoznunk. Vannak továbbá olyan betegek is, akiken *napokon keresztül* kell hasonló módon eljárnunk s napokon keresztül kényszerülünk ismét és ismét beavatkozni. — Hogy adott esetben másodlagos szívzavar már kifejlődött-e, vagy sem, csak ekg-vizsgálattal lehet eldönteni. Fontos a *sorozatos* ekg-vizsgálat, mert a normalis keringési viszonyok között felvett és a collapsus alatti ekg-ok összehasonlításából a szív állapotára döntően következtethetünk. A serumbeteség kezdetén azonnal ephedrint és torantilt adunk peroralisan. Ugyanakkor absolut ágynyugalmat írunk elő. Ha a vérnyomás süllyed s eléri a 80 Hg. mm.-t, nem elégszünk meg a fenti kezeléssel, még akkor sem, ha collapsus nem következett be, hanem injectióban adrenalint alkalmazunk. Ha a vérnyomás olyan rohamosan süllyed, hogy mire be tudnánk avatkozni bekövetkezett a collapsus, akkor *intravenásan* 10—20 ccm 20%-os dextroseoldattal elkeverve adunk 0.1 ccm tonogent s ezzel egyidőben intramuscularisan 0.3—0.5 ccm tonogent. Vannak azután olyan súlyos betegek, akiken egyik collapsus a másikat szinte óránként követi s az ismételt peripheriás keringési elégtelenséghez másodlagosan szívzavar is csatlakozik. Másokon az okoz kezelési nehézséget, hogy a serumexanthema okozta bőroedemák miatt technikailag nem tudunk intravenásan beavatkozni. Ezekben az esetekben kénytelenek vagyunk valamelyik nagyobb venát sebészileg kikeresni, a venába canült bekötve

24—48 órán át intravenás cseppinfusiót adni. Az infusióhoz használt physiologiás konyhasóoldat + 5% dextroseoldatba betesszük mindazokat a gyógyszereket, melyek az adott esetben szükségesek. Az észlelt serumcollapsus esetek a lefolyás súlyossága szerint három csoportba tartoznak: az *I. csoportban* a keringési zavar csupán egyetlen alkalommal ért el kritikusan súlyos fokot; a *II. csoportban* a vérnyomás több alkalommal elérte a kritikus szintet s a vérkeringési zavar többször aggasztóan súlyos lett; *a III. csoportba* osztott 3 esetben a serumbetegség alatti keringési zavar olyan súlyos fokot ért el, hogy kénytelenek voltunk sebészileg kikeresett venába canult kötni be és intravenás tartós cseppinfusiót igénybe venni.

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

A glomerulonephritis abortiv alakjai.

Irta: *Geldrich János dr.*, egyetemi magántanár.

A diffus glomerulonephritis abortiv alakjai eddig nem foglalkoztatták a kutatókat. Ez ugyanis az egyes szerzőknek a betegség lényegéről vallott felfogásától függően vagy felesleges, vagy értelmetlen dolognak tünt fel. Azok számára, akik a glomerulonephritisben nem látnak mást, mint a vesének egyszerű helyi *gyulladását*, semmi sem látszik egyszerűbbnek és természetesebbnek, mint a többi, de különösen a heveny fertőző betegségek példája alapján a felvetett kérdésre igenlőleg válaszolni. De mit mondjanak az abortiv alakok létezéséről azok, akik számotvetve ennek a vesegyulladásnak sajátságos természetével és a többi betegség körében elfoglalt különleges helyzetével, a betegség lényegét nem egyszerű gyulladásban, hanem az egész szervezetre kiterjedő *érgörcsben*, valamint az azzal kapcsolatos, s a glomeruluskacsokban jelentkező vértelenségben vélik felfedezni? Ezek csakugyan nehezen tudják elképzelni, hogy a folyamat általános volta mellett a klinikai kép csak kevésbbé kifejezett lehet. Igy azután érthetővé válik a mindkét részről jelentkező tartózkodó magatartás ezzel a tárggyal kapcsolatban.

Mindezek ellenére mi érdemesnek, sőt szükségesnek látjuk, hogy ezzel a kérdéssel egyszer behatóan és előítéletmentesen foglalkozzunk, annál is inkább, mert az ilyen alakok létezése, vagy nem létezése nemcsak magának a diffus glomerulonephritisnek a szempontjából alapvetően fontos, hanem azért is, mert ennek a kérdésnek az eldöntése nagyban hozzájárulhat a diffus és gócnephritis egymáshoz való viszonyának a megértéséhez és további tisztázásához is. Ez indított minket a jelen vizsgálatok elvégzésére.

A feladat mindazonáltal nem könnyű, s ha van betegség, amellyel kapcsolatban ennek megoldására vállalkozhatunk, úgy ez nyilván csakis a *vörheny* lehet. Semmiféle más betegség nem alkalmasabb és nem teremt a vizsgálatok számára kedvezőbb kisérleti feltételeket, mint a vörheny. Ez az egyedüli betegség, amelynek kapcsán a naponkénti vizeletvizsgálat révén nemcsak pontosan ismerjük a vesegyulladás keletkezésének idejét, módját és kisérő körülményeit, hanem alkalmunk van végig követni annak egész lefolyását, sőt tökéletesen tájékoztatva vagyunk az azt megelőző viszonyokról is. Ép ezért a továbbiakban azokról a megfigyelésekről kívánunk beszámolni, amelyeket az elmúlt években a vörheny kapcsán alkalmunk volt eszközölni.

Megfigyeléseink a következők:

Vörheny alatt az esetek elég jelentékeny számában a vizelet olyan elváltozásokat mutat, amelyek a veséknek enyhe gyulladására mutatnak. A kóros elváltozások lényegileg abban állanak, hogy a vizeletben kisfokú albuminuria , mikroskopikus erythrocyturia és gyakran csak jelzett cylindruria jelentkezik. E jelenségek intenzitása legtöbbször csak csekély, úgy, hogy az esetek túlnyomó többségében csak a különös gonddal történt vizeletvizsgálat alkalmával deríthetők ki. Máskor azonban elég jelentékeny fokot érnek el, úgy hogy minden további nélkül nyilvánvalókká válnak.

Ezek alapján kétségtelen, hogy itt tulajdonkép egészen enyhe abortiv vesegyulladásról van szó. Ennek a megállapításnak azonban önmagában különösebb jelentősége nincs, mert hiszen *Pospischill* már 1911-ben támutatott arra, hogy a scarlatina folyamán ilyen elváltozások, amiket ő csökevényes vesegyulladásnak tartott, előfordulnak. Észleleteit azóta mások is megerősítették. (*Hirschberg* és *Sucharewa*, *Hottinger* és *Schlossmann*, *Ostroskaja*, *Lyttle.*) De, hogy ezek a veseelváltozások milyen alapon jönnek létre és a nephritis melyik formájának felelnek meg, azt eddig nem vizsgálták. Éppen ezért mi figyelmünket elsősorban ennek a kérdésnek tisztázására szenteljük.

Tudvalévő, hogy a vörheny folyamán a vesegyulladásnak a következő három alakja léphet fel:

1. az interstitialis, úgy nevezett vörhenynephritis;
2. az acut diffus glomerulonephritis és
3. a gócnephritis.

Annak eldöntésére, hogy a fentemlített enyhe veseelváltozások a vesegyulladás melyik formájának felelnek meg, szükségesnek látszik, hogy ezt a három nephritisalakot egyenként közelebbről szemügyre vegyük.

Az *interstitialis vörhenynephritis* a betegség kezdeti szakában lép fel és klinikai, méginkább azonban pathologiai szempontból olyan jellegzetes vonásokkal bír, hogy elkülönítse a többi alaktól, főleg pedig a glomerulonephritistől, semmi nehézséget nem okoz.

Egészen mások a viszonyok a gócnephritisnek és a diffus glomerulonephritisnek az elkülönítése alkalmával. Tudvalévő, hogy a gócnephritist eleinte maga *Volhard* is csak a diffus glomerulonephritis enyhéb alakjának tekintette, s ettől a felfogástól csak később tért el. Jelenleg mind *Volhard*, mind *Munk*, s a többi szerzők szerint a gócnephritis a diffus glomerulonephritistől merőben különböző betegség. Azaz a kettő között nemcsak *fokozati*, hanem *lényegbe vágó különbségek* vannak. Ezeket a különbségeket röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A gócnephritis anatomiailag tiszta gyulladásos kórfolyamat, amely septicus-infectiosus alapon fejlődik ki. Lényegileg tehát nem más, mint az infectiosus alapbetegségnek egy részjelensége, szövődménye. Éppen ezért keletkezését, lefolyását és tartamát illetően nagymértékben függ az alapbaj formájától és súlyosságától. Elsősorban otitis, lymphadenitis, bronchitis, stb. kapcsán szokott kifejlődni és a vörheny bármely szakában felléphet.

A diffus glomerulonephritis ezzel szemben egészen más természetű betegség. Az anatomiai képben az ischaemia, a vértelenség lép előtérbe, amit az általános véredénygörcs okoz. A gócnephritissel ellentétben a glomerulonephritis a primaer infectióval csak *közvetett* kapcsolatban áll, ami abban nyilvánul meg, hogy a glomerulonephritis a primaer infectio után csak bizonyos lappangási idő elmultával jelentkezik. A vörhenyben a glomerulonephritis typikus megjelenési formája

az ú. n. második betegségnek, s mint ilyen, mindig a betegség második felében jelentkezik, igen gyakran látszólag minden különsebb ok nélkül. A glomerulonephritisnek ez a *postinfectiosus* jellege élesen elkülöníti ezt a betegséget a *parainfectiósus* gócnephritistől. De ezenfelül még abban is különbözik az utóbbitól, hogy vele az alapbetegségtől tökéletesen különböző, lényegileg teljesen új kórfolyamat indul meg.

Kétségtelen, hogy könnyű, nem teljesen kifejlődött alakok mindhárom nephritis fajban előfordulhatnak. Kérdés, milyen feltételek mellett tekinthetjük ezeket a fentemlített gyulladásos veseelváltozásokat a diffus glomerulonephritis abortiv alakjainak — Mindenekelőtt is szükségesnek látszik tisztázni azt, hogy ilyen könnyű vesegyulladás esetében nem az interstitialis vörheny, vagy a gócnephritisről van szó. Igy tehát csak olyan vesegyulladásos elváltozásokat vehetünk figyelembe, amelyek a vörheny kezdeti szakának elmultával a második betegség idejében jelentkeznek anélkül, hogy valami egyéb szövődményes betegség, mint pl. otitis, lymphadenitis zavarná a kórképet. Ezáltal elkerüljük azt, hogy az interstitialis vörhenynephritisnek enyhe és esetleg a betegség későbbi szakába is belenyúló vagy pedig a gócnephritisnek enyhe alakjait a diffus glomerulonephritis abortiv alakjainak tartanánk.

Hogy eseteink mennyire felelnek meg ezeknek a feltételeknek, azt legyen szabad pár eset kapcsán megmutatnunk:

1. Sch. I. 10 éves leány, súlyos scarlatinával, toroknekrosissal, ami miatt ismételt seruminjectio vált szükségessé. A vörhennyel egyidejüleg grippéje is volt a kisleánynak, úgy hogy ennek következtében később egy eléggé enyhe cystitis fejlődött ki. A kezdeti tünetek elmúltával, teljesen láztalan időszakban, hirtelen vesegyulladásos jelenségek léptek fel, amelyek azonban nagyon enyhék voltak és csak rövid ideig tartottak.

Ez az eset a többrendbeli szövődményes betegség miatt a vesegyulladásos jelenségek természetére vonatkozólag nem adhat pontos felvilágosítást. Azonban rendelkezünk olyan esetekkel is, amelyeken a vesegyulladás természetének a tisztázása minden nagyobb nehézség nélkül sikerül. Példakép említhetjük a következőket:

2. M. A. 11 éves kisleány. Egy napja tartó piros pontszerű kiütés miatt vettük fel a klinikára. A scarlatina rendkívül könnyű lefolyású volt. A kiütés a betegség negyedik napján eltünt, a második napon a gyermek láztalan lett, s az is maradt hat hétig. Annak ellenére, hogy a gyermeken semmiféle szövődmény az egész betegség lefolyása alatt nem fejlődött ki, a negyedik héten kifejezett vesegyulladásos tünetek léptek fel.

3. Kr. F. 3 éves kisleány. Szintén egészen enyhe, de jellegzetes vörhenykiütéssel került a klinikára. Az exanthema 3 nap alatt elmúlt, a gyermek mindvégig láztalan volt. A harmadik hét elején kifejezett albuminuria, mikroskopikus haematuria és cylindruria jelentkezett. Annak ellenére, hogy ezek a gyulladásos jelenségek igen enyhék voltak, mégis a betegség végéig tartottak.

4. J. I. 12. éves kisleány. Lényegileg teljesen ugyanazt mutatja, mint az előbbi két beteg. Három napig tartó sc.-exanthema után az első hét végén kisfokú lymphadenitis jeelntkezik, amely azonban csak igen kisfokú volt és egy hét alatt spontan gyógyult. A betegség harmadik hetében jellegzetes vizeletelváltozások jelentkeztek, melyek még a klinikáról eltávozása után is, mnitegy két hónapig tartottak.

Összesen kb. 20 ilyen esetről számolhatunk be. Lényegileg mindenben megegyeznek egymással, úgy hogy ezeknek egyenkénti felsorolásától eltekinthetünk.

Röviden összefoglalva már most vizsgálataink eredményét, azt mondhatjuk, hogy a scarlatina folyamán észlelt veseelváltozásokat eseteinkben az jellemezte, hogy előzetesen teljesen normalis vizeletlelet mellett mindig a diffus glomerulonephritisre jellemző időben, azaz az ú. n. második betegség szakában jelentkeztek, anélkül, hogy ugyanakkor bármilyen szövődményes betegség kimutatható lett volna. A veseelváltozások többnyire csak kisfokú albuminuriából, mikroskopikus erythrocyturiából és időnkénti cylindruriából állottak. Annak ellenére, hogy sem vérnyomásemelkedés, sem oedema, sem a vesefunctiónak semmiféle zavara ezeket a vizeletelváltozásokat soha nem kisérte, eredetüket mégis a diffus glomerulonephritisre kell visszavezetnünk. Ennek a helyessége mellett szól az, hogy a gyulladásos veseelváltozásokat egyébként sem az interstitialis vörheny-, sem a gócnephritissel magyarázni nem tudjuk, viszont mind a megjelenés ideje, mind körülményei határozottan a diffus glomerulonephritisre vallanak. Emellett szól mindezeken kívül még az is, hogy a vizeletelváltozások súlyossága és tartóssága teljesen független volt magának a vörhenynek a súlyosságától: — ugyanúgy, mint azt a glomerulonephritis teljesen kifejlődött eseteiben is látjuk.

A fentiek alapján tehát kétségtelennek látszik, hogy ezekben az esetekben a diffus glomerulonephritisnek abortiv alakjaival van dolgunk. Ez a megállapítás annál fontosabb, mert magyarázatául szolgálhat azoknak a késői korban észlelhető chronikus nephritiseknek, amelyeknek az eredete eddig teljesen tisztázatlan volt. *Volhard* szerint a chronikus nephritiseknek kb. egyharmadát teszik ki azok az esetek, melyek látszólag teljesen észrevétlenül, minden acut tünet nélkül fejlődnek ki és vezetnek a halálos véghez. Az hiszem nem tévedünk, ha ezeknek a rejtélyes és eddig ki nem derített eseteknek magyarázatát ilyen abortiv alakokban keressük.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete I. sz. nőgyógyászati rendelésének közleménye. (Osztályvezető: Toldy Lóránd.)

A féregnyulványgyulladás szerepe nőgyógyászati bantalmak és főleg a meddőség kóroktanában.*

Irta: *Pásztor Mihály dr.*, rendelőintézeti nőgyógyász-szakorvos.

A féregnyulvány és a női nemzőszervek szoros kölcsönhatásait már topographiai helyeztük, a két szerv szomszédsága is megmagyarázza. Gyulladásos folyamatok átterjedhetnek egyik szervről a másikra annak ellenére, hogy köztük sem véreres, sem nyirokeres közvetlen összeköttetések nincsenek. A legtöbb szerző ugyanis tagadja a *Durand*-féle lig. appendiculo-ovaricum létezését, mégis a japán *Mitsui* gynaekologiai hasműtétek kapcsán eltávolított nagyszámú féregnyulvány és méhfüggelék beható bonctani, szövettani és bakteriologiai vizsgálata alapján megállapította, hogy még virginalis nőbetegek méhfüggelékeiben is fellelhetők a coli- és egyéb bakteriumok, melyek az appendixben és általában a bélcsatornában találhatók.

Ami a fertőzés elsődleges fésztét illeti, e tekintetben a szerzők felfogása nagyon különböző. *Pankow* 400 nőbetege közül, kiket idült függelékgyulladás miatt operált, 22%-ban állapította meg kétséget kizáróan, hogy a gyulladás a féregnyulványból indul ki. Másrészről pedig *Beuttner, Schridde* és *Moritz* szövettani vizsgálatainak alapján tagadják a fertőzés tovaterjedésének e módját, és minden esetben az adnexumokban tételezik fel az elsőleges gócot. A két ellentétes felfogást áthidalja *Novák* véleménye, mely bizonyára az igazságot is megközelíti. E szerint nem lehet ugyan a nőgyógyászati

*) A Bp. kir. Orvosegyesület 1939. nov. 17-i ülésén tartott előadás nyomán.

bántalmak kórtanában túlzott jelentőséget tulajdonítani az appendicitisnek, el kell azonban ismerni, hogy méh körüli összenövések, meddőség, dysmenorrhoea, polymenorrhoea sok esetben mint a féregnyulvány gyulladás következményei foghatók fel. Az pedig kétségen felül áll, hogy genyes féregnyúlvány átfuródása pyosalpinx és pyovarium keletkezését vonhatja maga után; utóbbi esetben nyilván a tüsző repedésének helye tekinthető a fertőzés kapujának.

Különös fontossággal bir a *terhesség* folyamán fellépö heveny gyulladás, mely a statistikai adatok szerint nem gyakoribb a terhesség alatt, mint a terhességen kivül. Igy *Fátyol* a budapesti II. sz. női klinikán 26.000 szülés mellett 6 esetben észlelet heveny gyulladást a terhesség alatt és 1 esetben a gyermekágyban. Sebészi statisztikákat is találunk, melyek a terhesség alatt és terhességen kivül végzett appendix-műtétek adatait közlik. Bár a statisztikai adatok a való helyzetet nem tükrözik híven vissza, mert a terhesség alatt lényegesen gyakrabban fordul elő appendicitis, mégsem lehet azt mondani, hogy a terhesség hajlamot jelentene a féregnyulványgyulladásra. — Egyesek ugyan a régi gyulladások fellángolását tapasztalták, mit diaetahibának, főleg a terhesség alatt oly gyakran észlelhető obstipationak, valamint a méh növekedésével beállott féregnyulvány vongálásnak tulajdonítanak. Ezzel szemben mások azon a véleményen vannak, hogy a terhesség alatt keletkező szövetfellazulás és vérbőség megakadályozza a már lezajlott gyulladás kiújulását, mivel az élénkebb vérkeringés a felszívódást meggyorsítja.

A terhességgel kapcsolatos appendicitis felismerése az első hónapokban nem ütközik különös nehézségbe. A terhesség előrehaladtával azonban, mikor a növekvő méh sok esetben a coecumot fölfelé tolja, a kórjelzés sokszor nem könnyű. A coecum feltolódása nemcsak a kórjelzést nehezíti meg, hanem a prognosist is súlyossá teszi, mert a féregnyulvány gyulladása vagy átfuródása a szabad hasűrt veszélyezteti: az út a Douglas felől el van zárva, és a prognosis szempontjából kedvezőbb Douglas-tályog kialakúlása meg van akadályozva.

A gyógyítást illetőleg csaknem az összes szerzők a műtéti eljárás szükségességét ismerik el. A választott utak azonban sokfélék: az egyik csak a féregnyúlványt távolítja el, a másik a méh egyidejű kiürítését is szükségesnek tartja.

A gestatiós szakkal szövődött gyulladások 87%-a esik a terhességre és csak 13%-a a gyermekágyra *(Schmid)*. Miként a terhesség alatt, úgy a gyermekágyban is a tünetek könnyen rejtve maradhatnak és pedig szülés után azáltal, hogy azokat leplezik a gyermekágy élettani, esetlek kóros jelenségei. A kórisme minél korábbi megállapítása pedig döntő jelentőségű lehet, mert a sürgős műtét hozhat csak legtöbb esteben eredményt. A kórmegállapítás nehézsége és a gyermekágyas nő ellenállópépességének csökkenése okozza bizonyára, hogy a szülés utáni féregnyulványgyulladások halálozási százaléka oly magas, *Coste* és *Heitz* szerint 53%!

A féregnyulványgyulladás jelentőségét a meddőség kóroktanában két körülmény határozza meg. Az egyik a petefészekre, a másik a petevezetékre gyakorolt hatás. A petefészekre gyakorolt káros befolyás ugyan ritkábban nyilvánul meg mélyreható elváltozásokban, a könnyebb természetű működési zavarok azonban, melyek hypomenorrhoeaban, olygomenorrhoeaban nyilvánúlnak, elég gyakoriak. Ezek mindenesetre olyan körülmények, melyek hátráltatják vagy meg is akadályozhatják a teherbejutást. Vannak azonban esetek, ahol mélyreható, befolyását állapíthatjuk meg. Igy rendelésünkön, egy év alatt 3 izben is volt alkalmunk súlyosabb petefészek-laesiora utaló tüneteket megállapítani. Eseteinket a következőkben ismertetjük:

I. K. E.-né 35 é. nullipara kórelőzménye: Mensesei rendben folytak egészen 27 é. koráig, amikor 1930-ban, házassága 2. évében súlyosan megbetegedett, magas láz mellett hasában jobboldalt görcsös fájdalmakat érzett és kezelőorvosa vakbélgyulladást állapított meg. Fekvésre és jégtömlőre láza és görcsös fájdalmai elmúltak ugyan, de azóta gyakran érez vakbéltáji fájdalmakat, és időnként hőemelkedései vannak. Betegsége után havibaja megváltozott, amennyiben 5 éven át csak 2—3 havonként jelentkezett, 2—3 napig tartott kevés vérzéssel, mig 1935-ben, 32 é. korában elmaradt és azóta többé nem is jelentkezett. A vizsgálat idején szédülésről, gyakori fejfájásról és hevülésről panaszkodik, és gyermeket szeretne. A betegen a belorvosi vizsgálat semmiféle szervi elváltozást sem talált. Gyn. lelete: kp tág hüvely, a normálisnál valamivel kisebb, kemény méh anteflexoban, j. oldali parametrium megrövidült érzékeny. A Mac Burney-ponton kifejezett nyomási érzékenység. Go. negativ.

II. K. K.-né 27 é. nő, ki se nem szült sem abortusa nem volt, ritkán jelentkező havibaja és meddőség miatt kerül kezelésünkbe. Mensruatioja 13 é. korában jelentkezett először, 4—6 hetenként ismétlődött, 2—4 napig tartott kp bőséggel 22 é. koráig. Ekkor gyakran, különösen pedig havibaja előtt hasában j. oldalt szúró fájdalmakat érzett, hőemelkedései voltak, baját a havivérzésnek tulajdonította. Egy évi „szenvedés" után 1934-ben egyik kórház sebészi osztályán vakbeloperación esett át. Műtét után fájdalmai és láza megszüntek, havibaja azonban, 2—3 havonként mutatkozik és 1—2 napig tart csekély vérzéssel. 3 éve házas, gyermeket szeretne. Szűk hüvely, rendes nagyságú méh retrovertálva, dextroponáltan, foglal helyet, j. parametrium megrövidült, érzékeny. — A vakbéltájon kb. 10 cm hosszú vonalas műtéti heg. Wassermann, go. negativ.

III. M. G.-né 35. é. asszony, 6 éve házass és eddig még nem került állapotba, I. havibaját 13 é. korban kapta meg, 4 hetenként 3—4 napig tartott görcsökkel, 15 é. koráig, amikor vakbélgyulladásban megbetegedett. Baját fektetéssel és jégtömlővel kezelték. 1922-ben, 19 é. korában magas láz mellett hasában j. oldalt heves görcsöket érzett, munkahelyén összesett; orvosa kórházba szállíttatta, ahol azonnal meg is operálták. Műtét után 2 hónapig nem menstruált és ezt követőleg havibaja ritkán, néha 6 havi szünet után alig nehány cseppnyi vérzés formájában mutatkozott, mig 1936-ban, 33 é. korában egészen elmaradt attól eltekintve, hogy két év múlva magasértékű tüszőhormon befecskendezése után pár cseppnyi vérzés jelentkezett. A jól fejlett, asszony, idegességről, gyakori fejfájásról és frigiditásról panaszkodik. Gyermeket szeretne. Genitalis lelet: kp tág hüvely, normalisnál kisebb méh retroflexioban rögzitve, környezete érzékeny. Tükörben kóros elváltozás nem látható. Hason j. o. pararectalis vonalas heg.

Ismertetett három esetünkben, melyeken a physicalis és laboratóriumi vizsgálatok semmiféle szervi bántalmat sem mutattak ki, *oly szembeötlő a féregnyulványgyulladás és a menstruatiós zavarok fellépése idejének egybeesése, hogy a petefészeknek appendicitis következtében beállott súlyos laesiojára kell következtetnünk.* Két esetünkben a gyulladás, illetőleg műtét után 2—3, sőt 6 hónapos kiesések mutatkoznak a havi tisztulásban, mig végül a korai climax kórképe lép fel mind a két, egyébként egészséges betegünkön és pedig I. sz. esetünkben 32, a III.-ban pedig 33 é. korban. II. sz. betegünkön már előbb is mutatkoztak ugyan cyklus-zavarok időnként postponaló mensesek alakjában, a hónapokig tartó, több izben fellángoló gyulladás, illetve a műtét után már több hónapos amenorrhoeák, valamint a vérzés minimumra csökkenése jelzik a beállott változást.

Ami a szóbejöhető ártalmakat illeti, első sorban gondolhatunk a gyulladás átterjedésére az ovariumokra, valamint arra, hogy kiterjedt összenövések jöhetnek létre, melyek a méh és a petefészkek vérellátását oly mértékben megzavarják, hogy a belső nemiszervek, különösen a petefészkek sorvadásnak indulnak; továbbá mivel sokszor hosszabb lefolyású, gyakran fellángoló gyulladásos folyamatokról van szó, gondolhatunk toxin-

RICHTER-féle endokrin és pharmaceuticus készítmények:

GLANDUBOLIN
Kristályos tüszőhormon.

GLANDUANTIN
Gonadotrop hormon.

LUTEOANTIN
Gonadotrop hormon e sero.

PERHEPAR
Antianaemiás hatású májkivonat.

GLANDUITRIN
Hypophysis hátsó lebeny-hormon.

BITESTIN
Standardizált herehormon készítmény.

CORTIGEN
Mellékvesekéreg-hormon.

MYOFORT
Coronariatágító szerkivonat.

INSULIN „RICHTER"
100 és 200 egységes fiolákban.

PARATHYREOIDEA „RICHTER"
Tabletta és injectio.

KALMOPYRIN
Láz- és fájdalomcsillapító.

ETOVAL
Bevált altató és átaltatószer.

ADIGAN (lanata)
A digitalis-terhapia céljaira.

COREDIOL
Kámforpótló analepticum.

VASOBROMAN
Hypertoniás, klimaxos panaszok ellen.

DILURGEN
Higanyos diureticum.

AMBESID (solubile)
Belső antisepticum.

RITOSEPT
Antigonorrhoicum.

LIPOBI
Átlátszó, olajos antilueticum.

HYPEROL
Külső desinficiens.

Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t.
Budapest X.

1 tabletta = 0.1 g fol. digitalis mint infusum
1 kup = 0.15 g fol. digitalis mint infusum

VERODIGEN

Digitalis-készítmény

Fiola 12 tablettával P 3.80 Leggyorsabban hat
Fiola 25 tablettával P 6.70
Doboz 5 kuppal P 3.90 A szervezet jól tűri
továbbá
Verodigen-tejcukor 1:125

Waldhof

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H. Mannheim-
Magyarországon forgalomba hozza:
WALTER és DUMMEL Budapest, V., Mérleg-u 10.

KATONYL DR. DEÉR

Ujabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült
GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénynyérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2·20

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay f. oltóintézet és szerumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay u. 21.

„LEO PROTAMIN INSULIN" (RETARD)

minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

Nem hangzatos reklámok hirdetik a világhírnévnek örvendő

PHILIPS-METALIX

röntgengépek, röntgenlámpák, **BIOSOL** kvarclámpák stb utólérhetetlen minőségét
Ezer üzemóra garanciával

Tökéletes veszélytelenség, automatizált kapcsolás, nagy dózis- és képteljesítmény, kevés áramfelvétel, gazdaságos üzem és kis dimenzió jellemzik a **METALIX**-gyártmányok konstrukcióját

Vezérképviselet, gyári raktár és bemutatótermeink:
METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
Budapest, IV., Múzeum körút 37 — Telefon: 182-6-10, 383-135

Leukoplast
ragtapasz azonnal tapad,
a bőrt nem izgatja, ragadóképessége kifogástalan
Magyar gyármány!

Elastoplast
rugalmas tapaszkötés
Beiersdorf Vegyészeti Gyár R.-T. Budapest, XIV.

hatásra és végül a sympathicus rostok közvetítésével létrejött idegbehatásra. Mindezek az ártalmak különböző működési zavarokban: vérzési rendellenességekben, korai climaxban, meddőségben nyilvánúlnak. Minthogy a kiterjedt összenövések megszüntetésére irányuló törekvések és pedig az adhaesiolysis, fürdőkúra, diathermia, rövidhullámkezelés a legtöbb esetben eredménytelenek maradnak, *Fecht* figyelemreméltó módon igyekszik megoldani a nemiszervek mesterséges vérellátását Eljárásának lényege az, hogy a has megnyítása után oldja a durvább összenövéseket, és a szabaddá tett méh fundusát, valamint a petefészkek egy harmadát 50%-os trypaflavin-oldattal beecsetelve, dús érhálózattal biró cseplesz darabkákat varr rájuk.

A *petevezetékre* és a *meddőségre* gyakorolt hatást illetőleg a lényeg nem abban rejlik, hogy a gyulladás az appendixről per contiguitetem átterjedhet a j. oldali függelékkekre, mert hiszen így legfeljebb a j. tuba elzáródása jöhet létre, mig a b. tuba szabad és abdominalis szájadéka nyitott maradhat, hanem sokkal fontosabb az a körülmény, hogy *az appendixszel egyidejüleg a medence peritoneuma is megbetegszik.* Igy indirect úton a bal függelékek is belekerülhetnek a gyulladás területébe, amely folyamat a b. tuba épségét is fenyegeti annál is inkább, mivel már az appendicitis korai szakában keletkező és kezdetben sterilnek mindható savós izzadmány, mit a beteg féregnyúlvány csak később fertőz meg, súlyánál fogva lesüllyed az excavatio rectouterinaba, hol a tubavégekkel juthat érintkezésbe. Mivel ezek szerint gyulladásos, tehát fibrindús izzadmányról van szó, a heveny tünetek lezajlása után kiterjedt kötőszövetes összenövések keletkeznek, melyek a petevezetékek lefutását megtörhetik, abdominalis szájadékukat elzárhatják, és így végeredményben meddőséghez vezethetnek. *Nürnberger* heveny féregnyúlvány gyulladáson átesett nők műtétei alkalmával a legtöbb esetben mindkét oldalon zárt tubát talált. Ezért azt a *követelményt állitja fel, hogy meddő asszonyok kórelőzményében mindig kutatni kell féregnyulványgyulladásos tünetek után.*

Rendelésünkön, ahol a meddő és gyermeket óhajtó asszonyokat minden részletkérdésre kiterjedő módon megvizsgáltuk, a kórelőzmények felvétele és a vizsgálatok folyamán feltünt, hogy milyen nagy a száma azoknak a meddő asszonyoknak, akik féregnyulványgyulladáson, illetőleg műtéten estek át: *115 elsőlegesen meddő betegünk közül 41, tehát az esetek 35.6%-a szenvedett gyulladásban és ezek közül 36 esett át műtéten.*

Még abban az esetben is, ha leszámítjuk az estleg téves kórismézés alapján operált casusokat, fel kell tételeznünk, hogy a féregnyulványgyulladáson átesettek száma magasabb említett adatoknál egyrészt a nem mindig megbizható anamnesis, másrészt a rejtve maradt, főleg az u. n. appendicitis fugax esetek tekintetbe vételével. Természetesen nem érezzük magunkat jogosúltaknak arra, hogy említett összes meddő eseteinket a kiállott féregnyulványgyulladásnak tulajdonitsuk, már csak azért sem, mert a sterilitas kóroktanában a sexual incompatibility nyitott kérdésén kivül számtalan egyéb, sokszor nehezen felderíthető ártalmak is szereplhetnek. Különösen megnehezíti a helyes tájékozódást a férjek érthetetlen (vagy érthető?) vonakodása a spermavizsgálattal szemben. Számos szerzővel együtt mi is gyakran vagyunk kénytelenek nélkülözni a meddőség megitélésében és kezelésében egyik előfeltételnek elfogadott eme vizsgálatot. *Az elmondott körülmények mérlegelése és az ismételten megejtett pertubatio után mégis az a véleményünk, hogy eseteink többségében a meddőségért a lefolyt gyulladás tehető felelőssé:* 24 betegünkön az intermenstruumban, a kellő óvatossági szabályok betartása mellett végzett petevezetékátfúvás 17 esetben, tehát 70.8%-ban végződött negativ eredménnyel. Hasonló adatokat közöl az emerikai *Rubin,* aki perflatióval csak 39.5%-ban talált normalis átjárhatóságú tubát.

E dolgozat keretében, mit előzetes közleménynek szántunk, nem érintjuk sem a gyógyító eljárásokat, sem az elérhető vagy elért eredményeket. *Célunk az, hogy tapasztalataink és az irodalmi adatok alapján felhivjuk a figyelmet a féregnyulványgyulladásra, mint a meddőségnek érdeme szerint talán nem eléggé méltatott kóroktani tényezőjére, és hogy rámutassunk a kellő időben és módon végzendő appendectomia nagy fontosságára mint a bajt megelőző legbiztosabb eljárásra.*

Dencks, berlini sebész szerint az appendectomia elmulasztása következtében, még könnyebb természetű roham esetén is, olykor tragikusan alakulhat egy fiatal leány életsorsa. *Mitsui* hasonló elgondolásból kiindulva azt ajálja, hogy a féregnyúlványt minden nőnél már az első roham idején el kell távolítani. Abban természetesen minden szerző megegyezik, hogy a *heveny gyulladás sebész* kezébe való, és hogy az *oldalmetszés* célszerű az esetleges tályog tartalmának levezetése és a gyulladás localizálása szempontjából. Másként áll azonban a helyzet *idült gyulladás* eseteiben, amikor a genitalis szövődményekre tekintettel a méh és függelékeinek revisiója és adott esetben azok correctiója válhat szükségessé. Éppen ezért minden nőbeteg, aki appendicitisre utaló bántalmakról panaszkodik, nőgyógyász által is vizsgáltassék meg, mielőtt a sebész megoperálná. Amennyiben a gyn. vizsgálat a nemzőszervek megtekintését is szükségesnek tartja,, középső metszés lesz helyénvaló. Az esetleges correctiók (salpingostomia, ventrofixatio, stb.) szakszerű elvégzése céljából több oldalról az a kívánság nyilvánul meg, hogy *nőbetegek idült féregnyulványgyulladását* lehetőleg *nőgyógyász,* vagy *gynaekologiailag képzett sebész operálja meg.*

Amennyire ártalmas lehet idült féregnyulványgyulladás műtétekor a nemiszervek megtekintésének az elmulasztása, épúgy súlyos hibának kell minősíteni, ha gyn. laparotomiák kapcsán figyelmen kivűl hagyják a féregnyúlvány megtekintését. Meggyőzően igazolja e tétel igazságát *Dencks* 2 esete. Egyik esetben egy 58 é. asszony alhasi bántalmai miatt 3 gyn. laparotomián esett át. Tovább is fennálló alhasi fájdalmai miatt, mivel a tünetek féregnyulványgyulladás mellett szóltak, még a negyedik hasműtéten is át kellett esnie, melynek során környezetével szivósan összenőtt, csúcsán mélyen necrotizált appendixet távolitottak el. Másik esetében a 27 é. nő öt (!) nőgyógyászati műtéten esett át, amit 2 izben hüvelyen át, 3 izben pedig hasvágással végeztek. Vakbéltáji fájdalmai miatt újabb műtét vált szükségessé, mely alkalommal az eltávolított féregnyúlványban makroskóposan taeniarészek, mikroskóppal a submucosa és muscularis között taenia-pete volt megállapítható.

Felmerül ezek után a kérdés, hogy vajjon *célszerű-e, hasműtétekkel egyidejüleg a féregnyúlvány eltávolítása?* Ebben a tekintetben is nagyon különbözők a felfogások. Vannak szerzők — bár kevés számmal —, akik a féregnyulványnak fontos működést tulajdonítanak és így eltávolítását csak elkerülhetetlenül szükséges esetekben tartják megengedhetőknek. Ezzel szemben a radicalis irányzat képviselői a féregnyúlványt a szervezet ellenségének tekintik, melyet minden kinálkozó alkalommal ki kell irtani. A nőgyógyászok közül egyesek *(Schauta, Wertheim, Beuttner)* csak abban az esetben

távolítják el, ha rajta szabadszemmel is megállapítható súlyosabb elváltozások láthatók. Mások viszont *(Bürger, Ewald, Bogdanovics) azon* az álláspontón vannak, hogy *az appendectomiát minden olyan esetben el kell végezni, melyben a viszonyok azt megengedik.* Ennek az elvnek helyes értelmezését és keresztülvítelét láttam közel egy évtizedes működésem alatt *Tasnády Székely Béla* osztályán, ahol hasműtéteink alkalmával soha sem mulasztottuk el az appendix megtekintését és csak kivételes esetben (méhenkivüli terhesség műtéte, teljes méh kiirtás) hagytuk benn, egyébként eltávolítottuk tekintet nélkül arra, hogy kóros volt-e, vagy sem, mert hiszen eltávolítása sem a műtét idejét, sem a sebzési felületet nem növeli számottevő módon. Azt a felfogást pedig, mely a féregnyúlványnak fontos szerepet tulajdonít, túlhaladott álláspontnak tekinthetjük.

A budapesti Állami Szemkórház közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

A sulfamid-készítmények szemészeti alkalmazása.

Irta: *Nónay Tibor dr.* és *Nagy Ferenc dr.*

A chemotherapia fejlődésének határköve *Domagk* azon felfedezése (1935), hogy bizonyos azofestékek a szervezetben a streptococcus ellen hatnak. Bebizonyosodott, hogy a hatás a p-aminobensolsulfamid atomcsoportnak köszönhető. A további kisérletek vezettek az Ulironhoz, mely a staphylococcus és a gonococcus ellen is hatásosnak bizonyult. A staphylo-, strepto- és gonococcus ellen eddig alkalmazott chemotherapiás szerek valamennyien in vitro is bactericid hatásúak, míg a bensolsulfamid származékok is vitro teljesen hatástalanok. Chemiai, hatástani tulajdonságaik ismertetésétől e helyen eltekintünk, mivel ezzel számos szerző igen részletesen és behatóan foglalkozott.

Szemészeti alkalmazásukról az utolsó évben több közlemény jelent meg, több-kevesebb esettel szolgálva az adatgyűjtés fontos munkáját. A budapesti Állami Szemkórházban 1938 február óta alkalmazzuk ezen készítményeket és végezzük megfigyeléseinket. Ezeknek közlését indokolja, hogy gyógyító kisérleteinket aránylag igen nagy anyagon és a gyulladásos szembetegségek legkülönbözőbb alakjainál végeztük. Összesen 201 kórházban ápolt és közel 100 ambulans betegről kívánunk beszámolni. A sulfamid készítmények közül a p-aminobensolsulfamidot (Prontosil, Deseptyl stb.) és a 4— (4—aminobensolsulfamido)-bensolsulfondimethylamidot (Uliron, Elektil, stb.) használtuk. — Rövidség kedvéért közlésünkben az alkalmazott sulfamid készítmények közül az előbbit SA_1, utóbbit SA_2-vel jelöljük.

A. Conjunctiva.

1. *Trachomás* betegeinknek (összesen 82 kórházban ápolt beteg) csaknem kizárólag az SA_2-t adtuk. Tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze.

a) Friss, vagyis legfeljebb 1—2 hónap óta fennálló trachomás megbetegedés, eddig még nem kezelt esetünk volt 15, ezek közül pannussal szövődött 7. A kezelés 4 napig 3x2 tabletta szedéséből állott a szokásos napi 3-szori kimosáson és pannus esetében pupillatágítók alkalmazásán kívül. Azt tapasztaltuk, hogy azon esetek, ahol a folliculusok megszaporodása mellett a gyulladásos jelenségek hiányoztak, nem reagálnak sulfamidra. Hatást csak azokban az esetekben láttunk, amelyekben gyulladás is társult a folliculus képződéshez. Ilyenkor a sulfamid készítmények adására a gyulladás már a 2—3. napon megszünt és hozzáfoghattunk a szokásos mechanikus kezeléshez. A sulfamid kezelés jó és gyors hatásának fontosságát ilyen friss trachomás esetekben nem lehet eléggé hangsúlyozni. Ugyanis olyan trachomás betegeknél, ahol az acut gyulladásos jelenségek kifejezettek, az idő előtt végzett mechanikus kezelés (abrasio, stb.) után igen gyakran súlyosbbodnak a tünetek, néha oly mértékben, hogy a szem hetekig nem tud megnyugodni és ez az állapot lehetetlenné tesz minden erélyesebb kezelést. Bár a tapasztalat azt mutatja, hogy az ilyen úgynevezett acut trachomás megbetegedéseknél a gyulladásos jelenségek kórházi környezetben, tisztántartással minden egyéb kezelés nélkül is gyakran előbb-utóbb megszűnnek, néhány esetünk, amikor ambulanter végeztünk sulfamid kezelést, azt mutatta, hogy a hygienikus viszonyok javulása nélkül is és sokkal rövidebb idő alatt érhetünk el a sulfamid készítmnyekkel eredményt.

A pannussal szövődött friss trachomás esetekben a sulfamid készítmények jó hatása még szembetünőbb volt. Az izgalom hamarosan megszűnt, a szaruhártya beszűrődése és ezzel kapcsolatosan a fénykerülés s a beteg egyéb panaszai hamarosan csökkentek. A kötőhártya vérbősége, beszűrődése, váladéktermelése mérséklődött. A túltengések és a csomók azonban sulfamid kezelésre változatlanok maradtak. A sulfamidnak másik jó hatását akkor tapasztaltuk, amikor az id. *Imre* által ajánlott abrasio folliculorum után adtuk. Erre a kötőhártya vérbősége, duzzadtsága, váladéktermelése sokkal rövidebb idő alatt megszűnt.

Érdekes megfigyelést tettünk gyermekek trachomájával. Eseteink egy nagy részénél ugyanis azt láttuk, hogy a sulfamid adására a klinikai kép nem változott. Anélkül, hogy ebből messzemenő következtetéseket akarnánk levonni, megfigyeléseink alapján feltehetjük, hogy ezek az esetek tulajdonképen egyszerű folliculosisok voltak (lymphaticus stigmák) és nem trachomás megbetegedések.

b) Idült trachoma ellen 60 esetben figyeltük meg a sulfamid hatását. A kezelés megkezdésekor a klinikai kép általában a következő volt: fénykerülés, bő váladék, beszürődött, túltengéses kötőhártyák, több-kevesebb csomó, egyik, vagy mindkét szemen fennálló pannus trachomatosus. A 60 beteg közül 23-nak volt mindkét szemen igen súlyos pannusa, akiken a szaruhártyán az ereződésen és beszürődésen kívül kisebb-nagyobb fekélyek voltak, nagy fájdalom, szivárványhártya izgalom kiséretében, a kötőhártya erősen beszűrődött váladékos volt. Talán ez a leghálásabb indicatiós területe a trachoma sulfamidos kezelésének, mert az SA_2 adására csaknem valamennyi betegünk panaszai már a 3—4. napon megszűntek. Az objektiv javulás is észlelhető volt, amennyiben a kötőhártyák halványak lettek, a váladék csökkent, a szaruhártyafekélyek alapja feltisztult, terjedésük megállt. Az e csoportba sorozott 23 beteg közül a gyógyeredmények összehasonlítása szempontjából különös jelentőségű 6 olyan trachomás betegünk, akiknek csak akkor adtunk már sulfamidot, amikor a szokásos kezeléstől egyáltalán nem, vagy alig láttunk eredményt. (Egy esetünkben parenteralis tejinjectio is hatástalan volt.) A sulfamid kezelés ezeknél a betegeknél is azonnali javulást eredményezett. A recidívák gyakoriságát úgylátszik nem sikerült a sulfamiddal csökkenteni, bár 3 esetünkben valószínűleg a sulfamid kezelés hatására maradt el több hónap óta az addig igen gyakran recidiváló pannus trachomatosus, az esetek nagyobb százalékában azonban a recidívák

gyakorisága nem változott. Azonban a sulfamid készítmények birtokában ezeknek a kezelése sokkal könnyebb és gyorsabban keresztülvihető volt, sőt legtöbbször ambulanter is megfelelő eredménnyel járt. Mindössze 3 olyan trachomás betegünk volt ebben a csoportban, akiken a súlyos szarú elváltozások egyáltalán nem reagáltak sulfamid készítményekre. Ezek közül két esetben actív tuberculosist mutattunk ki és a szaruhártya elváltozások trachomán kívül valószínűleg tuberculoticus eredetűek is voltak.

Eseteink illusztrálására csupán 3 kórtörténet kivonatot ismertetünk.

B. L. 30 éves férfi. 12 év óta trachomás. Eddig megszakításokkal kb. 6 esztendőt töltött különböző kórházakban. Nálunk 6 ízben feküdt. 1934. IX. 12-én jelentkezett első ízben szemhéjgörccsel, oedémás szemhéjakkal, rendkívül vastag túltengéses, vérbő, váladékos, helyenként heges kötőhártyákkal, a hegek között csomókkal. Mindkét szaruhártya felső $\frac{2}{3}$-án pannus, melynek alsó határán fekélyesedés volt. Elsőízben 8, másodízben 6, harmadízben 10, negyedik ízben 7 és ötödik ízben 6 hónapig kezeltük osztályunkon. A számos esetben elvégzett abrasio, egyéb mechanikus és gyógyszeres kezelések ellenére állapota állandóan romlott. Nem segített az igen súlyos folyamat megállítása végett mindkét szemen végzett Denig-féle szájnyálkahártya átültetés sem. Igen nagy fájdalmai, mindkét szemen súlyos fekélyes pannusa, a jobb szemen $^1/_4$ méter, a bal szemen 1 méter újjolvasása volt, amikor első ízben adtunk 4 napig SA_2-t. Az eredmény már a 3. napon feltünő volt, amennyiben az addig kínzó fájdalom, fénykerülés csaknem teljesen megszűnt, a kötőhártya vérbősége, beszűrődése lényegesen csökkent, a szaruhártyafekélyek alapja feltisztult. Még 2 ízben kapott több napos szünettel SA_2-t és végül teljesen síma, békés kötőhártyákkal, felszínes homályoktól nehezen átlátszó, mindenütt csillogó felszínű és nem erezett szaruhártyákkal bocsájtottuk ki mindkét szemen 4 méter ujj olvasással. Egy év óta egyszer újult meg a betegség, újabb ereződéssel és fekélyekkel a szaruhártyákon. A 4 napig tartó ambulanter végzett sulfamid kúra hatására azonban néhány nap alatt újra meggyógyult.

P. L. 33 éves férfi. 7 év óta trachomás. 4 ízben feküdt kórházban, összesen 12 hónapig. Állapota egyre romlott, állandó fénykerülés, nagy fájdalmai miatt teljesen munkaképtelen volt. — Jobb szemen fennálló súlyos pannusát szokásos kezelésekkel hosszú időn keresztül nem sikerült megszüntetni. Ambulanter adtunk először sulfamidot, és az eredmény annyira feltűnő és gyors volt, hogy még 2 ízben végeztünk hasonló kúrát, ami teljes gyógyulást eredményezett. Egy év óta teljesen munkaképes, recidiva nem volt.

P. F. 32 éves férfi. 4 év óta trachomás. Bal szemen a szaru felső $\frac{2}{3}$-át elfoglaló makacs pannust hónapokon keresztül meggyógyítani nem tudtuk, bal szemen 2 méter ujj olvasása volt. Már az első ízben végzett sulfamid kezelés azonnali feltűnő javulást eredményezett, a két ízben jelentkező recidivánál újabb ambuláns kúra pár napon belül ismételten meggyógyította a folyamatot. Fél év óta a bal szemen $^5/_{10}$ látásélességgel teljesen munkaképes, újabb recidivája nem volt.

c) Számos úgynevezett *inveterált trachoma* ellen, ahol békés, heges kötőhártyák mellett régi makacs pannus állt fenn, próbálkoztunk sulfamid készítményekkel, azonban tapasztalataink szerint az ilyen pannusra nem hat az SA_2. Az ilyen inveterált trachomás esetekben csak akkor várhatunk a sulfamidtól javulást, ha a folyamat fellobban, progrediál. A sulfamid készítmények nem teszik nélkülözhetővé a szaruhártya feltisztítására szolgáló ismert eljárásokat.

d) Külön kell megemlékeznünk azokról a betegeinkről (7), akiknek trachomája alkati elváltozások, vagy chronikus fertőző folyamat okozta szemelváltozásokkal szövődött. (Lymphatikus constitutio, rosacea, tbc., stb.). A sulfamid készítmények hatása ezeknél meglehetősen eltérő, nem egységes, függ a trachomához társult szövődményektől. A gyulladásos jelenségek itt is javulnak és itt sem mondhatjuk fölöslegesnek alkalmazásukat, azonban magát a folyamatot meggyógyítani természetesen nem tudják.

Ha összefoglaljuk a trachomásokon sulfamiddal elért eredményeinket és abból következtetéseket akarunk levonni, akkor összehasonlítás végett röviden meg kell emlékeznünk az eddigi igen kevés idevágó irodalmi közlésről. Vajda (Miskolc) 5 esetről, Dick, Lian (Holland-India) 30 esetről, Hirschfelder (Amerika) 25 esetről számol be. Az ő tapasztalataik mindenben fedik a mi észleléseinket. Ezzel szemben nem láttuk a sulfamid kezelés hatására a trachomás csomók eltünését, mint egyes szerzők *(Kirk, Mc Kelvie, Hussein)* ezt leírják, és akik szerint az alsó áthajlás göbösödése a legellenállóbb a szerrel szemben.

Véleményadásra különösen két körülmény jogosít minket. Először, hogy az eddig közölteknél sokkal nagyobb trachomás anyagon alkalmaztuk a sulfamidot, másodszor, hogy betegeink nagy része már évek óta (egyesek 8—10 éve) áll észlelésünk alatt s így ezen újonnan bevezetett kezelés hatását az eddigiekkel szemben ugyanazon betegeknél volt alkalmunk összehasonlítani és elbírálni. Kimondhatjuk, hogy bár a sulfamid a trachomát magát nem gyógyítja, annak heves, gyulladásos jelenségekkel járó alakjainál, panussal, szaru kifekélyesedéssel szövődött eseteiben feltünően jó és gyors eredménnyel alkalmazható.

Az eredményt főleg abban látjuk, hogy a szem megnyugtatása által a helybeli kezelés számára kedvezőbb helyzetet teremt. A trachomás csomókra nem hat, éppen úgy a súlyos hegesedés okozta táplálkozási zavarokat és azok következményeit sem befolyásolja. Nem lekicsinylendő azon eredmény, hogy ezen hosszú hónapokig tartó kórházi kezelést igénylő és még tovább húzódó munkaképtelenséggel járó betegség (relatív) gyógyulási idejét megrövidíti. Ennek szociális jelentősége éppen olyan nagy fontosságú, mint azon tapasztalatunk, hogy kiújulás esetén azonnal adagolva 2—3 nap alatt javulást eredményez anélkül, hogy a betegnek munkahelyét el kellene hagynia.

2. Acut és subacut *kötőhártya gyulladások* igen jól reagálnak a sulfamid kezelésre. Kórházban bentfekvő betegnél 10 súlyosabb természetű kötőhártyagyulladást kezeltünk SA_2-vel, azonban megfigyeléseink legnagyobb részét a betegség természeténél fogva természetesen a kötőhártyagyulladások ambulans kezelésekor tettük. Valamennyi esetben a gyógyulási időt lényegesen sikerült megrövidítenünk. Különösen figyelemre méltó volt 8 olyan esetünk, amikor meglehetős hosszú idő óta fennálló és a szokásos kezelésekkel dacoló subacut kötőhártyahurut ellen próbálkoztunk sulfamiddal, pár nap alatt valamennyi teljesen meggyógyult. A bacteriológiai lelet az esetek legnagyobb részében staphylococcus ill. pneumococcus volt. Egy esetben találtunk *Koch-Weeks* fertőzést, a meglehetősen súlyos folyamat ugyancsak néhány nap alatt gyógyult. Említésre méltónak tartjuk még azt a súlyos, álhártyaképződéssel járó kötőhártyagyulladásos esetünket, ahol a praeauricularis és submandibularis mirigyek duzzanata is észlelhető volt (aetiologiát nem sikerült tisztázni.) A sulfamid kezelésre ez az esetünk is feltünően gyorsan gyógyult. Megemlítjük, hogy a kezelés bevezetéseképen egy ízben 1%-os argentum nitricumos ecsetelést végeztünk, a helyi kezelés ezután csak borogatásból és enyhe adtringensek becseppentéséből állott. Még szembetünőbb volt a sulfamid készítmények jó hatása szarufekélyekkel szövődött kötőhártyagyulladásokban. Összesen 8 ilyen, kórházban kezelt és számos ambulans betegünk megfigyelése alapján azt tapasztaltuk, hogy a sulfamid kúra megkezdése után a fekélyek alapja már a 2—3. napon feltisztult és az azokat fenntartó kötőhártyagyulladás is

pár napon belül gyógyult. Külön meg kell említenünk egy idősebb férfi betegünket, akinek egy év óta volt ilyen szarufekélyekkel járó kötőhártyagyulladása és emiatt munkaképtelen volt. A két ízben alkalmazott SA_2 kúra két hét alatt teljes gyógyulást eredményezett.

Idült kötőhártyagyulladások eseteiben a sulfamid előnye más kezelésekkel szemben nem nyert igazolást. Ugyanis azt láttuk, hogy ezen kötőhártyagyulladások kezelésében továbbra is az eddig alkalmazott enyhe adstringensek a legfontosabbak és nem utolsó sorban a Meibom mirigyek idült gyulladásának megszüntetése azok gyakori kinyomkodásával, az esetleges fénytörési hibák pontos kijavítása és az ártalmak távoltartása (fény, por, stb.).

3. *Eccémás* szemhéj-, kötőhártya- és szaruhártyagyulladások eseteiben (8 kórházi és számos ambulans beteg) a sulfamid kezelés a gyulladásos tünetek csökkenésére vezetett. Hogy ezen constitutionális betegségben a sulfamid feltünően javít a bajon, ennek magyarázatát azon régi és ismételten szerzett tapasztalatunkban látjuk, hogy eccémás szemgyulladások fellépésében és kiújulásában a kiváltó momentum sokszor egy heves kötőhártyahurut. Első tennivalónknak eddig is ezen acut hurutnak a kezelését tartottuk és az eccémás tünetek enyhülését is csak ezután várhatjuk.

4. *Gonorrhoeás* kötőhártyagyulladás sulfamid kezeléséről 13 eset kapcsán a következőkben számolunk be. Eseteink közül 2 betegnek mindkét szemen fennálló folyamata volt és 6 esetünkben járt szarufekéllyel a betegség. Két olyan betegünk kórtörténetét ismertetjük, ahol a hatás kizárólag és bizonyosan az SA_2 javára írható.

L. J. 25 éves férfi. Egy napja váladékos a bal szeme. 3 hét óta van urethrális gonorrhoeája. A bal szemen bőséges váladék, nagy chemosis észlelhető, a szaruhártya tiszta. 10 ccm tej a has bőre alá, másnap 3x2 tabletta SA_2 4 napig. A folyamat teljesen gyógyulásnak indult, azonban a 8-ik napon újabb nagy izgalom, bő váladék, kifejezett chemosis lépett fel. A másodizben adott tejinjectio, továbbá a helyi kezelés ellenére állapota egyre romlott, a szaruhártyán felül fekélyesedés mutatkozik és a felvétel után a 20. napon a váladék még igen bőséges, az oedémás, beszürődött kötőhártya a szaru felső felét teljesen eltakarta. Ekkor adtunk másodízben SA_2-t és másnapra a váladék minimálisra csökkent, a szarufekély terjedése megállt és néhány nap alatt teljes gyógyulást sikerült elérnünk.

N. J. 19 éves férfi. 3 nap óta a bal szeme váladékos, fájdalmas. A szaruhártyán alul lencsényi fekély. Urethrális gonorrhoeája nincs. Az első tejinjectio után a harmadik napon semmi eredményt nem láttunk, a fekély tovább terjedt. Lényegtelen eredményt mutatott a második tejinjectio is. A betegség 6. napján adott SA_2-vel azután azonnali és lényeges javulást sikerült elérni, az igen súlyos folyamat a 12. napon teljesen meggyógyult, a váladékból a gonococcus eltűnt.

Ezt a két esetet azért tartottuk érdemesnek részletesebben ismertetni, mert az SA_2 hatása mindkét esetben olyan folyamatok meggyógyításánál volt megfigyelhető, amelyek az eddigi szokásos kezelésekkel szemben resistenseknek bizonyultak. Az első eset azért is figyelemre méltó, mert feltűnő, hogy mindjárt a második napon adott SA_2 nem hozott végleges eredményt ott, ahol a 20. napon azután frappáns gyógyulást okozott. Ennek a körülménynek a magyarázatára később még visszatérünk

Másik 9 esetünkben a szokásos tejinjectio és localis kezelés mellett egyidejűleg adott sulfamid hatására valamennyi betegünk 5—16 (átlagban 8—9) nap alatt gyógyult meg A gyógyulás időpontjának azt a napot számítottuk, amikor a kötőhártyaváladékban gonococcust már nem sikerült kimutatni Az esetek ilyen kevés száma miatt a gyógyulási idő megrövidülésére nagyobb következtetéseket egyelőre nem vonhatunk le, azonban eredményeinket tekintve, az irodalmi adatokkal (*Szinegh, Willis, Michels, Slobozianu* és mások) egybehangzóan úgy látjuk, hogy a sulfamid készítmények a szem gonorrhoeás megbetegedésében igen hathatós segítő társai az eddig alkalmazott kezelési módoknak, de tapasztalataink szerint azokat egyáltalán nem teszik nélkülözhetővé. Ez utóbbi eseteinkben az SA_2-t legkorábban a betegség fennállásának 5. napján adtuk, egyrészt azért, mert a betegek csak akkor jelentkeztek, másrészt azért, mert a kezelés bevezetéseképen az első nap mindig nagy adag tejet adtunk parenteralisan és csak a lázas állapot megszünése után kezdtük az SA_2 adását. Valószínűleg a sulfamid javára írható, hogy a második tejinjectio gyakran feleslegessé vált.

Mindössze egy esetünk volt, ahol a sulfamid therápia teljesen hatástalannak bizonyult. A folyamat az egész szaruhártyát elpusztította és semmi módon feltartóztatható nem volt. Egy másik esetünkben, bár a sulfamid kezelés hatására a folyamat klinikai képe elég hamar javult, a váladékban még hosszú ideig találtunk gonococcust, és ez a körülmény a betegség tartamát meglehetősen elnyujtotta.

Ujszülöttek gonorrhoeás kötőhártyagyulladása sulfamid kezeléséről megfigyeléseinket még nem zártuk le és így ennek közlésétől e helyen eltekintünk.

Véleményünk szerint a sulfamid hatás ilyen gonorrhoeás szemgyulladások eseteiben függ az adagolás időpontjától, amennyiben feltehető, hogy a második héten a hatás kifejezettebb, mert a szervezet védekező berendezése a kórokozó ellen már mobilizálódott. Azokban az esetekben, ahol a szem betegségét húgycső kankó előzte meg, ez a mobilizálódás már feltételezhető. A 13 gonorrhoeás szembetegünk közül 6-nak volt már hosszabb-rövidebb idő óta húgycső kankója. Ezek közül 5-nek már az első héten adott SA_2 hatásosnak bizonyult. Azon betegeink közül, akiknek urethrális folyamata nem volt, 4-nél volt hatástalan a betegség kezdetén adott sulfamid. A betegség 5—6. napján azonban ezeknél is lényeges javulást láttunk. Eseteink kis száma miatt ezt a körülményt, mint figyelemre méltót csak megemlítjük. Az urológusok megfigyelése ehhez hasonló, amennyiben a tapasztalatok szerint a gonorrhoea acut szakában kevesebb eredményt várhatunk a sulfamid therapiától, mint a második héten

B) Cornea

3 keratitis parenchymatosa, 2 ismeretlen aetiológiájú keratitis profunda, 6 ulcus serpens corneae, 1 keratitis neuroparalytica, 2 herpes corneae ismételt adagolásra sem voltak befolyásolhatók, úgy, hogy ilyen betegeken a sulfamid kezeléssel a továbbiakban nem kisérleteztünk.

Keratitis rosacea (3 esetben) a szokásos ichthyol és egyéb kezelések mellett feltünő és gyors javulást akkor mutatott, midőn az SA_2 kúrát is megkezdtük. 10 primär szaruhártyafekély és beszűrődésnél volt alkalmunk a sulfamid hatását megfigyelnünk, ahol láttuk, hogy a gyulladásos jelenségek a szokottnál gyorsabban szűntek meg, a fekélyek alapja hamarosan tiszta lett, a beszűrődések feltisztultak, mindig a szer szedésével egyidőben. 10 ilyen esetünk közül csak kettőt nem sikerült sulfamiddal befolyásolni, mindkét betegnek positiv Wassermann reactiója volt.

C) Uvea

a) Szivárványhártyagyulladás sulfamid kezelését (SA_2) 23 betegünkön figyelhettük meg. Aetiológia szerint eseteink a következőképen oszlottak meg:

Tuberculosis 1, lues 2, fokális góc 10, rheumatismus 5, gonorrhoea 1, ismeretlen 4.

A valószínűleg tuberculótikus eredetű szivárványhártyagyulladás (tuberculin próba erősen positiv, állandó subfebrilitás, régi mellhártya-összenövések) nem reagált a sulfamid kezelésére. Ugyancsak semmi lényeges változást nem tapasztaltunk a lueses eredetű szivárványhártyagyulladás 2 esetében.

Focalis infectiót sikerült kimutatni 10 szivárványhártyagyulladásos betegünkön. A focalis góc legtöbbször carieses és tályogos fog, 1 esetben a tonsillákban talált gennyes góc volt. A 10 beteg közül mindössze 2 nem reagált sulfamid kezelésre, ezek azután intravénás Tophosanyl injectiókra gyógyultak. A többi 8 esetben azonban a hatás elég gyorsan jelentkezett, az izgalmi tünetek rövid idő alatt megszűntek. Meg kell említenünk, hogy a kezelés kezdeteképen mindíg tejet adtunk parenteralisan és csak a második napon kezdtük a sulfamid adagolását. A második tejinjectio így legtöbbször szükségtelenné vált és mind a 8 esetünk egy héten belül gyógyult. Egy esetünket, amelyben 2 tejinjectio és több intravénás Tophosanyl injectio után is változatlanul súlyos maradt a szivárványhártyagyulladás, az alábbiakban ismertetjük:

Sch. K. 33 éves férfi. 5 napja vörös, fájdalmas a jobb szeme. Bal szeme egy évvel ezelőtt hasonló betegségben volt. Felvételi állapot: rendkívül fénykerülő, nagy fájdalma van. Erősen belövellt jobb oldali kötőhártya igen kifejezett ciliáris injectio. Sötét, vérbő, duzzadt szivárványhártya, szűk pupilla, lenövések. Bal szem: békés, szabálytalan pupilla több lenövéssel. XI. 23. 10 ccm tej a has bőre alá. XI. 26. A fájdalom kissé enyhült, ciliáris belöveltség változatlan, pupilla alig tágult. XI. 27—XII. 4. 7-szer 10 ccm Tophosanyl injectio intravénásan. Ennek ellenére a fájdalom erősbbödött, fénykerülés izgalom fokozódott. Ujabb 10 ccm tej befecskendezésével semmi eredményt nem sikerült elérni. Másnap kezdtük a sulfamid-kúrát, mire a beteg panaszai már a következő napon megszűntek és 3 nap múlva teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

5 rheumás eredetű szivárványhártyagyulladás közül 2 javult lényegesen a sulfamid kezelésére. A másik 3 semmi változást nem mutatott. Az intravénás Tophosanyl injectiók lényegesen jobb eredményt adtak.

Egy gonorrhoeás eredetű szivárványhártyagyulladás az SA_2 hatására feltünően gyorsan meggyógyült.

Négy ismeretlen aetiologiájú szivárványhártyagyulladás közül kettő javult lényegesen, kettőn viszont észrevehető eredményt nem láttunk.

Tapasztalataink alapján a focális, rheumatikus és ismeretlen eredetű acut szivárványhártyagyulladások esetében mulasztásnak tartjuk a sulfamid kezelés mellőzését. A helybeli gyógyítás (pupilla tágítók) mellett általános kezelésül a következőket ajánljuk: első napon 8—10 ccm tej a has bőre alá (esetleges focális góc eltávolítása), 2. és 3. napon 3x2 tabl. SA_2, 4. napon, ha szükséges, újabb tejinjectio, ha nem, úgy a SA_2-kúra folytatása 3 nap szünettel 4 napos turnusban.

b) A szem áthatoló sérülésénél a fertőzés lehetősége miatt ajánlatos sulfamid készítményeket is adni egyéb szokásos eljárások mellett. 13 ilyen esetünkről számolhatunk be. Ezek közül 8 esetben a sérülés után 4 napon belül kezdhettük a kezelést és parenteralis tej, továbbá sulfamid therapiával 3-nak már meglévő elég súlyos iridocyclitisét sikerült leküzdeni. A többi 5 betegünkön, bár a fertőzés lehetősége feltehető volt, gyulladás nem jelentkezett. Egy esetünkben, ahol a sérülés a kórházi felvétel előtt 10 nappal történt, a mágneses extractio után 2. napon fellépő panophthalmitist nem sikerült megakadályozni. A többi esetekben, ahol régebbi sérülésekről volt szó, a trauma után keletkezett uveitis sulfamidra jelentősen javult.

c) Néhány *postoperatív* gyulladás esetén alkalmaztunk ugyancsak sulfamid készítményeket (SA_1 és SA_2) és tapasztalataink szerint egyéb szokásos eljárások mellett hasznos segítőtársnak bizonyultak a fertőzés leküzdésére. A sulfamid therapia bevezetése óta postoperatív gyulladás miatt egyetlen szem sem ment tönkre.

d) Két chronikus *tuberculotikus* eredetű iridocyclitisben a sulfamid therapiától semmi eredményt nem láttunk.

e) Panophthalmitis 3 esetében sulfamid készítményekkel sem a szemet elpusztító genyedést feltartóztatni, sem a lefolyás idejét lényegesen megrövidíteni nem sikerült.

D) Egyéb szemhéji, szemkörnyéki genyes folyamatok.

2 orbitális phlegmone (staphylococcus) megnyitás után sulfamid kezelésre rövid idő alatt teljesen gyógyult.

7 szemhéj-tályog ugyancsak feltünően reagált a sulfamid kezelésre. Az általános tünetek és a környéki beszűrődés gyors megszűnése, az incisio után a tályog üregének egy-két nap alatti teljes kitisztulása írhatók a sulfamid készítmények javára.

5 acut könnytömlőgyulladás valamennyi esetében a sulfamidkezelés (főleg SA_1) a gyógyulást határozottan siettette. Az incisio után a genyedő terület 2—3 nap alatt teljesen kitisztult, 2 acut könnytömlőgyulladás pedig feltárás nélkül 3 nap alatt teljesen visszafejlődött.

Ezeken kívül kb. 30 esetben adtunk hordeolum esetében sulfamidot (SA_1 és SA_2). Különösen a makacs hordeolozisok esetén láttunk szép eredményeket. De az egyszerű hordeolumok lefolyását is gyorsítani lehet sulfamid készítményekkel. Általános alkalmazása azonban egyelőre a szer drágasága miatt nehézségekbe ütközik.

Végül megemlítjük még, hogy 2 súlyos inhártyagyulladást nem sikerült sulfamiddal befolyásolni.

Mind a két sulfamid készítményt csak peroralisan adtuk. Sem izomba, sem pedig subconjunctivalis befecskendezés és a kötőhártyazsákba való behintés formájában nem próbáltuk alkalmazni. Mindkét szerből 3x naponta 2 tablettát adtunk étkezés után. Az SA_1-t huzamosabb ideig, akár két héten keresztül is, míg az SA_2-t 4 napig tartó kúra formájában egyszer, illetve 3—4 napos szünettel kétszer, háromszor adtuk. Tapasztalataink szerint elégséges egy vagy két ilyen kúra, huzamos alkalmazásra nincs szükség. A gonorrhoeás szemgyulladás kivétel csupán, ahol a későbbi szakban (második héten) várhatunk lényegesebb eredményt a sulfamidtól, itt gyakran 3—4 ilyen kúra is szükséges lehet.

Számos közlemény jelent meg az irodalomban a sulfamid készítmények káros mellékhatásairól. 300 betegen végzett megfigyeléseink közben mi semmiféle ilyen mellékhatásokat nem tapasztaltunk, amit főleg annak tulajdonítunk, hogy huzamosabb ideig egyetlen betegünk sem szedte. Tekintettel a mellékhatások súlyosságára, ajánlatosnak tartjuk főleg huzamosabb alkalmazás esetén az időnkénti vérkép-ellenőrzést. A legsúlyosabb káros melékhatások is elmúlnak a készítmények elhagyására.

Az „Expectin" expectorans solvens kíváló 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.

A dronalban cseppek a furunculosis peroralis kezelésében mint belsőleges antiseptikum kitünően beváltak. A gyulladások gyorsan visszafejlődnek a hegképződés rövidesen erélyesen megindul. 10 g-os üvegben mintegy kétheti adagot tartalmaz. Ára csak 2 pengő.

Az Uj Szent János kórház elme- és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyetemi magántanár.)

Postoperativ tetania psychés tünetekkel.

Irta: *v. Simon Tibor dr.* kh. alorvos.

H. J.-né 53 é. nőt 1938 III. 7-én vettük fel. Betegsége öt év előtt kezdődött, erős fogyással, fáradtsággal, szívdobogással. Röntgenbesugárzást kapott a nyakára, hetekig a Tátrában üdült, meghízott és munkaképessé vált. Jelen állapot: sokat fogyott, nagyon ideges, nehézlégzése, hasmenése van. Nyakán kis diónyi golyva. Jobb mellkasfele erősen hátradomborodik. Tüdő ∅. Szív: kórosan mgenagyobbodott, a szájadékok felett systolés zörej. Pulsus: rythm. aequ. kp. feszes, kp. telt, 102 percenként. Máj, has ∅. Positiv Graefe, positiv Stellwag, jelzett Moebius. Kis hullámú, szapora kézremegés. Testszerte élénk reflexek. Exophthalmus o. u. Blepharitis. Cataracta incip. Súlya: 54.30 kg. Alapanyagcsere +46%. A tonsillitis follicularis lezajlása után előkészítés, IV. 7-én a glandula thyreoidea resectiója. IV. 11-én tetaniás görcsök. Parathyreoideát és calciumot kap. Görcsei naponta 2—3-szor jelentkeznek. IV. 30. Vércukorterhelés: előtte 0.145 g%, ½ h. m. 0.195 g% 1 h. m. 0.214 g%, 2 h. m. 0.178 g%. V. 17-én alapanyagcsere +20%. 2 napig depressiós. V. 24-én ekg. sinustachykardia, myokardialis laesio. V. 25-én vérkép: vvs. 5.200.000, haem. 87%, fvs.: 10.800, stab. 60%, poly. 71%, eos. 3%, lymph. 20%, Vizelet (katheteres) húslészerű, zavaros, fajsúlya 1012, vegyh. lúgos, feh. (Esbach) ½%, Donné +, cukor, aceton, acetecetsav neg., epefesték és urobilinogen pos.; üledékben látóterenként 15—20 vvs. Ujabb vércukorterhelés: előtte 0.108 g% ½ h. m. 0.184 g% 1 h. m. 0.199 g% 2 h m. 0.204 g%. Tensio: 165—108/90—70 Hg. mm. között ingadozik, VIII. 10-ig. Azt állítja, hogy ismeretlenek a pincében lévő kazánba lehúzták, de ő a kazánt bosszúból felrobbantotta. A robbanás után csak ő maradt épen. Mindenkit azzal vádol, hogy meg akarja ölni. Átkozódik. Nyugtalan, zavart, VIII. 12-én átszállítják osztályunkra.

Ideérkezéskor izgatott, siránkozik, jajgat. A gümős családi terheltségen s a ritkán jelentkező hőhullámon kívül (hószáma 2 év előtt maradt el) az anamnesis és az autoanamnesis lényegesebet nem derít ki. Mindig álmos, mégsem tud aludni. Végtagjaiban húzó fájdalmak, izomtúnusa fokozott, nyelve duzzadt. Nyakán strumektomia jellegzetes hege. Jobb alkarja és kézfeje vizenyős. Pupillái renyhén és igen kis kitéréssel reagálnak. Graefe-tünet. Szemdülledtség. Az arc izomzatán „tic"-szerű rángások, fintorgó húzódások láthatók. Hasreflexei nem válthatók ki. Chwostek-tünet, Trousseau-tünet nincs. Az érzőidegek nyomására égető fájdalmat jelez. Hajzata a homlok felett megritkult, kikopott. Körmein dystrophiás jelenségek, kezein pigmentfoltok. Szorulás, hasmenés váltakozva. Beszéde lassú, elakadozó, némleg elkent, nyögdécselő. Kézremegés. Állni, járni nem tud. A liquor-vizsgálat eredménye negativ. Vérében a calcium 5.2—5.9 mg% között ingadozik. Vércukra 82 mg%. Ágyában passive fekszik. Értelmetlen szavakat kiabál. Azt állítja, hogy az előző kórházban az orvosok gyűlölték, meg akarták ölni. Felfogása megnehezült. Érdeklődéstelen. Tájékozatlan. Hangulata esékeny. Figyelme nehezen kelthető fel s könnyen ellankadó. Gondolkodása lassú, kritikája csökkent. Belátástalan, vádaskodó, paranoid beállítottságú. Megjegyzőképessége csökkent, emlékezetcsalódásai vannak. Szegényes ismeretinventár. Időnként indulatkitörések. Bizalmatlan, magatartása ellenséges.

Naponta két-háromszor szabályos tetaniás görcse van. A görcsöket izzadás, hőemelkedás követi (37.4—37.5 C°). Egy-két esetben vizeletpangás a hólyag záróizmának a görcse miatt. Vasomotoros zavarok, vérnyomásingadozások. Th.: Calc. i. v. per os, oxygenbelélegzések, savanyítás, fakultativ csillapítók és altatók, lactovegetabilis étrend, vestin glandubolin, proscorbin, görcsoldók, extractum parathyreoideae, csukamájolaj. Szóbakerült a mellékmajzsmirigy átültetés, erről azonban letettünk, mert műtéti hege genyes, s a befecskendezések helyein is kisebb beszűrődések keletkeztek, úgy hogy az általános ellenállás csökkenése miatt félő volt, hogy az átültetett rész is elgenyedne. VIII. 15-től naponta egyszer, IX. 1-től 2—3 naponként volt tetaniás görcse, IX. 10-től X. 1-ig három görcse volt, X. 1-én volt az utolsó. X. 5—6-án aluszékony, még injectio adására sem ébred fel. A vérben a Rest. N. 19 mg%. A vércukorterhelési próba rendes értékeket adott. X. 7-én aluszékonysága oldódott, X. 15-én már csak végtagzsibbadásról, a jobb kézfejben merevségről, a jobb kar fájdalmasságáról panaszkodik; X. 24-én kevés húzó fájdalomról. X. 28-tól panaszmentes. Psychés tünetei a görcsök ritkulásával javultak, X. 15-én a vonatkoztatásos beállítottságon és ingerlékenységen kívül kórosat nem észleltünk, 2 hét multán ingerlékenysége is megszünt. Elbocsátás XII. 6-án, súlya ekkor 63.5 kg volt.

Az egész acut demens-paranoid állapotot a motoros nyugtalansággal, az epilepsiás karakterhez hasonló jellemalakulással a dyskrinosis (tetania, Basedow, climax) magyarázza, ami termékeny talaj volt a műtét fájdalmas következményeivel s az általános testi leromlással súlyosbbított állapot ilyen alakulásához.

A mellékpajzsmirigy kiirtása utáni tüneteket *Vassale* és *Generali* ismertették pontosan, de a kisérletek alkalmával nem láttak mindig egyöntetű eredményeket, mert a kiesési tünetek csak az összes mirigyek eltávolítása után jelentkeznek s a mirigyek, vagy mirigymaradványok atypusos elhelyeződése félrevezető lehet. — A pajzsmirigy-műtétek utáni következményes tetaniát *Erdheim* és *Pineles* kutatásai kétséget kizáróan a mellékmajzsmirigyre vezették vissza. A postoperativ tetania ma már ritka, valamivel gyakoribb az érlökésekkel kapcsolatos nekrosis vagy genyedések következményeképen.

Egyesek a szervezet méregtelenítésében, mások pedig a mészanyagcsere zavartalan fenntartásában látják a mellékpajzsmirigyek legfontosabb szerepét.

Mc. Callum és *Voegtlin* a fehérje anyagforgalom megváltozását, a kreatinin fokozott kiürülését észlelték s a vizeletben olyan proteinogen aminok kiürülését találták, amik normalisan nem fordulnak elő s ezek alapján azt gondolták, hogy a normalisan működő mellékpajzsmirigyek ezek elbomlását elősegítenék s igy hozzájárulnának a szervezet méregtelenítéséhez.

Paton és *Findlay* a kórosan megváltozott fehérjeanyagforgalom okozta guanidin mérgezésnek tartják a tetaniát s ezt próbálták egyensúlyba hozni a calciumelmélettel úgy, hogy a guanidin a calciumnak a szövetekhez kötődését csökkenti. A két elmélet közül a mészanyagcserét támogatják a tisztán mász adagolásra gyógyult esetek.

Kylin a vér-calc. rendes értékét 10.6—12 mg% között állapítja meg. Tetania alatt ez sokszor 50%-os csökkenést mutat a szövetnedvekben, de különösen a vérben.

Ma még kétséges, hogy megkevesbbedik-e a szervezet összes mésztartalma; mert lehet, hogy csak elosztása helytelen. Mindenesetre a calc. assimilatiójában is részt kell vegyen a parathyreoidea és a vérben a calc.-t bizonyos szinten kell tartania, mert az adagolt mész önmagában alig emeli a vér calc. szintjét.

A kérdés mai állása szerint a parathyreoideák hiányos működése nemcsak a calc. forgalmát, hanem az összes ásványi sók forgalmát, igy a kalium, natrium, magnesiumét is megváltoztatja, csökken a vér alkalitartaléka, változik a phosporanyagcsere, alkalikus irányba tolódik a sav-basis egyensúly. Ingadozó a vér cukortartalma, a szénhydrat tűrőképessége csökkent.

A mai felfogás szerint, ha a parathyreoideák szabályosan működnek, tetania nincs. Az izmok és idegek ingerlékenységének fokozódása úgy képzelhető el, hogy a vérbeli ionisált calc. megkevesbbedik, ennek következtében a szövetekből és az idegrendszerből calc. szabadul fel.

A parathyreopriv tetaniákban az összes idegek és a vegetativ idegrendszer túlérzékenysége áll a központban a fentiek következtében. Ezzel függenek össze a húzó-rángó görcsök, a fibrillaris rángások, a remegések; atrophiás elváltozások; a megváltozott ásványi anyagcsere viszont valósznűen az idegrendszeri zavarokkal hozható összefüggésbe. Mindenesetre a vegetativ ideg-

rendszeri elváltozások, az epileptiform görcsök, a psychés tünetek magasabb központokra, az agykéregre utalnak.

A kezelést illetőleg a calc. és az extr. parathyreoidea adása természetes, a savanyítás részben az alkalosis csökkentését, részben a calc. ionisatiójának fokozódását célozta, a vitamint pedig *Asher* azon elgondolása alapján adtuk, hogy a vitaminok a szervezet kivülről bekerült szabályozói, szemben a szervezet saját maga termelte szabályozókkal, a hormonokkal. A kisérletek szerint az A-vitamin a pajzsmirigy, a C- a mellékvesekéreg, a D- a mellékpajzsmirigy hiányát pótolja. A vitaminadagolás a jelen esetben rendkívül kedvezően befolyásolta a hormon substitutio eredményét a psychés tünetek lezajlásában s ez indokolja meg esetünk ismertetését.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Praehypophysis és veseműködés. *Curschmann.* (Klin. Wschr. 1939. 46.) A hypophysis hátsó lebenye és a vizforgalom között összefüggés régóta ismeretes, de hasonló összefüggés található az elülső lebenyt illetőleg is. Igy hypophysaer cachexiában gyakran található oliguria, sőt hyposthenuria is, anélkül, hogy a vesében kóros elváltozás lenne található. Hasonló jelenségek találhatók Addison-korban és myxoedemában. Vízitatás előtt közvetlenül adott praephyson hatására a diuresis a normalisnak $^1/_4$-ére csökken, a vizelet fajsúlya pedig emelkedik. Más elülső lebeny készítmények hatása ebből a szempontból messze elmarad a praephyson hatása mögött, ami esetleges szennyezés lehetőségét teszi valószínűvé. (G. 80.)

Gömöri Pál dr.

Felnőttek lobaris pneumoniájának kezelése eubasinummal. *Djiu-Tju Tju.* (Ztschr. Klin. Med. 1939. 4.) A sulfanilvegyületek közül *Whithby* a 2-p. aminobenzolsulfamid-pyridint találta a pneumococcus törzsekre leghatásosabbnak és egyben legkisebb toxicitásunak. A szerző 90 typusos lobaris pneumoniás betegét kezelte Nordmark-féle eubasinummal. Kezdeti adagnak 2 g-ot, majd 4 óránként 0.5 g-ot, összmennyiségben átlagosan 8 g-ot adott. 20 esetben 12 órán belül, 30 esetben 24 órán belül, tizenhét esetben 48 órán belül lettek a betegek láztalanok és ezzel együtt csökkent a légzés-, pulsus-szám és javult az általános állapot. Aggranulocytosist, cyanosist vagy egyéb kellemetlen mellékhatást nem látott. A 90 kezelt beteg közül 4 halt meg. Ebből 2 esetben pneumococcus mucosus, 1 esetben staphylococcus aureus volt a kórokozó, egy esetben pedig az egész j. tüdőre kiterjedő pneumoniában a betegség 8. napján kezdte a kezelést. (G. 78.)

Horányi Mihály dr.

Az anaemia perniciósa örökléstanához. *O. Kaufmann* és *K. Thiessen.* (Ztschr. f. Klin. Med. 1939. 4.) 43 perniciózás beteg családtagjain (összesen 168 egyénen) végzett haematologiai és gyomornedv-vizsgálatok eredménye az volt, hogy majdnem minden esetben ki lehetett mutatni a perniciózás beteg valamelyik rokonán hyp-, vagy anaciditást, vagy pedig vérképbeli anomáliákat (anaemia, anisocytosis, magas festődési index, stb.) Különösen említésre méltó az a 8 család, ahol aránytalanul gyakran fordult elő an. pern.; igy pl. egypetéjű ikerpáron, három nővéren, anyán és fián, stb. 3 családban pedig az an. pern. mellett közeli hozzátartozón essentialis hypochrom anaemiát találtak. Mindezek bizonyítják *Weitz* nézetét, mely szerint an. pern.-ban fel kell vennünk egy dominánsan öröklődő csökkent gyomornedv-elválasztást, amely azután különböző módon hat a vérképző apparatusra. (G. 79.)

Kring Jenő dr.

Folliculus hypertrophiával járó lymphopathia. *A. Fieschi.* (Klin. Wschr. 47. 1939.) A szerző a klinikai lefolyás és kórbonctani elváltozások alapján a kórképet igyekszik elkülöníteni egyrészt a leukaemiáktól és lymphogranulomatosistól, másrészt a *Banti* leírta lymphocytosissal járó splenomegaliától. Három alakot különböztet meg: 1. mikor csak a nyirokmirigyek; 2. csak a lép; 3. nyirokmirigyek és lép vesznek részt a folyamatban. A nyirokmirigyek, illetve lép megnagyobbodáson kívül egyes esetekben kisebb fokú anaemia is volt észlelhető. A follikulusok és Malpighi tüszők minden esetben nagymértékben megszaporodtak és megnagyobbodtak, (3 mm átmérő), kiterjedt germinativ centrummal rendelkezik, a pulpa felé azonban, szemben a leukaemiákkal élesen el voltak határolva. Lépkiirtás minden esetben, rtg. besugárzás kisebb, múló recidiváktól eltekintve szintén teljes gyógyulásra vezetett, spontan teljes remissiók is előfordultak. Aetiologiailag infectio, vagy allergia jöhet esetleg tekintetbe. (G. 87.)

Szerdahelyi László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Kígyóméreg a szemészetben. *Alvaro.* (Amer. Journ. Ophthalm. 1939. 10.) A kígyóméreg pharmakologiáját és a mérgezés szemtüneteit tárgyalja. Naja-mérget ajánlottak magas retinalis vérnyomás, valamint zöldhályogban. Egyes mérgek neurotoxikus hatásán *(Naja, Crotalus)* alapul felhasználása fájdalomcsillapítás céljából gyulladásos és glaukomás állapotokban (csepp, befecskendés kötőhártya alá). A Jararacaméreg alvadást előidéző tényezőjének (coagulase) izolálása *(Klobusitzky)* fontos lépés; műtétek folyamán jó eredménnyel használható vérzéscsillapításra. (G. 104.)

Grósz István dr.

Pupillaszűkítők és tágítók egyidejű alkalmazása glaukomában. *Teräskeli.* (Ophthalm. 98. 1—2.) 23 glaukomás egyén 35 szemén vizsgálta a szokásos szűkítők (eserin, pilocarpin, boropilocarpin) és a *syntropan* együttes hatását. Utóbbi a tropasav synthetikus estere *(Roche)*; ezideig diagnostikus tágításra alkalmazták tükrözéshez. A syntropan nem engedi a pupillát beszűkülni, hanem középtágan tartja, anélkül, hogy a szűkítő szerek nyomáscsökkentő hatását rontaná. Nem alkalmazható igen előrehaladt esetben és amidőn sokszori pilocarpin becseppentésre van szükség. Két előnye van a combinationak: központi lencse, vagy szaruhomály esetén a szűk pupilla látásrontó hatását küszöböli ki, másrészt az alkalmazkodást egyensúlyban tartja (pilocarpin fénytörést növeli sugárizomgörcs révén, tehát myopizál!). A syntropan a nyomást csökkenti myosis nélkül és mydriaticum nyomásemelkedés elkerülésével. A folyadékcsere mikéntjére nézve érdekes adatot jelent. (G. 103.)

Grósz István dr.

Keratitis neuroparalytika kezelése. *Heinz.* (Bécsi Szemésztárs. 1939. jún.) *Pichler* trigeminus neuralgia sebészi kezelése után megelőzés céljából használta az *acetylcholint.* Szerző két esetben helyileg alkalmazta az 1%-os frissen készült oldatot cseppformában, kitünő eredménnyel (kétszer napjában.) *Böck* kenőcs alakban nem látott semmi hatást. (E célra a rokon felépítésű *doryl-csepp* használható. Localisan A-tartalmú olaj, parenteralisan B_1-vitamin vált be Ref.). (G. 101.)

Grósz István dr.

A szem érsklerosisának viszonya az agy, szív, vese és a nagy erek sklerosisához. *F. Rintelen.* (Ophthalm. mellékl. sorozat 29. sz.) Negyvenöt, életében hypertoniás, vagy arteriosklerotikus egyén rendszeres és beható kórbonctani feldolgozása. Conclusiók: az iris és sugártest arteriáin nem talált sklerosist, még akkor sem, ha az a retinában kifejezett volt. A kis retinalis arteriák sklerosisát collágen rost-szaporodás jellemzi az intima és elastica közt (nem pedig hyalin). Súlyos arteriosklerosist intima elzsirosodással jóformán mindig hypertoniás retina-betegség kiséretében észlelt. A központi verőér rendesen ép volt. A retinopathia független a choriocapillaris elváltozásoktól. A kisagyi arteriák súlyos sklerosisa ritka, szemben az agyalapi verőerek atheromatosisával; előbbi kedvenc helye a putamen és hid. Legsúlyosabb basalis agyi sklerosis mellett a kisagyi arteriák épek lehetnek és viszont. Kétségtelen, hogy retinalis arteriosklerosisból nem lehet hasonló agyi elváltozásokra következtetni: súlyos retinalis sklerosist teljesen ép basalis arteriák kisérhetnek, a megfelelő kaliberű agyi erek is épek lehetnek, és viszont. Súlyos retinalis sklerosis azonban a *vese* hasonló betegségét jelenti (arterioskler. zsugorvese.) Ugyanígy nem állítható fel párhuzam a nagy erek és a retinalis sklerosis között. Hat vörös lágyulásban elhalt beteg közül ötben kifejezett retinopathia hypertrophicát észlelt. (G. 102.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A nem specifikus ingerek távoltartása fertőző betegségekben. *Stoeltzner.* (Kinderärtzl. Pr. 1939. 1.) Fertőző betegségekben az egész szervezetet erősíteni kell a fertőzés elleni küzdelemben. Ezért fontos a teljes ágynyugalom, az izommunka teljes kikapcsolása, ami nagy feladatot ró a szervezetre. A táplálásban fontos minden megterhelés mellőzése; legjobb a vízgazdag, szénhydratdús diaeta. Az orvosi beavatkozással, ápolással a lehető legkevesebbet nyugtalanítsuk a beteget. Fertőző betegség alkalmával gondoskodni kell legalább 8 órai alvásról, ha szükséges altatók nyujtásával. Ezért szükséges, hogy az ilyen betegek kórterme nyugodt helyen legyen, miáltal elérjük, hogy a nemspecifikus ingerek távoltartásával a szervezet minden energiáját a fertőzés leküzdésére fordíthatja. (K. 107.)

Martyn Róbert dr.

Pernokton-altatás veszélye az újszülöttre. *Klahn.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 20.) A pernocton-altatás az anyára az ismert contraindicatiók mellett (szűk medence, placenta praevia, anaemia, súlyos lázas és gyengeségi állapotok, súlyos acut, vagy chronikus nephritis) nem jelent semmi komolyabb veszélyt, az altatás után jelentkező izgalmi állapot miatt azonban tanácsos intézetben végezni. Szerző 1933—35-ig 2041 eset kapcsán azt tanulmányozta, hogy a pernokton-altatás milyen ártalommal jár az újszülöttre nézve, tekintve, hogy a legtöbb szerző csak kevés contraindicatiót állított fel. Véleménye szerint a pernokton-altatás az általuk alkalmazott és részletesen ismertetett injectiós mód mellett klinikán veszélytelen és rendkívül értékes segítő eszköz, ha a következő contraindicatiókat szemelőtt tartjuk: 1. koraszülés 14 nappal a megállapított időpont előtt; 2. túlhordás a terminust követő 8. naptól; 3. farfekvés; 4. ha a szülés alatt a tervbevett pernokton-adás előtt a magzati szívhangok feltünően gyengülnek, vagy meconium ürül; 5. ha a szülés alatt valami okból morphiumot, vagy morphium-praeparatumot adtak. A 2041 esetből leszűrt tapjasztalatok szerint a contraindicatiók figyelembevételével alkalmazott pernokton-altatás csökkentette az újszülötteken jelentkező asphyxiák számát. (K. 109.)

Halka Sándor dr.

Nem tuberculotikus eredetű erythema nodosum tömeges előfordulása. *Ernberg* és *Gabinus.* (Amer J. Dis. Childr. 1939. 57.) Stockholmban 9 év alatt 420 erythema nodosum-esetet észleltek. Ezek közül 34 eset volt tuberkulin-negativ. 1937 első felében ellenben 34 erythema nodosum-eset közül 20 bizonyult tuberkulin-negativnak. Feltünő, hogy az utóbbi esetek nagyobb része a város egy és ugyanazon negyedében fordult elő, az erythema nodosum kitörését pharyngitis előzte meg. (K. 115.)

Kerpel-Fronius Ödön dr

Diabetes insipidus a gyermekkorban. *Warkány* és *Mitchell.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 1939. 57.) Tárgyalja a betegség keletkezését és kórélettani vonatkozásait. — Aetiologiai alapon a következő alakjait különbözteti meg: *a)* átörökléses; *b)* traumás; *c)* enkephalitises; *d)* tbc-s; *e)* lueses; *f)* tumoros, *g)* xanthomatosisos; *g)* egyéb eredetű alakokat. Ezeket egyenként ismerteti és megállapítja, hogy az alapbaj kikapcsolásával a diabetes insipidus tökéletesen gyógyítható. Ahol a radicalis kezelés nem vihető keresztül, tüneti kezelésre vagyunk utalva, amit nasalisan vagy injectiók segítségével a szervezetbe bevitt hypophysis hátulsólebeny-kivonatokkal érünk el. (K. 116.)

Geldrich János dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A nervus ethmoidalis orbitalis vezetéses érzéstelenítése a melléküregek sebészetében. *Mayer.* (Mschr. f. Hals- Nase-, etc. 73. 10.) A nervus ethmoidalis fennemlített blockirozása külső rostacsontműtétek esetében teljes fájdalommentességet biztosít. Endonasalis rosta labyrinthműtéteknél a rhinologusok általában ettől eltekintenek és csak felületi érzéstelenítést alkalmaznak. *Marschik* iskolája szerint minden állkapocsüregi műtét esetében orbitalis anaesthesia válik szükségessé, mivel a számos anastomosis miatt —, amely a nervus ethmoidalis és maxillaris között fennáll — a trigeminus kiiktatása nem biztosít elegendő érzéstelenséget. Kifogástalan technika mellett az orbitalis injectió veszélytelen eljárás *(Braun, Härtel)* Mindenesetre kerülni kell az erek megsértését, nehogy orbitalis haematoma keletkezzék Ugyanis a vérömleny vagy a nervus opticus, vagy az arteria centralis retinae összenyomása következtében vaksághoz vezethet. Ilyen esetben fontos az ideg, illetőleg az ér gyors tehermentesitése, amit a haematoma kiürítésével lehet elérni. (A. 76.)

Hajnal György dr.

Epulis laryngis. *E. Wessely.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 11.) A gégében előforduló epulis a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Szerző esetében a beteg nehézlégzés miatt került megfigyelés alá; a tumor subglotticusan foglalt helyet. A szövettani vizsgálat kétséget kizáróan óriássejtű epulist derített ki. Coutard-féle röntgenbesugárzásokra a daganat három hónap alatt tökéletesen visszafejlődött. (A. 75.)

Ajkay Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Mesterséges vérbajellenes dermoimmunisatio. Új meggondolások a sugártherapiáról. *M. Radnai.* Ann. des Malad. Vénér. 1939. 325.) A malarián kívül három tényezőnek tulajdonítja a déli primitiv népek syphilisének pusztán dermotrop voltát: 1. A bőrhygiene teljes hiánya. Traumák és élősdiek révén elősegíti a bőrfolyamatoknak és a bőr védőreactiónak kifejlődését; 2. A vérbajellenes kezelés hasonló irányban hat; 3. A kiterjedt bőrfelszinek isolatiója nagymértékben fokozza a szervezet védekezését. Mindezen tényezők lehetővé teszik a jóindulatú bőr- és csontsyphilis létrejöttét s elébevágnak a belsőszervi és idegsyphilis keletkezésének. Gyakorlatban az ibolyántúli sugárkezelés chemotherapiával, sajátvérkezeléssel társitva különösen késői syphilisben, seroresistens esetekben, tabesben vált be, de a syphilis egyéb formáiban is jó eredményt szolgáltatott. A bőr izgatásával kiváltott bőrtevékenység a chemotherapeutikumok mellett a legnagyobb gyógyító tényező. (Sz. 106.)

Emődi György dr.

A bőr belső szervekből származó áttéti rákja. *W. Bade.* (Arch. f. Derm. 179. 3.) Az irodalomból 1913 óta 58 olyan esetet fogialt össze, melyben belső szervi rákok alkottak a bőrben áttételeket. Az áttételek többnyire elszórt gombostűfejnyi, szilványi fájdalmatlan, livid-, barna, vagy barnásvörös csomók. A kórismét megnehezítik azok a formák, melyek egyenetlen szélű, lapszerű, csak kissé kiemelkedő beszűrődést alkotván sklerodermára hasonlítanak. Az áttételek néha alapszövetük sajátságait megőrzik. Igy észleltek pl. pankreas rák metastasist a bőrben, mely zsirbontó nekrotizáló sajátsággal bírt. Egy izben újszülött bőrét thymusrák árasztotta el, míg egy másik újszülöttben a kiindulási pontot az anya rákos betegsége képezte. A rák bőráttételei az utóbbi időben szaporodást mutatnak, minek oka egyrészt a modern ráktherapiának az emberi életet általában megnyugtató hatásában, továbbá a vizsgáló eljárások tökéletesedésében és szélesebb alkalmazásában keresendő. (Sz. 109.)

ifj. *Nékám Lajos dr.*

A hypocalcinosisok klinikája. *A. G. Kochs.* (Arch. f. Derm. 179. 3.) 22 éves terhes nő esetét közli, kin a terhességet kisérő súlyos hypocalcinaemiát és pustulosus psoriasist az AT 10 praeparatummal igen kedvezően sikerült befolyásolni, minek következtében a beteg terhességén veszély nélkül esett át. Ebből azt a tanulságot vonja le, hogy eddigi felfogásunkat, mely szerint hasonló esetben a terhesség feltétlenül megszakítandó, módosítani kell és minden esetben AT 10-kezelés alkalmazandó. (Sz. 108.)

ifj. *Nékám Lajos dr.*

A nyomás-urticaria pathogenesise és klinikája. *H. Gottron* és *V. Lundt.* (Arch. f. Derm. 179. 3.) A nyomás-urticariát, melyet a dermographismustól elsősorban a hosszabb latentia választ el — különbözőképpen magyarázzák. Igy egyesek a nyomásra helybelileg felszabaduló histaminszerű anyagoknak az éridegvégződésekre gyakorolt hatását, mások közvetlenül az érfal sejtjeire beható mechanikus hatást okolták; de a szervezetben keletkező egyéb anyagoknak is fontosságuk van. Igy a szerző bizonyos gyógyszerek bevétele után képződő toxikus porphyrinaemiára hívja fel a figyelmet, mely nyomási urticariának oka lehet. A porphyrinről tudjuk, hogy a bőr reactióképességét különösen fény- és nyomással szemben nagy fokban emeli, úgy hogy a bőrön erythema, urticaria vagy hólyagképződés keletkez-

het. A szerző három esetet említ, ahol pyrazolon tartalmú gyógyszer bevitile és nyomási urticaria között összefüggés látszott fennállani. (Sz. 107.)

ifj. *Nékám Lajos dr.*

Az ulcus vulvae chronikus idegenfehérjekezelése. *T. E. Olin.* (Acta Dermato-Vener. 1939. XX. 541.) Frei-positiv ulcus vulvae chr. eseteket érbe adott gonococcus-vaccinával és izomba adott fehérjekészítménnyel kezelt láz-therapia céljából. A folyamat a többnaponként adott injectiók hatására lassú javulásnak indult. A gyógyulás időtartama néha a két hónapot is elérte. A kezelés a visszaesés veszélye miatt a teljes behámosodásig folytatandó. (Sz. 126.

Emődi György dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Hólyagfertőzések gyógyítása tejsavas fermentekkel. *Fournier.* (Press. Med. 1938 53.) A tejsavas fermentek a vizeletben előforduló bakteriumokat, különösen a colit fejlődésükben gátolják, sőt el is pusztítják. Hatásmódjuk antagonista savtermelőképességüknek tulajdonítható. (B. 22.)

Vizkelety Gyula dr.

A vese alsó polusához haladó erek jelentősége. *H. A. Dege.* (Ztschr. f. Urol. 1939. 6.) A rendellenes erek hydronephrosist okoznak. Mivel gyakrabban találunk rendellenes éret, mint hydronephrosist, a szerző szerint ez csak akkor jelentkezik, ha a rendellenes ér akadályozza a vesemedence szabad kiürülését a vese légzést követő mozgásaival kapcsolatban. Ilyenkor a rendellenes ér anélkül, hogy az uretert leszorítaná, vesemedencetágulatot okoz. Gyógykezelés: a rendellenes eret átvágjuk. (B. 29.)

Remete Tibor dr.

A gümős zsugorvese. *Eitzen.* (The Journ. of Urol. 1939. szept.) A gümős vesepusztulás egyik alakja szemcsés zsugorodás sajtos és cavernás elváltozás nélkül. Kialakulása: haematogen góc szétszóródik a vesében, a törmelék a kisebb arteriákban megakad, infarctust, vérzést ,atrophiát okoz. A zsugorodó vesében nem toxinhatás miatt glomerulonephritis keletkezik, amit kötőszövetszaporodás, majd ennek zsugorodása követ. Ilyenkor klinikai tünetek alig vannak, biztos kórisme csak feltárással állapítható meg. (B. 30.)

Ágota Ferenc dr.

A hólyag belső záróizmának sklerosisa. *Heckenbach.* (Z. f. Urol. 1939. 4.) A vizeletkiürítési zavarokban nagy szerepe van a musculus trigonalisnak, mely megvastagodik és a plica interureterica hypertrophiájához vezet, ami a merev sphincterrel együtt egységes akadályt képez.A plica interureterica hypertrophiája biztosítja az ureternyilások záróképességét. Ha azonban atrophisál, akkor a vizeletkiürítési nehézség mellett reflux keletkezik, mert az atrophisált plica nem nyújt védelmet. Gyógykezelés: endovesicalis dorsalis resectio mellett még kétoldali 1—1 bemetszés. (B. 31.)

Molnár Jenő dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: *Simon Sándor.*

A röntgensugarak hatásosságának emelése localis rövidhullám hyperthermiával. *Korb.* (Strahlentherapie. 65. 649.) A rövidhullámú therapia bevezetésével actualissá vált a a kérdés, hogy a röntgensugárzás hatásossága a rövidhullámú kezelés combinálásával mennyiben volna előnyös rosszindulatú daganatok kezelése alkalmával. Ismeretes, hogy a biologiai effectus nő a meleg fokozásával, továbbá, hogy rosszindulatú daganatok melegre érzékenyebbek, mint az egészséges szövet. A rosszindulatú daganatok azonban csupán rövidhullámú kezeléssel nem oszlathatók el, sőt kis dosirozással, tehát kicsiny meleg effectus alkalmazásával még inkább fokozottabb növekedésnek indulnak. Az adagoláskor tehát olyan meleg effectust kell szolgáltatnunk, amely a melegártalom alsó határát éri el. E megfelelő melegeffectusnak létrehozása nem mindig könnyű feladat. A bőrön meglehetősen egyszerű a 40—41 C°-os hyperthermia elérése, míg pl. portio carcinomák esetén a kismedencében, ahol az állandóan keringő nagy vérmennyiség a környezetet erőteljesen hűti, e temperatura elérése csak a beteg megfelelő fektetése s elegendő nagy energiát szolgáltató készülék használata mellett lehetséges. Szerző épen ezért 1 méter hullámhosszú készüléket használ, mely 800 Watt energiát szolgáltat, s amely mellett az emberi test teljes homogen átsugárzása biztosan elérhető. Szerző előzetes állatkisérletei után először bőrcarcinomákon, majd két emlőrák és három portio carcinoma esetében alkalmazta a rövidhullámú és röntgenkezelés combinatióját. Ahol lehetséges volt, mindkét kezelés egyidejű kedvező beállítása, úgy mindkét kezelést egyszerre, ha ez nem volt lehetséges, úgy a rövidhullámú kezelést utólag végezte el. Mindkét esetben kétségtelenül megállapítható volt, hogy a rövidhullámú hyperthermia a carcinomás folyamat gyógyulását lényegesen előmozdította. Egyelőre ugyan még eseteinek száma kevés, de a feltünő jó eredmény miatt szerző érdemesnek tartotta ezen eseteket ismertetni addig is, míg nagyobb számú esetről számolhat be. (B. 1.)

Korompai Imre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gyógyszerek és Gyógyítás. I. k. Irta: *Issekutz Béla dr.* ((Eggenberger Budapest; Ára vászonkötésben I—II. k. 20. P) Egy tökéletes „vénygyűjtemény", vagy „gyógyszerismertető" fekszik előttünk, amire mai szójárással azt is lehetne mondani „zsebgyógyszertan". Szerzője megmaradt a nálunk közismert pharmakotherapiás felosztás mellett, abból indulva ki, hogy az orvos legtöbbször nem egy általa kiválasztott gyógyszer iránt érdeklődik, hanem a diagnosis után, a maga elé tűzött therapia valamennyi eszköze iránt, amelyből a legmegfelelőbbet akarja a könyvből kiválasztani. Az előbbi kívánságunkat is azonban könnyen kielégíthetjük egy betűrendes gyógyszerjegyzék segítségével. Az egyes hatástani csoportokban a komoly és bevált, nálunk használatos gyógyszerek hiánytalan felsorolását és ismertetését kapjuk, ügyes tájékoztatással a készítőre, adagokra, csomagolásra és árra nézve is. Elismeréssel emeljük ki, hogy a felsorolásban semmi részrehajlás sem mutatkozik az *adigan* és *lanaclarin*, a *merocait adr.* és *neotonocain* szépen megférnek egymás mellett, egyforma kövér betükkel. Hogy a kevésbbé ismert hazaiaknak csak „kis kövér" jut, s a külföldiek pedig csak dűlt betükkel vannak szedve, azt már igazán nem kifogásolhatjuk. — Receptekkel alaposan tele van hintve a könyv; az ismertebb szerek után 20—27 receptet is találunk, ismert klinikai formákat is, leleményeseket és hasznosakat is — és eddig egyetlen sajtóhibát sem tudtunk bennük felfedezni. A receptek közé vannak szórva, őket megillető helyen az olcsó rendelésben oly fontos *officinalis formulák* kövér nyomással, még pedig mind a legújabban kibocsátottak, melyeket a Közeg. Tanács állapított meg a nagyobb pénztárak igazgató főorvosaival.

A kitünő zsebkönyvet egy „Tájékoztató" s egy „Rendeléstan" vezeti be 67 teljes szabályossággal irott vénymintával. A végén pedig az ingertherapiában, serum- és vaccinagyógyításban használatos szerekről a fürdőkről és ásványvizekről kapunk egy-egy fejezetet, s útmutatást kapunk a mérgezések kezelésére, gyógyszerfoltok eltávolítására, a *gyakorló orvos hivatalos kötelességeinek teljesítésére* (elkülönítés, bejelentés, fertőtlenítés, himlőoltás, stb.). Befejezésül *Mészáros Gábor* kitünő zsebdiaetetikáját olvashatjuk, majd a tartalomjegyzék előtt sárga lapokon a fontosabb gyógyszerek adagtáblázatát felnőttek, csecsemők és 2—5, illetve 6—12 é. gyermekek számára.

Nem hisszük, hogy egyetlen orvos zsebéből vagy asztaláról hiányozhatnék ez a kis segédkönyv, mely után kíváncsian várjuk a II. kötetet, mi február végére jelenik meg, s melynek fejezeteit kivülálló klinikusok irták.

A zsebkönyv kifogástalan kiállítása a régi, jóhírnevű céget dicséri.

Vámossy prof.

Die Chirurgie des Herzens. Neue Deutsche Chirurgie 61. k. *Emil Karl Frey prof.* (Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, Ára fűzve: 31.40, kötve 33.40 RM.) Szerző a legújabb irodalmi adatok alapján foglalja össze a szívburok és a szív sebészetét és azt a Sauerbruch-klinikán nyert bőséges tapasztalatai alapján kellő kritikával tárja az olvasó elé. Az egyes fejezetek előtt rövid bonc-, élet-, és kórtani bevezetést adva, részletesen, jól érthető, világos nyelven tárgyalja a sebészeti részt.

A szívburok sérülésein, gyulladásain, a gyulladások következményein és a daganatokon végigvezetve pontos leírását adja az egyes műtéti módoknak kifejtve a műtéti javallatokat. Ezután ismerteti a szívsérülések különböző formáit, azok ellátását és a műtétek eredményeit, majd röviden összefoglalja a szívbillentyűk ma még kevés eredményt felmutató sebészi beavatkozásait. A szívdaganatok és a szív-

aneurysmák rövid megemlítése után külön fejezetet szentel a tüdőembóliának, kimerítően tárgyalva annak minden vonatkozását, összefoglalva a Trendelenburg-műtét végzésének javallatát, módját és eredményeit. Jól, áttekinthetően és nagy tárgyismerettel foglalja össze a szív idegein végzett újabb műtéti módokat és ezek eredményeit, különösen az angina pectoris kezelését. Tárgyalja a szív vérrel ellátásának megjavítását célzó beavatkozásokat és a szívbetegeken végzett pajzsmirigykiirtások eredményeit.

A könyv stilusa világos, érthető, 138 ábrája a célnak megfelelően állíttatott össze. Szép kiállítása és az irodalom kimerítő ismertetése nagyban emeli e kitünő könyv értékét.

Matolay György prof.

A műtéti javalatok. *Czirer László.* (260 lap, 4 táblázattal, a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása. 1939.) *Czirer László* mesterének *Verebélyi* prof.-nak ugyancsak a fenti kiadó könyvei között megjelent sebészklinikai előadásainak mintegy folytatását írta meg. A sebészklinikai előadások a sebészet kórbonctani, kórtani, bonctani és élettani alapjait fektették le és igen részletesen tárgyalták a tünettant. Munkája terjedelmének túlságos felduzzasztása nélkül a sebészi javalatokra részletesen kitérni *Verebélyi* prof.-nak nem állott módjában. Szerző nehéz és nagy munkát végzett, midőn aránylag rövidre szabott keretek között kimerítően tárgyalja a sebészi javalatokat. Anyagát bonctani tájékok szerint csoportosította. Ettől a beosztástól csak a sympathicus idegrendszeri beavatkozások esetében tér el a könnyebb áttekinthetőség kedvéért. Az egyes testtájakon, illetve szerveken belül a sorrend lehetőség szerint azonos: fejlődési rendellenesség, sérülés, gyulladás, daganat. Szerzőnek kis oldalszámon nagyon sokat kell, hogy adjon, ebből következik, hogy stilusa tömör. Tömörsége azonban sehol sem teszi nehezen érthetővé, végig világos és magyaros marad. A magyar kifejezéseket a lehetőség szerint használja, de ezek erőltetésével nem homályosítja el mondanivalóját. Örömmel üdvözölhető a túlméretezett sebészi javalatok lebontása: mindazokon a területeken, ahol más, veszélytelenebb és legalábbis ugyanolyan eredményt adó eljárások állanak rendelkezésre. Örömmel láttuk, hogy a könyvben több helyen már magyar szerzőkre is történik hivatkozás. Használhatóságát nagyban elősegíti a részletes tartalomjegyzék mellett közölt tárgymutató is. Véleményünk szerint *Czirer dr.* könyvét nemcsak a gyakorlóorvosok fogják nagy haszonnal forgatni, akik számára készült, hanem jó szolgálatot tehet a sebészeknek és a kis operativ szakmák képviselőinek is, mert keresztmetszetét adja a sebészi javalatokról alkotott modern felfogásnak.

Novák Ernő dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 15-i ülése.

Bemutatások:

Rejtő S.: *Gyógyult otogen meningitis.* 8 éves gyermek középfülgenyedés után genyes meningitist kapott. A kórismét a liquorból kitenyésztett streptococcus haemolyticus is igazolta. Műtéttel a fertőző gócot kiiktatta, lumbalpunctiókkal urotropint vitt be a durazsákba, deseptylt adott. A beteg meggyógyult.

Szende B.: Otogen meningitisben jók a paraminophenylsulfamit készítmények. E szerrel a halálozást 20%-ra lehet csökkenteni az azelőtti 97%-kal szemben.

v. Tátrallyay (Wein) Z.: Bemutató csak mastoidektomiát említett, noha otogen meningitis esetén szabály a középső és hátsó koponyagödör feltárása. Kérdi, hogy ez megtörtént-e?

Krepuska I.: *Sziklacsont-csúcs tályog műtéttel gyógyult esete.* 12 éves leány fülgyulladásához baloldali genyes labyrinthitis társult, abducens bénulással. Labyrinthektomiával sikerült a kis diónyi tályogot feltárni, mire a tünetek visszafejlődtek. Vázolja a trigeminus és abducens bántalom keletkezésének mechanismusát és műtéti eljárását.

Fleischmann L.: 11 pyramiscsúcsgenyedés esetéből 7 meggyógyult anthrotomia után, 1 még észlelés alatt áll, 3 esetben pyramiscsúcsműtétet végzett. Ezek közül egyet translabyrinthaer úton operált. Ezek voltak az első Ramadier-műtétek hazánkban. Ezek röntgenképein kiemeli az axialis felvételek diagnostikai értékét.

Krepuska I.: A sziklacsontcsúcs tályogok korai felismerésének és szakszerű gyógyításának gyakorlati jelentősége is nagy, mert az újabb statistikák szerint a halálosan végződő otogen meningitisnek kb. 20%-át az idejekorán fel nem ismert és nem operált sziklacsontcsúcs tályogok okozzák.

Előadások:

Vajda K.: *Orvosi vonatkozások Goethe életében.* Goethe nevének említésekor legtöbbünknek a lelki szeme előtt megjelenik a zavartalan egésszégnek a képe és első pillanatra el sem tudjuk képzelni, hogy az, aki 80 éves korán túl a Faust legtartalmasabb jeleneteit irta, nem lett volna teljesen egészséges ember. Hiszen a világirodalomnak e legclassikusabb alkotásában megtaláljuk nemcsak a philosophiát és poesist, hanem a kulturemberiség legkimagaslóbb képviselőjének majdnem három emberöltőre terjedő élettapasztalatát is. *Goethe* hosszú életében mind súlyos testi betegségekben, mind kedélyi megrázkódtatásokban is szenvedett, amelyek azonban még átmenetileg sem csökkentették szellemi frissességét. Négyéves korában variola vera, 19 éves korában haemoptoe, egyetemi tanulmányainak elején és végén súlyos neurasthenia támadta meg, majd éretteb férfikorában orbánc és nephrolithiasis, 61 éves korában jelentkeztek nála az arteriosklerosis első tünetei, 80 éves korában a cardia táján keletkezett varicositások okoztak súlyos vérzéseket. Utolsó betegségének olyan hű leírását adja kitünő háziorvosa, *Vogel*, hogy azt minden változtatás nélkül le lehetne nyomtatni bármely modern belgyógyászatban, mint a coronariathrombosis kitünő képét. Legújabb kutatások alapján ismerteti *Goethe* rendkívüli hygienikus életmódját. Veleszületett genialitása mellett ennek köszönhette, hogy úgyszólván utolsó leheletéig csak szépet, tökéleteset és maradandót alkotott.

Győry Gy.: *Evipan altatással szerzett tapasztalatok több, mint ezer eset kapcsán.* 1172 evipanban végzett műtétről — ezek közül 500 laparotomia — számol be. Ezeket tiszta evipan altatásban végezték, minden kisegítő narkosis, vagy érzéstelenítés nélkül. A Szent Rókus kórház szülő- és nőbeteg osztályán szerzett tapasztalatok alapján az evipannal altatás olyan jó, hogy súlyos májlaesiók és sepsisek kizárásával minden hasi műtétben alkalmas altatási eljárásnak tartják.

Elischer E.: 1773 eset tapasztalatai alapján combinatiós altatásra nem tartja alkalmasnak az evipant, mert az ébredési nyugtalanság összeeshetik az aether bealvási excitatiójával. Hosszantartó műtétekben igen nagy figyelmet követel az adagolás módja. Veszélyesnek tartja oralis sepsis, máj- és szívbetegek esetében.

Fischer A.: 7270 műtét közül 1164-et evipan altatásban végzett. Az evipan-narkosist nagy műtétekben is alkalmazza, igen sokszor localanaesthesiával combinálva. Haláleset nem fordult elő. Contraindicáltnak tartja májbetegségben és szájfenéki phlegmone alkalmával.

Minder Gy.: Az evipant az urologiában akkor tartja indokoltnak, ha az egyén vagy a beavatkozás helybeli érzéstelenítésre nem alkalmas. A nagy urologiai műtéteket még localban végzi. Fontos az egyéni adagolás.

Sándor O.: Evipant a legsúlyosabb és más narkotikummal veszélyes esetekben használ. Combinált módon jár el, először evipan, azután altalás és nem fordítva. Előkészítés ½—1 órával előbb morphium-atropinnal. Szívizombetegeken vigyázni kell az adagolásra. Ébredési nyugtalanság ellen kis adag skopolamint ad.

Szili J.: Három év előtt referált, közel 500 evipan altatásával együtt 1600 esete volt, ezek közül 800 hasmetszés. Az előadás hangsúlyát éppen ezekre óhajtotta fektetni s tapasztalatai alapján leszögezi, hogy az ebipan bármilyen hosszú hasi műtétre önmagában kitünően alkalmas. Osztályán az evipan az aethert teljesen kiszorította.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 50. sz. *Bock H. E.:* A haemomyelogramm. — *Basse W.* és *Göhring H.:* Az asthma bronchiale Quotientin kezelése és ennek befolyása a plasma és vörösvérsejtek közötti ionelosztódásra. — *Pestschew A.:* A mellékvesekéreghormon túladagolásának következményei. — *Purjesz B.* és *Dávid L.:* A vizelet jódtartalma. — *Scheid W.:* Liquorleletek lumbal- és cysterna-punctio után. — *Vierthaler R. W.* és *Blumenthal R.:* A rectalis seruminfusio kérdése. — *Harsschild F.:* A methaemoglobin elbomlása methylenkék és thionin hatására.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 50. sz. *Schneider I. A.:* Hypocalcaemia, mint az alkati hypophysis-közti-

agy genyedés tünete. — *Gärtner H.:* Mésznitrogen okozta általános megbetegedések a mezőgazdaságban. — *Flörcken H.* és *Geitshövel W.:* A gyomor- és patkóbélfekély palliativ resectiója. — *Strauss K.:* Exarticulatio coxae terhességben és általános sepsisben. — *Schultze R. W.:* Letalis factorok, mint az elvetélések fontos és kevéssé ismert tényezői. — *Mayr I.:* Anyagcserevizsgálatok gyakorlati jelentősége ekzemában. — *Janzen R.* és *Homeyer H.:* Erőszakolt vizdúsítás epilepsiás rohamok provocálására. — *Frenzel A. F.:* A paradentosis kórisméje. — *Jensch K.:* Fiatalkorú psychopathák psychikai és socialis viselkedése a birodalmi munkaszolgálatban. — *Jaeger F.:* Az ujjak végperceinek érzéstelenítése. — *Mallow S.:* Infantilis emlő. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 49. és 50. sz. *Gantenberg:* Vérhas a lengyelországi hadjáratban. — *Löllke:* Német kórházhajók. — Z. *Werth:* Ujjak csonkolásának javalatai. — *Maerz:* A járási mozgás jelentősége az alsó végtag vérkeringésére. *Ehrismann:* Ujabb kérdések a munkahygiéne köréből. VI. Ipari mérgek, szaporodás és utódok. — *Mahlo:* A vérátömlesztésről. — *Bruns:* Tapasztalatok a kiütéses lázról. — *Habs:* Ikerkutatás és rák 100 daganatos ikerpáron végzett vizsgálat alapján. — *Ebergényi:* A Lehmann—Facius- és Witting-féle rákreactió értéke terhességi toxicosis és intrauterin magzatelhalás esetében. — *Lohmann:* Az endometriosis kórképe 70 saját eset kapcsán. — *Hilgermann:* A kiütéses láz kezelése és védő oltása Proteus X. 19. vaccinával. — *Neubauer:* Intrathoracalis vérzéscsillapítás. — *Grafe:* Kisujj- és kulcscsontünet veleszületett bujakórban. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 50. sz. *Kaiserling H.* és *Soostmeyer Th.* A vese nyirokérrendszerének jelentősége a veseműködésre. — *Brunner I.:* Hosszú időn át folytatott élesztési kisérlettel megmentett legsúlyosabb CO-mérgezés esete. — *Siegel:* Diaetetika a csecsemőkorban. — *Riehl G.* Életveszélyes bőrbetegeségek. —

La Presse Médicale, 90—91. sz. *Faure I. L.:* Kiterjedt hasüri drainezés háborus lövési sérülések után. — *Monges I.* és *Poinso R.:* Hasvízkórral járó cirrhosisok és tuberculosis. — *Sliosberg A.:* Amputáltak csontfájdalmainak kezelése synthetikus B-vitaminnal. — *Schaeffer H.:* Izomrendszer és belső elválasztású mirigyek. — *Dallet G.:* Film nélküli radiographia. — *Lowys P.:* Tüdőgümőkór bakteriologiai kimutatása a gégéből. — *Tournay R.:* Idült alszárfekélyek állandó nyilt kezelése. — *Decourt Ph.:* A mocsárláz kezeléséhez. —

British Medical Journal, dec. 9. *J. Walton:* Gyomorrák. — *M. C. G. Israëls:* Lymphoid leukaemia. — *G. A. G. Mitchell:* Vesetájékokról származó retroperitonealis folyadékgyülem kiterjedése. — *R. M. P. Milne* és *J. R. Mackenzie:* Az endotrachealis érzéstelenítés előnyei és hátrányai — *G. E. Martin:* A jobb endoskopiás képzettség szükségessége. —

VEGYES HIREK

Személyi hirek. A m. kir. belügyminiszter *Fenyvessy Béla dr.* ny. r. tanárt, az Erzsébet Tudományegyetem közegészségtani intézetének igazgatóját, a Tisztiorvosi Vizsgabizottság rendes tagját, buzgó szolgálatainak elismerése mellett e megbizatása alól — saját kérelmére — felmentette és az igy megüresedett helyre *Lőrincz Ferenc dr.* ny. rk. tanárt, a Ferenc József Tudományegyetem közegésszégtani intézetének igazgatóját három évi időtartamra kinevezte. — A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter *Incze Gyula dr.* egyet tanársegédnek a Ferenc József Tudományegyetem orvostudományi karán „A törvényszéki orvosi gyakorlatban előforduló mérgezések" című tárgykörből egyet. magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és ebben a minőségében megerősítette. — A főpolgármester *Meák Gyula dr.* debreceni egyet. tanársegédet a budapesti Uj Szent János kórházban újonnan rendszeresitett fog- és szájsebészeti osztály főorvosává kinevezte.

A Budapesti Orvosi Kamara 1939. okt. 22-én megtartott közgyülésén elhatározta, hogy a Kamara tagjai az Irgalmas Rend budai kórházában megüresedő állásokra nem pályázhatnak és ott helyettesítést nem vállalhatnak. A jogerős határozat megszegése az 1936. évi I. tc. 41. §-ának *b)* pontjába ütköző fegyelmi vétséget képez.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikáján jan. 8-tól 13-ig egyhetes orvosi továbbképző tanfolyamot rendez a belgyógyászat tárgyköréből. A tanfolyam vezetője *Herzog Ferenc* ny. r. tanár, a klinika igazgatója. A tanfolyam előadásainak időpontja d. e. 10—1/2 12 óra.

A tanfolyam előadásai: jan. 8-án: *Herzog F.:* Az aortitis syphilitika; 9-én: *Perémy G.:* A táplálkozásról; 10-én *Margitay-Becht E.:* A hormontherapiáról; 11-én: *Molnár I.:* A környéki keringés zavarairól; 12-én: *Gömöri P.:* Az oedéma kezeléséről; 13-án: *Erdélyi J.:* Betegek kezelése röntgenbesugárzások alatt és után. Az előadások napjain a klinika tantermében d. u. 5—6-ig betegbemutatások lesznek.

A tanfolyam díjtalan, a jelentkezési illeték 5 P, amelynek megfizetését a Bizottság csakis indokolt esetben engedi el. A tanfolyamra jeelntkezni lehet jan. 5-ig az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságánál: VIII., Esterházy u. 9. Vidéki résztvevők számára — amennyiben azt lakásukhoz legközelebb eső MÁV-állomás feltüntetésével *jan. 2-ig* kérik — a Bizottság 33%-os kedvezményes vasuti jegyet biztosit (oda és visszautazásra).

Az V. Nemzetközi Gyermekgyógyász-Congressust, mely 1940. szeptemberében Bostonban volt tartandó, az amerikai rendezőbizottság a világpolitikai helyzetre tekintettel bizonytalan időre elhalasztotta.

A francia posta „Pour sauver la race" felíratú postabélyegeket hoz forgalomba, melyből befolyó összeget a nemibetegség leküzdésére fordítják.

Lengyel honos, vagy az annakidején Lengyelországban letelepedett, s onnan menekült orvosok, kik letelepedési helyükre vissza akarnak térni, ezirányú kivánságukat jelentsék be a berlini orvoskamarában. (Berlin, S. W. 68. Linden strasse 42.)

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik dec. 10—16. között. A hét első napjai frontalis tekintetben igen nyugodtak voltak. Viszont 14-étől kezdve a felsiklási frontok erős reactiói feltételezendők. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	feilettsége	
December	10	12	Felsikl.	Mérsék.	Erős borulás, köd, kevés hószállingozás
	12	13	Betörési	Gyenge	Szélélénk, 5 mimp, felderülés
	13	12	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	14	6	Felsikl.	Gyenge	Kevés havazás
	14	12	Felsikl.	Gyenge	Uj havazás 9 órától
	14	20	Felsikl.	Mérsék.	Uj havazás 17 órától. 2 mm
	15	18	Felsikl.	Mérsék.	Kevés havaseső
	15	22	Felsikl.	Mérsék.	Kevés havaseső
	15	23	Betörési	Gyenge	Kis szélénkülés
	16	11	Felsikl.	Gyenge	Erős praefrontalis sötétség

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet önirő műszereinek adatai. Részletes magyarázatok lásd az 1939. évi 5. szám 123. oldalán.

Rachitis megelőzésében és gyógyitásában kiválóan alkalmazható a *Vitajecol* biologiai standardizált, természetes csukamájolaj, mely 1 g-ban 1500 I. E. természetes A. és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rendkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan és ízteIen. Gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolajok különleges értékét jelentik. Kalória értéke *Poulsson* szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható a túladagolás veszélye nélkül. Indicáit rachitis megelőzésére és gyógyitására, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, skropulosis általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.

VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag
ízte en és szagta an standardizált
csukamájolaj

Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és 125 I. E. természetes D-vitamint.

Krompecher Budapest, V., Nádor-utca 15.

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

18.002—1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Pesti Izr. Hitközség Előljárósága pályázatot hirdet a XIII. ker. Szabolcs u. 33. sz. alatt lévő kórházában lemondás folytán megüresedett *szemészeti osztályos főorvosi* és *A)* belosztályán ugyancsak lemondás folytán megüresedett *segédorvosi állásra*.

A kellően felszerelt pályázati kérvények legkésőbb *1940. január hó 5-én déli 12 óráig* a Pesti Izr. Hitközség Előljáróságához címezve, a hitközség főtitkári hivatalába (VII., Síp utca 12. III. 40.) nyújtandók be. Később érkező folyamodásokat figyelembe nem vehetünk.

A kérvényhez születési bizonyítvány, magyar orvosi diploma, curriculum vitae és tudományos dolgozatok mellékelendők. A minősítés tekintetében a belügyminiszter által 1937. ápr. 20-án 255.020—1937. XI. sz. alatt jóváhagyott szervezeti és működési szabályzat 59, ill. 69. §-a, a javadalmazás tekintetében pedig a Budapesti Orvosi Kamarával történ megállapodás értelmében a szabályzat 70. §-a irányadó.

A megválasztottak alávetik magukat a belügyminiszter által jóváhagyott és fent hivatkozott szervezési és működési, valamint a Pesti. Izr. Hitközség képviselőtestülete által 1930. okt. 26-án elfogadott szolgálati és fegyelmi szabályzat előírásainak. Közelebbi felvilágosítással a hitközség főtitkára szolgál, akinél a hivatkozott szabályzatok rendelkezésre állanak.

Budapest, 1939. december hó 13.-án.

A Pesti Izr. Hitközség Előljárósága:
Eppler Sándor s. k., főtitkár, *Stern Samu* s. k. elnök

227—1939. sz. Sopronvármegye Kapuvári Közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló kapuvári közkórházban 3 kórházi *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendelet szerint a XI. fiz. oszt. 3. fokozatában megállapított fizetés, egy bútorozott szobából álló intézeti lakás, fűtés, világítás és kiszolgálással, továbbá I. oszt. élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. Kinevezés 1 év időtartamára szól, mely javaslatomra — pályázat mellőzésével — 2 évre meghosszabbítható. Intézeti bentlakás kötelező. Orvosi magángyakorlat nincs megengedve.

Felhívom a pályázó nőtlen orvosdoktorokat, hogy az alábbiak szerint felszerelt és kellően felbélyegzett pályázati kérvényüket simonyi és hőgyészi Hőgyászi Pálhoz, Sopronvármegye főispánjához címezve, hozzám *1940. évi január 31-ig* nyujtsák be. Később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetek.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot és a leszármazás igazolását a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1., 3. és 9. §-ai szerint; 2. Erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. Magyar állampolgárságot igazoló okmányt; 4. Magyar orvosi diploma másolatát; 5. Orvoskamarai tagság igazolását; 6. Életleírást (curriculum vitae); 7. Egyetemi leckekönyvet (kórh. szolg. könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat); 8. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 9. Esetleges működési és katonai szolgálatot igazoló okmányt.

Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Kapúvár, 1939. december 14-én.

Forin Viktor dr., kórházigazgató főorvos.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. (Ujpest) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését mellékeltük.

Lapunk mai számához a Certa gyógyszerészeti laboratorium (Budapest, IX., Szvetenay utca 21.) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetést mellékeltük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

Omnosan

fertőző betegségek, influenza, pneumonia esetén a szervezet aspecificus védekező apparátusának biologiai stimulánsa

1 ampulla P 1·20, 3 ampulla P 3·50

Az OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. Közkórh. terhére rendelhető

Dr. EGGER LEÓ és EGGER I., Budapest VI.

Magyar arsenobenzol-készítmény

Az oldat még 24 óra multán sem oxidálódik, nem válik toxikussá
Mellektüneteket csak ritkán és enyhe alakban okoz

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM ORVOSTUDOMÁNYI KLINIKÁINAK KÖNYVTÁRA

Engedélyezve: a Közgyógyszerellátás (szegényalap), M. kir. Honvédség, OTI, MABI, OTBA stb. részére

Gyártja: HUMAN Gyógyszerüzem Kft., Budapest

Kardiotonicum enyhe szivinsufficienciával járó lázas megbetegedéseknél

Aurocard - Madaus

Kardiotrop gyógynövény készitmény
Myocardium szervkivonattal

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

Szilágyi gyógyszerész **Dr. Madaus** laboratoriuma

Az orvosi rendelők elengedhetetlen
és legmegfelelőbb röntgenkészüléke
az üzem alatt érinthető

PHILIPS - METALIX

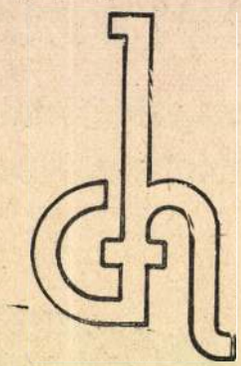
Veszélytelenségéért teljes garancia
Magyarországon egyedül több mint 150 referencia

Magyar gyártmány!

Költségvetéssel szolgál

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Budapest, IV., Múzeum-körút 37 – Telefón: 182-680, 383-135



ULTRASEPTYL

„CHINOIN"

UJ CHEMOTHERAPEUTICUM

2—(p-aminobenzolsulfamido) — 4 — methylthiazol

Pneumococcus-fertőzések:

ULTRASEPTYL-Chinoin *croupos tüdőgyulladás, bronchopneumonia* és egyéb pneumococcus-, vagy meningococcus-fertőzések esetén gyors leláztalanodást és zavartalan, szövődménymentes gyógyulást biztosít.

Gonococcus-fertőzések:

Gonorrhoea esetében ULTRASEPTYL-Chinoin *már a heveny szakban* is sikerrel adható. A betegek nagyobb százaléka gyorsabban gyógyulgyul ULTRASEPTYL-Chinoin hatására.

MELLÉKHATÁSMENTESSÉG:

Az eddig igen széles körben végzett vizsgálatok szerint az ULTRASEPTYL-Chinoin kiváló gyógyító hatását *mellektünetek fellépése nélkül* fejti ki: gyomorpanaszokat, hányást, szédülést, elesettséget, stb. nem okoz. Az eddig vizsgált esetekben sem a vér összetételére, sem a parenchymás szervekre, a keringési, vagy kiválasztási rendszerre nem volt káros hatással az ULTRASEPTYL.

24 tabletta (0.5 g) phiolában

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József

83. évfolyam. 52. szám. Budapest, 1939 december 30.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM

Magyar Imre: Terhelési kisérletek B1-vitaminnal. (1071—1073. oldal.)
Joó Béla: A görcskezelésről. (1073—1075. oldal.)
Telegdi István: Leánycsecsemők és gyermekek kankójának kezeléséről. (1075—1076. oldal.)
Schmitt Pál: Ditonal-kúp a rheumás megbetegedésben. (1077. oldal.)
Irodalmi szemle: (1078. oldal.)
Könyvismertetés: (1079—1080. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1080—1081. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek: (1081—1082. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Stefánia úti Belgyógyászati Intézet közleménye.

Terhelési kísérletek B1-vitaminnal.

Irta: *Magyar Imre dr.*

A B_1-vitamin meghatározásának módszerei az utolsó év folyamán lényeges fejlődésen mentek át. *Jansen* thiochrom eljárásának módosításai egyszerű módszert alakitottak ki, mellyel vizeletben történő meghatározások megbizható eredménnyel és a klinikai céloknak teljes mértékben megfelelő pontossággal végezhetők. A haladást *Ritsert* módosított eljárása jelentette, mely a B_1-vitaminnak a vizeletből történő, fáradságos és időrabló adsorptióját hagyta el, kis anyagmennyiségekkel is lehetővé tette a meghatározást, a vizelet nem vitaminszerű egyéb anyagainak zaravó hatását egyszerű eljárással kikapcsolta és a meghatározást quarzlámpa birtokában szabad szemmel is egyszerűen elvégezhetővé tette.

Ritsert eljárástól alig térve el, a meghatározásokat a következő módon végeztem. 5 ccm vizelethez beköszörült dugóval jól zárható centrifugacsőbe 5 ccm 10%-os KOH-t és 5 ccm 1%-os kaliumferricyanid oldatot öntünk. 10 perces állás után az elzárt csövet 10 ccm isobutylalkohollal 2 percig alaposan rázzuk, centrifugába helyezzük és centrifugálás után az elválasztódott felső isobutylalkohol-réteget —, mely a lugos közegben thiochrommá oxydálódott B1-vitamint tartalmazza, — lepipettázva, szűrőpapiron átszűrjük. Igy tiszta, kéken fluorescáló oldatot kapunk. Párhuzamos csőben ugyanigy járunk el, csupán a kaliumferricyanid helyett 5 ccm destillált vizet használunk. Ez utóbbi csőben nyert kivonat csupán a vizelet saját fluorescentiáját tartalmazza. Ultraibolya fényben (Analysen-Quarzlampe Hanau) a két isobutylalkoholos kivonatot összehasonlítva, az előbbi módon készített standard oldatból addig csepegtetünk a vizelet saját fluorescentiáját tartalmazó kivonat lemért mennyiségéhez, amíg a fluorescentia erőssége a thiochrommá oxydált B1-vitamin fluorescentiáját is tartalmazó kivanotéval egyenlő nem lesz. A standard oldat elfogyott mennyiségéből a B1 vitamintartalom egyszerűen kiszámítható.

Jó meghatározási eljárás, az első lépés valamely anyag szervezetben vitt szerepének tanulmányozásához. Ez élettani jelentőség mellett a klinikai jelentőség teszi fontossá a meghatározásokat. A szövetek és a szövetnedvek B1-vitamintartalmának ismerete klinikailag azóta nagyjelentőségü, amióta tudjuk, hogy a teljes egeszség és a teljes vitaminhiány, az avitaminosis állapota között számos átmenet van, az ú. n. hypovitaminosisok sora. E hypovitaminosisok felismerését kell e meghatározásoknak lehetővé tenni.

Hypovitaminosis felismerése elméletileg lehetséges volna a 24 óra alatt a vizelettel kiürített B_1-vitamin mennyiségének meghatározásából. E mennyiség azonban igen tág határok között váltakozik. Hypovitaminosisban biztosan nem szenvedő egyének vizeletében számos meghatározást végezve a legkisebb 24 óra alatt kiürített mennyiség 43 γ volt, a legnagyobb 507 γ. Az átlagos ürités 50 γ és 150 γ között váltakozott, ami az irodaimi adatoknak megfelel *(Westenbrink* és *Goudsmit:* 70—330, *Schneider* 80—100, *Ritsert* 110—520, *Karrer: 9, Hüllstrung 51—240, Seyderhelm 50, Hildebrandt* 100—450 γ, stb.). A kiürítés számos külső körülménytől függ, elsősorban a vizsgált egyén táplálékának B_1-vitamin tartalmától. Minthogy aránylag kis mennyiségek tág határok közti váltakozásáról van szó, az egyenletes B_1-vitamintartalmú étrendre beállítás pedig nehézségbe ütközik, a 24 óra alatt kiürített vitaminmennyiségből biztos következtetést levonni nem lehet.

Hypovitaminosist elméletileg terheléses vizsgálattal lehetne leginkább megállapítani. Ha a szervezetben vitaminhiány van, akkor a bejutatott vitaminból kevesebb ürül ki, mint olyan esetben, amikor a szervezetnek vitaminra nincsen égető szüksége. A gyakorlat azonban ez elméleti feltevéseknek nem felel meg. Már *Stähler* egy esetében látjuk azt, hogy ép egyén kiválasztása több napon át történő terheléskor nem növekszik. Erre a körülményre *Drigalski* nyomatékosan felhívja a figyelmet. Számos terhelési kisérletből*), melyeknek eredménye ugyanezt mutatja, példának álljon itt egy önkisérlet:

A kiürítés 24 óra alatt:

vegyes étrend után	150 γ
naponta 10 mg B-vitamin után	
1. nap	2818 „
2. „	4239 „
3. „	4455 „
4. „	4620 „
5. „	2449 „
6. „	2527 „
7. „	2816 „
8. „	1931 „
9. „	1324 „
10. „	1212 „
11. „	1025 „
12. „	1140 „

*) A vizsgálatokat a Richter-gyár „Biamin" és „Biamin forte" készítményével végeztem. A kisérleti anyag átengedéséért ezúton is köszönetet mondok.

E viselkedés oka egyelőre magyarázatra szorul. A lehetőségek tisztázására vonatkozó kisérletek folyamatban vannak.

Klinikai anyagból válogatás nélkül vett betegek vizeletében végeztem meghatározásokat, B_1-vitaminnal történő egyszeri terhelés után. Szájon át történt adagoláskor a B_1-vitamin kiválasztása nagy mértékben függ a felszívódási viszonyoktól, a beadott vitamin nagyrésze, *Ritsert* szerint 20—25%-a a székkel változatlanul távozik. Szájon át adott 10 mg B_1-vitaminnal végzett vizsgálatok alkalmával a következő értékeket találtam:

Kisérlet száma	Diagnosis	Vizeletmennyiség	B1 vitamin 100 ccm-ben	B1 vitamin 24 h alatt
1.	egészséges	905 ccm	32.7 γ	296 γ
3.	ulcus duod.	1000 „	34.2 „	342 „
3.	egészséges	845 „	—	198 „
4.	cholelith.	605 „	46.4 „	281 „

A négy eset átlagát számítva, a vizsgált egyének 24 óra alatt a beadott mennyiség 2.75%-át ürítették ki vizeletükkel. Ha az értékekből az amúgy is kiürített B_1-vitamint még leszámítjuk, kis érékeket kapunk, melyek hypovitaminosis esetek értékeitől eltérése nem elég nagy a következtetés megbizható levonásához.

Sokkal nagyobb a kiürítés a bőr alá, izomba, vagy érbe adott B_1-vitamin után. Ez alkalmazási módok közt kisérleteimben a különbség csupán annyi volt, hogy érbe adott vitamin után a kiürítés legnagyobb része már 1 óra alatt megtörtént, izomba, vagy bőr alá adáskor elhúzódobb volt. Hogy érbe adott vitamin nagy része egy óra alatt kiürül, azt a következő esetek bizonyítják.

Kisérlet száma	Kiürítés γ-kban 1 óra alatt	3 óra alatt	24 óra alatt
5.	2180	2260	2324
6.	1959	2170	2998
7.	1943	—	2303
8.	4004	4592	5640
9.	2267	2590	3294
10.	2023	2453	2518

Hogy a meghatározásokat mégsem csupán 1 órával a vitamin befecskendezése után végeztem, hanem 24 órás vizeletben, az azért történt, mert az 1 órás és 24 órás ürítés aránya az egyes esetekben nagyon változó. Lehet, hogy ebben a vese játszik szerepet; feltünő ugyanis, hogy éppen vesebántalom esetén húzódik el a kiválasztás.

Kisérlet száma	Klinikai kórjelzés	Kiürítés γ-kban 1 óra alatt	24 óra alatt
9.	diabetes nephroskl.	2267	3294
19.	nephroskl. myodeg.	1324	2211
22.	nephroskl	1512	2897
23.	nephroskl. maligna	1067	1921

Vesebajosok egyébként az egészséges egyénekkel egyenlő mértékben választják ki a B_1-vitamint, csupán — úgy látszik — lasabban.

Az elvégzett terheléses vizsgálatokat az A. táblázat mutatja.

E betegekről hypovitaminosis feltehető nem volt. A 19 eset átlagát számítva *a beadott 10 mg B_1-vitaminból 24 óra alatt átlagban kiürül 26%.*

Külön táblázatban foglaltuk össze azokat az eseteket, amelyekben a vitamin-kiürítés 24 óra alatt 18%-nál kisebb. (B. táblázat.)

Ha az utóbbi hét esetet részletesebben szemügyre vesszük, a legtöbben találunk magyarázatot a B_1 hypovitaminosis lehetőségére.

A 12. sz. beteg 10 éve cukorbajos. Cukorbaj és hypovitaminosis összefüggésére többek közt *saját* vizsgálataim is utalnak. Ez a kérdés azonban egyáltalán nem tisztázott. (Az előző táblázatban szereplő cukorbetegek kiürítése rendes!) A beteg neuritise (n. tibialis) mindenesetre lehet vitaminfogyatkozás következménye. A hypovitaminosis létrejöttében az a körülmény játszhat szerepet, hogy a betegnek hetek óta hasmenése van. A hasmenés és a B_1-avitaminosis kapcsolata könnyen elképzelhető, a táplálkozás egyoldalúsága és a felszívódási zavar következtében. *(Dann* és *Cowgill).* Hogy a terheléses vizsgálat valóban híven tükrözte a szervezet B_1-vitaminhiányát, azt nem csak a kiürítés növekedése mutatta B_1-vitamin adagolása után, hanem a specifikus gyógymód hatásossága is. Néhány 10 mg-os Biamin forte Richter befecskendezése után a lábpanaszok úgyszólván teljesen megszüntek.

A 13. sz. beteg kisagyi daganat műtéte után, operálhatatlan kiújulás miatt álott kezelés alatt. Állandó és csillapíthatatlan hányása miatt táplálkozása hónapokon keresztül elégtelen volt. Emiatt jutott inanitióba, melyet klinikailag szabályos polyneuritis kifejlődése kisért.

A 16. sz. beteg 2 hónap óta intermittáló lázzal fekszik, vérző colitise, teljes étvágytalansága, nagy láza hypovitaminosis létrejöttének lehetőségét több oldalról is megadják.

A 18. sz. beteg két hét óta naponta 39—40 C -ig emelkedő lázas rohamban szenved. A láz okozta fokozott szükséglet és a csökkent táplálkozás (rossz körülmények közt élő földművesről van szó) a vitaminhiányt eléggé magyarázzák.

A 20. sz. beteg cardialis gyógykezelésre már nem reagál, utolsó napjait élő szívbajos. Napok óta nem táplálkozik.

A 24. sz. beteg ismétlődő heves epekőrohamok miatt egymás után számos morphium-injectiót kapott. 4 nap óta úgyszólván semmit sem evett, folyton hány.

A 26. sz. beteg hypovitamniosisát hosszú lázas állapot magyarázhatja.

Az ismertetett terhelési kisérletek eredménye tehát azt mutatja, hogy az egyszeri megterhelés utáni kiválasztás meghatározása a szervezet B_1 vitaminnal telítettségét kellő pontossággal jelzi. A módszer tehát klinikai céloknak megfelel. Ismételt B_1-vitamin adagolással telítettséget elérni, mint C-vitamin esetében, nem

A.

Kisérlet száma	Érbe adott mennyiség	Klinikai kórjelzés	Kiválasztás 24 óra alatt γ	%
5.	10 mg	ischias	2324	23
6.	10 „	diabetes mell.	2998	30
7.	10 „	neuralgia n. trig.	2303	23
8.	10 „	angina pect.	5643	56
9.	10 „	diabetes mell.	3294	33
10.	10 „	vitium cordis	2518	24
11.	10 „	asthma bronch.	2993	30
14.	10 „	egészséges	2818	28
15.	10 „	arthrosis def.	2228	22
17.	10 „	proktitis	2452	24
19.	10 „	nephroskl. myodeg	2221	22
21.	10 „	infarctus pulm.	2708	27
22.	10 „	neprosis	2892	29
23.	10 „	nephroskl. maligna	1921	19
25.	10 „	diabetes mell.	2240	22
27.	5 „	asthma bronch.	922	18
28.	5 „	bronchitis chron.	1100	24
29.	2 „	myodeg. cordis	452	23
30.	2 „	cholelithiasis	367	19

B.

Kisérlet száma	Érbe adott mennyiség	Klinikai kórjelzés	Kiválasztás 24 óra alatt γ	%
12.	10 mg	diabetes, neuritis, enteritis	704	7
13.	10 „	tumor cereb., polyneuritis	163	2
16.	10 „	colitis ulcerosa	98	0.9
18.	10 „	malaria quotidiana	1692	17
20.	10 „	myodeg., decomp.	102	1
24.	10 „	cholelithiasis	968	10
26.	2 „	vitium-endocarditis	227	11

lehet, mert minél több B_1 vitamin jut a szervezetbe, annál kevesebb ürül ki. Hypovitaminosis esetében azonban itt is eltérő a szervezet viselkedése: ismételt adagoláskor — mint *Stähler* terhes nő-eseteiben — a kiválasztás bizonyos ideig nő.

Előbb ismertetett cukorbajos, neuritises betegünk (12. sz.) naponta kapott 1 amp. Biamin forte Richter-t (10 mg B_1-vitamin-hydrochlorid). Napi ürítései a következők:

	Vizele mennyiség	Ürítés 24 óra alatt γ
Vitaminadás előtt:	980 ccm	32
Biamin-adás után 1 nap	648 „	704
2. „	700 „	567
3. „	650 „	1224
4. „	720 „	1476
5. „	600 „	2538

A további ürítést a beteg távozása miatt nem tudtuk figyelemmel kísérni.

A 13. sz. polyneuritises beteg kiürítése a következőképen alakult:

Vitaminadás előtt a vizeletben B_1-vitaminnak csak halvány nyomát tudtuk kimutatni.

Biamin adása után:	Vizeletmennyiség	Kiürítés γ
1. nap	400 ccm	163
2. „	450 „	471
3. „	250 „	475
4. „	450 „	549
5. „	490 „	683
6. „	510 „	867
7. „	480 „	1190
8. „	481 „	1506
9. „	280 „	1382
10. „	326 „	1360
11. „	460 „	1361
12. „	300 „	906

Látjuk, hogy a 9. naptól kezdve a kiürítés csökkenni kezd a változatlanul adott B-vitamin ellenére.

20. sz. eset:		
1. nap	140 ccm	102
2. „	30 „	432
3. „	360 „	358
4. „	70 „	470
5. „	490 „	630
6. „	650 „	829

Kisérletek száma	Kiürítés a terhelés előtti napon	
8.	56%	507 γ
9.	33 „	288 „
6.	30 „	72 „
11.	30 „	148 „
22.	29 „	82 „
14.	28 „	150 „
21.	27 „	131 „
10.	25 „	92 „
28.	24 „	229 „
17.	24 „	134 „
5.	23 „	235 „
29.	23 „	154 „
27.	23 „	40 „
25.	22 „	201 „
15.	22 „	43 „
19.	22 „	307 „
19.	22 „	79 „
30.	19 „	56 „
27.	18 „	57 „
18.	17 „	32 „
26.	11 „	51 „
24.	10 „	52 „
12.	7 „	32 „
13.	2 „	—
20.	1 „	—
16.	0.9%	—

Hypovitaminosis megítélésére tehát a klinikai jeleken és a fajlagos gyógymód hatásosságán kívül két mód van. Egyik az egyszeri vitamin-terhelés, másik a folytatólagos terhelés alatti kiürítés vizsgálata. Ha valaki az érbe adott B_1-vitamin 18%-ánál kevesebbet választ ki 24 óra alatt, hypovitaminosist állapíthatunk meg. — Ha sorozatos terhelés után a kiürítés folyton nő, szintén hypovitaminosisra gondolhatunk. Hogy harmadik módon, az önkéntürítés vizsgálatával is tájékozódhatunk, azt látjuk akkor, ha a táblázatban a terhelések alkalmával kapott értékeket a kiürítés nagyságának sorrendjében tüntetjük fel, mindegyik érték mellett a megfelelő spontan ürítést szerepeltetve.

A párhuzam — néhány kivételt nem tekintve — körülbelül fellelhető. Bizonyára jobban megfelelnének egymásnak az értékek, ha az önként ürítés és a terhelés utáni ürítés tökéletesen egyforma étrenden került volna vizsgálatra.

Összefoglalás:

B_1-vitamin szempontjából egészséges egyén, érbe adott B_1-vitaminnak több mint 18%-át kiválasztja a vizelettel 24 óra alatt. Ennél alacsonyabb kiválasztás hypovitaminosis jele. Hypovitaminosisban a több napon át adot B_1-vitaminból napról-napra több választódik ki. Ép egyén kiválasztása ugyanilyen körülmények között ismeretlen tényezőktől függ, látszólag szabálytalan, legtöbbször annál kisebb, minél nagyobb a bejutatott mennyiség. A 24 óra alatt spontan ürített B_1-vitamin mennyisége vegyes étrenden csak közelítőleg tájékoztat a szervezet vitamin-állapotáról. Hypovitaminosis megállapítására leghasználhatóbb módszer tehát az egyszeri terhelés utáni kiürítés vizsgálata.

Csongrádvármegye Közkórháza ideg és elmeosztályának közleménye.

A görcskezelésről.*

Irta: Joó Béla dr. főorvos.

Van-e jogosultsága a schizophrenia modern activ kezelési módszereinek? Várhatjuk-e, hogy a leggyakoribb elmebetegség therapiás kilátástalansága csak némileg is enyhül a görcs- és insulin-kezelés felfedezésével? Vajjon az észlelt javulások valóban a kezelés eredményei, vagy pedig spontan remissiók? Olyan kérdések ezek, melyekre teljes megnyugvással sem jobbra, sem balra felelni nem tudunk. Annyi bizonyos, hogy az eddigi kisérletezések: nehéz fémek, belső elválasztású mirigykivonatok, tartós bódítás alkalmazása, stb. vajmi kevés eredménnyel jártak. Ez, valamint a schizophrenia endogen eredete jogossá teszi a pessimismust minden újabb therapiás kisérlettel szemben, de nagy gyakorisága parancsolólag írja elő, hogy minden olyan eljárást feltétlenül meg kell próbálnunk schizophreniás betegeinken, ami bármi csekély eredménnyel kecsegtet és nem jelent veszélyt betegeinkre nézve.

Skalweit referátumában (Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie, 1938. 12.) a következőket írja: Mindenesetre a túlságosan nagy optimismustól óvakodni kell. A kezelt esetek száma általában kevés, a megfigyelési idő rövid ahhoz, hogy tárgyilagosan ítélhessük meg a therapiás eredményeket. Azonban nem szabad lebecsülni e módszereket, csak bizonyos tartózkodás ajánlatos. Végérvényes ítéletet mondani majd csak évek múlva

*) A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete Orvosi Szakosztályának 1939 május 24-i ülésén tartott előadás.

lehet. — *Skalweit* óvatos és tartózkodó álláspontja feltétlenül helyes, mert ezekkel az eljárásokkal korántsincs megoldva a schizophrenia gyógykezelésének végtelenül nehéz kérdése, de igaza van abban is, hogy merő pessimismusból nem szabad a teljes tagadás és ezzel a therapiás nihilismus álláspontjára helyezkedni, hanem szigorú kritikával kell gyűjtenünk az anyagot addig, amíg megfelelő megfigyelés áll majd rendelkezésünkre a végleges ítélet kimondásához. Amint néhány eredményes kezelés kapcsán nem szabad kritikátlan dicsérői lennünk ez eljárásoknak, éppen úgy hiba a másik véglet is, ha néhány — talán régi schizophreniás — eredménytelen kezelése miatt teljesen elvetjük és feleslegesnek, vagy éppen ártalmasnak nevezzük. E két kezelési módszer nagy irodalma egymagában is mutatja a kérdés fontosságát. A szerzők nagyrésze jelentős eredményekről számol be. Igy a görcskeezlés során *Meduna, Angyal* és *Gyárfás, Nyírő, Csajághy* és *Mezei* és a külföldi szerzők egész sora észlelt főként a betegség kezdetén jelentős javulást. Magam is az elmúlt évben jó eredményekről számoltam be. (Psych Neurol. Wschr. 1938. 38. szám.)

Ezekkel szemben legújabban *Simon* nemcsak javulást nem lát, mert szerinte, ha van is javulás, az csak látszólagos, mivel a betegek dissimulálni igyekeznek, hogy a rettenetes injectióknak vége legyen, hanem ezt a kezelési módot ártalmasnak tartja, mivel a borzalmas görcsök kedvezőtlen psychés hatást gyakorolnak a betegekre. *Lehóczky, Eszenyi, Horányi* és *Bak* közös beszámolójukban problematikusnak tartják az activ kezelés eredményeit, mivel szerintük kb. ugyanolyan eredményt kapunk, ha időt engedünk a periódus lezajlására. Tapasztalataik szerint a schubok időtartamát az activ kezelés nem rövidíti és a remissiók időtartamát nem hosszabbítja meg. Ezzel szemben *Bingel* azt írja, hogy ez a kezelés jelentős haladás, mert megrövidíti az intézeti ápolás időtartamát és a schizophrenek nagyobb számát lehet visszaadni a productiv munkának *Salm* pedig azt mondja, hogy míg az első schub után a spontan remissiók száma kb. egyharmada az eseteknek, activ kezeléssel ez kétharmadra emelkedik és az ilyen remissiók tartósabbak és nagyobbfokúak, tehát ezekkel a módszerekkel rövidebb idő alatt többet és jobbat lehet elérni.

Az bizonyos, hogy a görcskezelés nem tekinthető túlságosan kellemes eljárásnak, de azt a pánikszerű rémületet, azt a borzalmat, aminek elkerülése a mély stuporban lévő, vagy állandóan hallucináló betegeket kitartóan és eredményesen dissimulálni készteti, nem tapasztaltam. Valóban tiltakozik egyik-másik beteg az injectio beadása ellen, de nem jobban, mint akár ők, akár mások a mesterséges táplálás, vagy egyéb beavatkozás ellen. Helyes technikánál nincs is ok a túlzott tiltakozásra, hiszen a kellő mennyiségű tetracor, vagy cardiazol mindig meghozza az eszméletvesztéssel és több-kevesebb amnesiával járó görcsös rohamot és legfeljebb kisebb főfájás és fáradságérzés, ami kellemetlen a terminalis alvásból ébredő betegnek. Ezeket pedig könnyen megszüntethetjük. Csak azok a betegek tiltakoznak erősebben a kezelés ellen, akik nem megfelelő mennyiségű tetracort kaptak és így a helytelen adagolás következtében csakis ú. n. abortiv, vagy psychés rohamon estek át. Ilyenkor kellemetlen félelmi, szorongó érzés jelentkezik, nagyfokú psychomotoros nyugtalansággal, kellemetlen tartamú érzékcsalódásokkal. Ezeket a kellemetlen jelenségeket el lehet és el is kel kerülni megfelelő mennyiség adásával, vagy ha látjuk, hogy a görcs a szokott időben nem jelentkezik, újabb injectió azonnali adásával. A görcskezeléssel okozható tartós, ártalmas psychés hatás szerény véleményem szerint oknélküli aggodalom.

Görcskezelést 65 schizophreniás és 7 depressiós esetben alkalmaztam. Eleinte cardiazollal dolgoztam, de több mint két éve tetracort (Chinoin) használok, mely éppen annyira megbízható szer, mint a cardiazol.

A schizophreniás betegeken elért eredményeimet a következő táblázat mutatja:

	Összes eset	Teljes remissio	Jó remissio	Specialis javulás	Átmeneti javulás	Nem javult
Acut eset: (6 hónapon belül)	23	9	7	1	3	3
Subacut (6—12 hónapig)	3	—	4	1	1	2
Chronikus (1—2 évig)	5	1	—	1	—	3
Chronikus (2 éven túl)	29	1	1	3	4	20
Összesen:	65	11	12	6	8	28

Meg kell említenem, hogy az átmeneti javulások közé két érdekes esetet soroltam. Az egyiken az első, félévben, a másikon az első évben végeztük a kezelést. Mindkettő fiatal, nyugtalan katotoniás volt. A kezelés bevégzése után mindkét betegen nagyon szép remissió jelentkezett, úgy hogy múlt évi beszámolómban az egyiket a *teljes*, a másikat a *jó remissió* csoportjába soroztam. Körülbelül fél évi remissio után állapotuk fokozatosan romlott és jelenleg csaknem teljes visszaesés állapítható meg. Mindenesetre érdemes lesz e két beteg sorsát tovább figyelni, vajjon hogyan reagálnak a most elkezdett újabb kezelésre. Még egy chronikus betegről szeretnék külön megemlékezni, akit a nem-javultak csoportjába osztottam be. 42 éves, katotoniás nőbeteg, kinek 20 év előtt kezdődött a schizophreniája és 10 évet töltött már egyfolytában, minden javulás nélkül intézetben. 1937 nov.—dec. folyamán 17 rohamot provocáltunk, minden eredmény nélkül. A kezelést követő második hónapban az addig teljesen közönyös és szótlan beteg nyugtalan lett, később környezetével törődni kezdett és az elmúlt év novemberében szép remissióban családi ápolásba adtuk. Azóta hozzátartozói közlése szerint, bár kissé félszeg, modoros a viselkedése, de jól van, mindennel törődik és szívesen van emberek között. Ezt a javulást nem tudom és nem akarom a görcskezelés javára írni, mivel a javulás csak a kúra befejezése után, jó félesztendővel kezdődött és így a kettő közötti közvetlen kapcsolat nem mutatható ki, mégis teljes bizonyossággal nem lehet a kezelés szerepét sem kizárni és valóban spontan remissiónak is nehéz volna nevezni.

Mint előbbi dolgozataimban is érintettem, climaxos depressiós betegeinken a görcskezelés jelentős hatásáról győződtünk meg. Néhány görcs után a lehangoltság fokozatosan csökkent. 7 depressiós betegünk közül hat teljesen meggyógyult, illetve állapotában nagyfokú javulás következett be, csak egy betegünkön nem tudtuk elérni semmi eredményt, igaz, hogy e betegünket — tanácsunk ellenére, — a kúra befejezése előtt vitték haza hozzátartozói.

Eredményeinkből kitünik, hogy acut schizophrenia esetében, tehát a betegség első megnyilvánulásától számított egy éven belül végzett kezeléssel az esetek számának kb. kétharmad részében jó remissiót érhetünk el. Ezek a remissiók általában hamarabb következnek

be és nagyobbfokúak, mint a spontan remissiók, tehát nem osztom a nézetét azoknak, akik az activ therapiás eljárásokat feleslegesnek tartják, mert feltétlenül befolyásolható a schizophrenia, legalább is az elején. A chronikus schizophreniás esetekben is elérhető javulás, de ezek csak olyan fokúak és természetűek, hogy „intézeti javulásnak" nevezhetők. — Stuporosus, autisticus, negativisticus, nagyon nyugtalan és erősen hallucináló betegek tüneteinek egyhülését érhetjük el az időnként megismételt görcsrohammal. Az „intermittáló görcskezeléssel" nagymértékben csökkenthettem osztályomon az erélyesebb sedativumok használatát. Ezt sikeresen alkalmazhatjuk —, mint láttuk — depressiós állapotokban is, egyéb esetleges causalis kezelés mellett a depressiós szak megrövidítésére.

Újabban a görcskezelést lázkezeléssel combináljuk, éspedig úgy, hogy a heti két „görcsnap" előtt egy-egy „lázas napot" iktatunk be. A két kezelési mód együttes alkalmazása eredményesnek látszik, de tekintve eseteim csekély számát, következtetések levonására nem vállalkozhatom.

A görcskezelés kellemetlen következményei igen csekély számúak. Az irodalom néhány törést és luxatiót említ, ami a sok ezer görcs mellett mindenesetre elenyészően csekély. Betegeimen három év alatt sem törést, sem ficamot nem észleltem. Néhány betegen mandibula subluxatiót észleltünk, de az utóbbi időben ezt sem látjuk, mert helyes technikával — az állkapocs fixálásával — annak túlzott nyújtását megakadályozhatjuk. Egy férfibetegünk midkét szemén az első roham után subconjunctiválís haematoma és testszerte gombostűfejnyi bőr alatti vérzések jelentkeztek; a további injectiók során azonban semmiféle kellemetlenséget nem észleltünk. Eddig két komolyabb szövődményes esetünk volt: Egy nőbetegünkön 10 görcskezelés után myokardialis laesio tünetei mutatkoztak, miért is a kezelést azonnal abbahagytuk. Másik nőbetegünk myokardialis leasiótját azonban nem tudjuk teljes biztonsággal a kezelés rovására írni.

G. E. 18 éves cselédlány 1938 ápr. 5-én nyugtalan, katotoniás állapotban jelentkezett felvételre. Szivtompulat kissé nagyobb, csúcs felett dobbanó systoles zörej. Pulsus 90. Hat görcsre nagyon szépen remittál. Máj. 8-án teljesen rendezetten hazabocsátjuk. Ekkor szívlelete megegyezett a felvételivel. 1939. jan. 2-án jelentkezett, hogy szívdobogása és néha rossz álmai vannak, de psychésen rendben. Belgyógyászatilag (ekg.) kifejezett myokardialis laesiót észlelünk 120—140-es pulsussal. A görcskezelés és a 8 hónap után jelentkező myokardialis elváltozás közötti összefüggés homályos, de megemlíteni szükségesnek vélem.

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy *Skalweit* tartózkodó álláspontja indokolt. Ezzel a schizophrenia gyógykezelése még koránt sincs megoldva, de az eljárás ellenzőivel szemben meg kell állapítanunk, hogy nagy haladást jelent az eddigi teljes tehetetlenséghez képest és mivel csaknem veszélytelen eljárás, minden erre alkalmas esetben elvégzendőnek tartjuk. Ha egyebet nem is érünk el, mint azt, hogy a kezdő schizophreniás esetek kétharmad részét hosszabb-rövidebb időre visszaadjuk a productiv munkának; hiba volna nem alkalmazni. A görcskezelés értékének teljes tagadása az eredményes gyógyító eljárásokban amúgy is szegény psychiatriát egy igen hasznos és a múlthoz képest nagy haladást jelentő therapiás módszertől fosztaná meg.

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

A Szent László közkórház közleménye. (Osztályvezető főorvos: Kalocsay Kálmán egyetemi magántanár.)

Leánycsecsemők és gyermekek kankójának kezeléséről.

Irta: *Telegdi István dr.*

A kankó kezelésének nagy irodalma a festékkészítmények megjelenése óta szinte alig áttekinthetővé bővült. *Grütz* szerint a chemotherapeuticumokról szóló közlemények oly tömegesen jelennek meg, mint a földből a fű. E sok dolgozat közül azonban kevés és csak mellékesen foglalkozik — 2—3 eset kapcsán — leánygyermek-gonorrhoeával; ezekből következtetést vonni nem lehet. Leánygyermekek és csecsemők chemotherapiás kankókezeléséről pedig önálló dolgozatot nem találunk. Ezért nem látszik feleslegesnek a go. festékkezeléséről szóló közlemények számát eggyel szaporítani, kiegészítve és összehasonlítva az egyéb módon kezelt betegek eredményeivel. Az alábbiakban ismertetjük a használt kezelési módokat:

Helyi kezelés:
hypermangan
hyperm.-kénsav
hyperm.-bórsav
chlorzink
chlorogenium
zephirol
rivanol
trypaflavin
argil
argoflurin
sulfargan
citrom
antagosan
soramin
noli
lugol

Nem fajlagos kezelés:
vitamin:
A, B1, C, D
gyümölcslé
fény:
quarz
nap
rövidhullám
lázkeltők:
tej
coli vacc.
typhus vacc.
stb
gonocystol
vestin
neotropin

Nem fajlagos kezelés:
sajátvér
rivanol
trypaflavin
resorcin
acrigonin
tüszőhormon:
terhes vizelet
folliculin menf.
progynon. B. ol.

Fajlagos kezelés:
friss autóvaccina
friss polyvalens vacc.
friss go. autolysatum
arthigon
compligon
opsogon
go.
coli
staphylococc.
typhus vacc.

Chemotherapia:
arsenobenzol
solganal B. ol.
p. aminobenzol-sulfamid
uliron
elektyl
neosanamid
albucid
ronin

Helyi kezelés: Hypermangan (30 eset), hyperm.-kénsav (10 e.), chlorzink (10. e.), zephirol (10. e.), antagosan (élő tejsav bakt.-ok, 5 e), hólyag- és hüvelyöblítések, sulfargan-kúp (2 e.), argoflurin globulusok (3 e), noli tabl. (3 e.), 1—3 hónapon keresztül használva, hatástalan volt.

Hypermangan-bórsavas hüvely- és hólyagöblítés (20. e.) 4—8 nap, rivanol és trypaflavin (10—10 e.) 3—4 nap, argil (10 e.) 2—3 nap, soramin (3 e.) 3—4 nap, chlorogenium (6 e.) 10—12 nap, lugol (5 e.) 8—10 nap alatt a folyást megszüntette. Érdekes, hogy egyszerű citromlével (tiszta vízzel öblítés után) igen jelentékeny hatást értünk el. 2—3 nap alatt folyás (20 e.) ∅. Bakteriologiai gyógyulást egyik helyi kezelési móddal sem tudtunk elérni. Hetek-hónapok múlva a folyás visszatért az esetek 25%-ában.

Nem fajlagos kezelés. Vitamin: A, B1 C, D, gyümölcslé. Sok esetben egyéb kezelés mellett, eredménytelen. Fény: rendszeres napozás és quarz hónapokon keresztül a bőr immunanyagképzése fokozására, hatástalan. Rövidhullám csökkentette a folyást. Lázkeltők: tej, coli, typhus vaccina, stb. (5—5 e.). Hatás ∅. Gonocytol: (3 e.), vestin egyéb kezelés mellett (10 e.), sajátvér (5 e.), rivanol és trypaflavin i. v. (10—10 e.), resorcin i. v. (5 e.), acrigonin i. v. (5 e.),

natástalan. Neotropin: (6 e.) folyáscsökkentőnek mutatkozott. Tüszőhormon: Terhes vizelete végbélbe adva (30 e.) eredménytelen. Progynon B. o. és folliculin menf. 1—3—5.000 I. B. E. naponta izomba (10—10 e.) 20.000 E. 2 naponként 5 alkalommal (5 e.), ez utóbbiakból háromnak (3—5—7 évesek) 3—4 napig tartó vérzése támadt. Az inj.-k elkezdése után 5—7 nappal múló mellbimbóduzzanat és vulvavérbőség jelentkezett. A kezelés kezdetén a folyás csökkent, a go.-ok nagyrészt eltüntek, Doederlein-flora alakult ki, később azonban, még a kezelés alatt a folyás kiujult és a go.-k megjelentek

Fajlagos kezelés: Go.-vaccina: frissen készült autopolyvalens vaccina, go. autolysatum, arthigon, compligon (nem vaccina, de coccusmentes toxin), opsogon i. v., i. m., sub.- és intracutan. Ez utóbbi esetben 30—40 ú. n. „quadlit" készítettünk a köztakaró immunanyagképzését fokozandó. 60 esetben használtuk: i. v. 1—3 naponként annyit, hogy 40 C°-os lázat okozzon, i. m. és subcut. 1—10 ccm-t 1—2 naponként 6 hétig. Eredmény: ∅.

Larson szerint akkor jó egy vaccina, ha oly mikroba-féleségekből készül, amelyben két fontos tényező jelen van. Az egyik spec. működést fejt ki: antitesttermelést, a másik a felhalmozott antitestet mobilizálja. Ez utóbbira a go. tiszta tenyészetben nem képes. Ezért áttértünk a go., coli, typhus, staphylococcus complex vaccina alkalmazására az előbbi módokon; 10 esetben ugyanaz az eredménytelenség.

Chemotherapia. Arsenobenzol: 5 betegünknek a kankó mellett vérbaja is volt. Szabályos kúrákat végeztünk, az arsenobenzol a go.-ra nem hatott. Solganal B. o. (2 eset). A genyes folyás kevés savóssá alakult. — P. aminobenzolsulfamid és származékai adagolása: 0—2 év 3×½, 2—8 év 3×1, 8 évtől 5×1 tabl. naponta. 4 és 7 napos turnusokban adtuk, ugyanakkora szünetekkel, általában 3 kurát tartottunk. — P. aminobenzol s. a.-dal a fenti módon 10—10 beteget kezeltünk. Másik 5 betegnek a per os kezelésen kívül napi 1 amp. i. v. és 3×1 tabl.-t a hüvelybe adtunk. — *Domagk* és mások szerint jobb egy kezelés elegendő anyaggal, mint elaprózva, mert a csírok a szünetekben megújulnak, esetleg gyógyszerállóvá lesznek. Ezért további 3 betegnek szájon át egyfolytában 30 napig adtunk tablettát. A genyes folyás két hét alatt savóssá vált és a következő héten elmult az esetek felében. — Uliront 28 betegnek adtunk 20 esetben 3×4 napos kúrát tartottunk. 17-nek volt bő genyes folyása, ebből 9-nek másodnap, 4-nek harmadnap és 4-nek negyednap savóssá lett a folyása. 3 savós folyással kezdte. Ezek és az előbbi savóssá lett folyások egy nap alatt megszüntek. Az első kura után 8-nak kiujult a folyása, mely a következő tabl. szedés második napján megszünt. E csoportból 3-nak volt több, mint 5 neg. hüvelyváladék eredménye provokálás után. Kettőnek gennyes folyása kiújult. — 6 beteg combinált kezelést kapott. Tabl. adás napján go., coli, staphylococcus, typhus vaccinát i. v. adtunk (39—40 C°) és progynont, ez utóbbit a kúraszünetekben is. Első nap 10.000 E. — következő naptól 2.500 E-t. A második napon két genyes folyás megszünt, 4 savóssá lett, ezekből harmadnap 2, negyediken 2 elmult. E 6-ból 1 negativ lett, egynek savós folyása visszatért. — 2 beteg 28 napon át szedte egyfolytában. — Elektyl: 42 eset. 4 napos kúra: 10 eset. 6-nak genyes folyása, 2 savós, 2 tünetmentes. Ebből 5 esetben másodnap, 2-ben harmadnap, 1 esetben negyednap a folyás elmult, 2 neg. lett. — Más 5 esetben arthigon i. v. (30—49 C°) előkészítést adtunk 3 naponként 5 alkalommal. 3 folyása másod-, 2-é harmadnap megszünt. E két csoportból 5, ill. 2 esetben 1 kura után a folyás kiujult, de a köv. kura elején elmaradt, 2 folyása később visszatért. — 7 napos kúra: 16 eset. Hasonló klinikai eredmények. 3 kúrát kapott 10, 4-et 3, 5-öt 3 beteg. 3 lett neg. 2 recidiva. Több mint 3 lökés nem adott jobb eredményt. — 28. napig 3 szedte. — Elektyl 3×7 napos kura + progynon: 4 eset. Első nap 10.000 E — következő naptól a szünetekben is 5.000 E prog. Ebből 2 gyermek naponta 2.500 E-t a hüvelybe is kapott. Tehát ezek 180—270.000 E. hormont kaptak! A helyileg is hormonozottak közül 1 neg.-vá lett. Elektyl + progynon állandóan (napi 2.500 E) + go., coli, staphylococcus i. v. naponta a tabl. adása napján. 3x7 napos kúra: 4 eset. A hormon + elektyl v. ulironnal kezelt esetekben kiujulás nem volt. — Neosanamid: 10 eset Az első 4 napos kúra után 3 folyása megszünt, a köv. után ismét 3-é, a harmadik kúra után 4 nappal 10 napos kúrát kezdtünk. Ezután még kettőnek maradt meg a genyes folyása. Pár hét után egynek a folyása újból jelentkezett. — Albucid eddig 6 eset és ronin eddig 4 eset. Hasonló klinikai eredmények, mint ulironnal, vagy elektyllel.

Festékkészítményekkel 80—90%-os bakt. gyógyulásról számol be az irodalom. A szerzők egy része kevés, esetleg provokálás nélkül vett véladékvizsgálattal megelégszik. Mi provocálás után vett 5-nél több negativ eredményű váladékvizsgálat után (egyheti időközökben) tételezzük fel a tartós gonococcusmentességet (gyógyulást). *Schmidt* és sok más vizsgáló szerint a vulvovaginitis a go. egyik legmakacsabb betegségi formája. E két szempont magyarázza valószínűleg, hogy ilyen kevés gyógyult esetről számolunk be.

Szövődmények: Uliron: 2 beteg kapott vörhenyszerű kiütést a második, ill. harmadik kúra elején. Három nap szünet után elektylt szedtek, másnap újra kiütés. Elektyl: 8 éves leány 4×7 napos kúrában 42 g elektylt + 50.000 E. progynont i. m. kapott. 2 hét után a bőr- és nyálkahártyavérzésekkel Werlhof-kór gyanujával a Madarász-u. kórházba került. 3.760.000 vvs. 4.200 fvs., 34% segm., thrombocyták eltüntek, vérzési és alvadási idő megnyult. 2 hét alatt gyógyult. *(Daubner dr.)* — Nagyobb tabl. mennyiség után az esetek kb. ⅓-ában múló émelygés, hányinger, étvágytalanság, fej- és hasfájás, elvétve izomfájdalom jelentkezett. — Peritonitis, ill. peritonismus 4 esetben. 2 elektylt kapott, 2 nap alatt láztalan, panaszmentes lett, 1 neosanamidot, 1 pedig csak borogatást kapott, ezek 8 nap alatt váltak tünetmentessé. (Tüszőhormont egy sem kapott). — Szemkankó 6 esetben fordult elő. Háromnak bejövetelkor 3—6 napos szemfolyamata volt, 3 pedig az osztályon fertőzte szemét. Chematherapeuticumok hatástalanok voltak. Egyszeri tejbefecskendezés: csecseműknek 20, gyermekeknek 10 ccm órák alatt klinikai és 1—2 nap alatt bakt gyógyulást eredményezett minden esetben. — Kankós húgycsőlob és hólyaghurut majd minden esetben megtalálható volt felvételkor, de helyi kezelésre (főleg hyperm-bórsav) v. ulironra, elektylre napok alatt gyógyult. — Végbéltripper kb. 20%-ban, főleg az apróbb gyermekeken, előbbi módon könnyen és gyorsan gyógyult.

Összefoglalás: Helyi kezelés: hypermangan-bórsav, argil, trypaflavin, rivanol, soramin, citromlé 2—5 nap alatt megszüntette a folyást. Bakt. negativvá egy gyermek sem lett. 25%-ban később visszatért a folyás.

Nem fajlagos kezelés: vitamin, fény, lázkeltő, tüszőhormon, sajátvér, vestin, stb. hatástalan.

Fajlagos kezelés: arthigon, compligon, opsogon, go. autolysatum, friss auto- és polyvalens, go+coli+staphylococcus+typhus-vaccina i. v., i. m., sub- és intracutan adva eredménytelen.

Elektylre, ulironra 2—4 nap alatt tünetmentesség. Egy lökés után a folyás pár esetben visszatért, de a következő kúra elején megszünt. Recidiva 10%. — Tartós gonococcusmentesség (5 esetben provocálás utáni vizsgálat) az esetek kb. 14%-ában. Adagolás: 0—2 év 3×½ tabl., 2—8 év 3×1 tabl., 8 éven felül 5×1 tabl. naponta. 4 vagy 7 napon keresztül adtuk. Általában három ilyen kúrát tartottunk ugyanekkorra szünetekkel. Vaccina-előkészítés, hormon, helyi kezelés, fektetés, háromnál több kúra nem adott jobb eredményt. — 2 beteg uliron-exanthemát kapott. Egy 8 éves leány 42 g elektyl után kiterjedt bőr- és nyálkahártyavérzéseket, anaemiát, leukopeniát kapott, 2 hét alatt gyógyult.

Szem go.-ban a tej bizonyult leghatásosabbnak.

„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.

A Szent Lukács gyógyfürdő rheuma-osztályának közleménye. (Vezető főorvos: Dányi Mihály).

Ditonál-kúp a rheumás megbetegedésben

Irta: *Schmitt Pál dr*

A rheumás jelenségek egy része foglalkozások (bányászok derékfájdalmai . . .), egy része egyes betegségek (influenza, typhus utáni myalgiák, adnex-folyamatok következtében neuralg. ischiadic.) egy része az idősebb kor folyománya (arthrosisok, időskori climaxos polyarthritisek). Az esetek többségében az egész szervezetre ható belső és külső okok együtthatása eredményezi a mozgási szervek rheumás betegségének nagy változatát, melyben gyulladás, duzzadás, savókiszivárgás, fájdalom, működésképtelenség, hypertrophia és atrophia zavarja meg e szervek kinetikus összhangját. A környéki véredények zavarai, nem kellő reactiói a különböző thermicus ingerekre az okai a hüléses myalgiáknak. Ugyancsak az érbeidegzés zavarából folyó kóros keringési viszonyokban keressük az okot, ha a csúzos tüneteket, mint allergiás, anaphylaxiás jelenségeket kíséreljük magyarázni. Ezt azután külső okokkal (bakteriumok, toxinok) vagy a belső secretiós működés zavaraival, anyagcsere-zavarokkal hozhatjuk kapcsolatba. Látjuk, hogy a heveny és elsőleges idült polyarthritis inkább a fiatalok betegsége, a chronikus polyarthritis inkább az öregedőké. Az öregkor gyakori csúzos betegségei még az arthrosisok, az izületek, csigolyák degenerativ bántalmai mellett, a hüléses myalgiák, neuralgiák. Az elfajulásos elváltozások nagyrésze akkor válik betegséggé, ha következményes myalgiákkal, neuralgiákkal, arthritisekkel jár.

A rheumás betegségek gyógyításában legfőbb szerepük a fürdőknek van, melyeket többször gyógyszeres physikotherapiás kezelésekkel támogatunk. A Szent Lukács gyógyfürdő kénes hévvizei, iszapgöngyölő helyiségei, iszaptava a rheumások gyógyításának szolgálatában áll, 63 ágyas kórházi osztálya a nehezen mozgó betegek részére teszi hozzáférhetővé a fürdők gyógyhatását. Hogy a fürdőknek gyógyító hatása van, azt már a régiek is tudták, bár tudományosan csak az utóbbi évtizedekben kezdtek vele foglalkozni. A fürdők a bőr közvetítésével hatnak a szervezetre. Tartós vérbőséget, hőpangást csak iszap segítségével tudunk előidézni. Az iszapfürdő a szervezetet s a szervi működéseket az ingerkezelésekhez hasonlóan a vegetativ idegrendszer útján változtatja meg, annak áthangolását idézi elő. Kóros termékek, izzadmányok felszívódását elősegíti, hyperaemizál, desensibilizál, fokozza az immunanyag-termelést. Függőleges helyzetben használt iszapfürdőben a hydrostatikai nyomás elősegíti a körzeti vérkeringést, a benne mozgás pedig a szívó és nyomó massagenak hat, huzamosan alkalmazva fürdőlázat idéz elő, ez kedvezően befolyásolja a renyhe sejtműködést és protoplasmaserkentőleg hat. A vérnyomás csökken, a diastolés nyomás szintén .A fürdő után bő izzadást és súlyveszteséget tapasztalunk. Bizonyos számú fürdő után fürdőreactió jelentkezik (pár napig tartó nagyobb fájdalom, a vérsejtsüllyedés fokozódása), mely a véredegen anyagok felszívódásával magyarázható. A gyógyfürdőkezelést megfelelő időben s a betegség kellő szakában kell alkalmazni.

A csúzos betegségeket gyógyszerelni is kell, a fürdőreactiós és egyéb fájdalmas szakon át kell segíteni őket. Polyarthritis ellen a natrium salicylt s a pyramidont használjuk, mindkettőnek ugyanannyi híve van. A pyramydont *Schottmüller* ajánlotta először antipyretikus, analgetikus és capillar tömítő hatása miatt, melyet az Eppinger-klinika vizsgálattal igazolt.

A tabletta-szedés sokszor nehézséggel jár (étvágytalanság, gyomornyomás, gyomorégés, hányinger). Olyan gyógyszert kerestünk, mely narkotikum- és alkaloidamentes, fájdalomcsillapító, megszokással nem jár és jó hatással van a chronikus polyarthritisekre. Erre a célra használtuk fel a „Ditonal forte"-kúpot, mely 23% trichlorbutylsalicylsavas estert, 26% dimethylamidophenyldimethylpyrazolonumot és 2% alsolt tartalmaz.

Képlete $(CH_3)_2$ CCL_3 COOC . OH . C_6 H_4. Hydrolysissel 1 molekula H_2O lép be s a vegyület 1 molekula salicylsavra és 1 molekula trichlorbutylalkoholra esik szét. A csúzra a ditonal nemcsak dimethylamidophenyldimethylpyrazolon által (pyramidontherapia *Schottmüller* szerint), hanem a trichlorbutylsalicylsav esternek a salicyl-készítményeknek régen ismert hatása által is gyakorolt therapeutikus befolyást.

Ugyanakkor a ditonal két componense a fájdalomközpontot is gyorsan és tartósan befolyásolja. Lényegesen elősegíti a subjectiv állapotra való hatást a trichlorbutylalkoholok által az agyra és gerincvelőre kifejtett sedativ hatása. Mind a trichlorbutylsalicylsav ester, mind a dimethylamidophenyldimethylpirazolon csökkenti a lázat.

A ditonal forte (triplex) ezeknek alapján rheumatikus betegségek, különösen a chronikus poliarthritisek kezelésében azért bír nagy értékkel, mind a csúzra, mind a beteg subjectiv állapotára igen kedvezően hat. A sok közül egy eset:

S. H. 71 é. 6 hete szenved öregkori poliarthritisben. Karjait, lábait alig tudja mozgatni, járni alig tud; indulási fájdalmak. Vérsejtsüllyedés (We) 1 óra alatt 114 mm. Kénesfürdőkön, faradizáláson kívül 3×1 ditonal forte kúpot kap. A kúp bevitele után 15 percre fájdalmai csökkennek, könnyen jár, a kúp hatása kb. 5 óráig tart. Éjszakai fájdalmait is szüntette, de altató hatása nem volt. Két hét múlva jobban van. Vérsejtsüllyedése 72 mm 1 óra alatt.

A kúpot neuralgiás, neuritises, myalgiás betegeken is kipróbáltuk. Fájdalomcsillapító hatás itt is nagyon jól bevált. A fájdalomérző központ bódítása különösen fontos, mert a kínzó, állandó fájdalom csillapításával nemcsak a beteg panaszait enyhítjük, hanem a kóros vérkeringés rendezésével magát a gyógyulást segítjük elő. A ditonal forte kúp hatása a bevezetés után átlag 15—20 percen belül jelentkezett s kb. 4 óráig tartott. Azt a beteget is, akinek fájdalmait csak morphium szüntette meg, 1—2 kúppal könnyen leszoktattuk a morphiumról. Napi 3—4—5 kúpot nyugodtan adhatunk, kellemetlen tünet nem jelentkezik s a betegek nem szokják meg.

N. Gy. 49 éves. 9 hete jobboldali ischiasban szenved, határozott scoliosissal, ülni hajolni nem tud, éjszakánként tűrhetetlen fájdalmai vannak. Otthon dionisos kevert port s különféle tablettákat kapott, melyeket 2—3 nap alatt alatt megszokott s fájdalmait már nem enyhítették. Osztályunkon fürdő és physikalis kezelés mellett napjában 3×1 ditonal forte kúpot kap. Egy kúp hatására fájdalmai 15—20 perc alatt szünnek s 4—5 óráig jól érzi magát.

30 kórházi betegről folytatott pontos feljegyzéseink alapján elmondhatjuk, hogy a ditonal forte kúp a különféle polyarthritis, neuralgia, myalgia és neuritis kitünő gyógyszere. Huzamosabb használatától megszokást vagy kellemetlen mellékhatásokat nem tapasztaltunk. Nagy előnye, hogy sedativ hatása ellenére sem altat és alcaloidamenetes.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László.*

Deposulin és szénhydratdús táplálkozás cukorbetegségben. *W. Wollenberg.* (Klin. Wschr. 1939. 45.) Cukorbetegségben általában, de különösen nehéz munkát végzőkön már régóta az a törekvés, hogy a tollerantia emelésével lehetőleg minél kisebb mértékben kelljen megszorítanunk a szénhydratbevitelt. Ez természetesen csak insulinadagolás mellett képzelhető el. A szerző 11 súlyos és középsúlyos esetet ismertet, melynek kapcsán a vércukoringadozás elkerülésére naponta két ízben adagolt deposulin mellett lehetővé vált nagyobb mennyiségű (1 esetben 350 g) szénhydrat bevitele. Vizeletben cukorkiürítés tartósan egy esetben sem mutatkozott. A vércukor kisebb napi ingadozásoktól eltekintve, még a legsúlyosabb esetekben sem haladta meg a 200 mg%-ot. (G. 82.)

Szerdahelyi László dr.

Agranulocytosis és C-vitamin. *Kalk.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 44.) Hat esetben adagolt C-vitamint. Négy esetben salicylát, ill. pyramidont, egy esetben scarlatina, egy esetben bronchopneumonia okozta az agranulocytosist, egy esetben kiváltó okot nem tudott kimutatni. A kórképet magas láz, torokban, vagy egyéb helyen jelentkező fekélyesedés kísérte. Kezdeti adagnak 1.0 g-t, majd néhány napon keresztül napi 0.5 g-t adtak i. v. Az összes esetben 2—3 nap múlva lényeges javulás állott be, a fekélyek gyógyultak, a fehérvérsejtek a normalisig emelkedtek. Volt eset, amikor a C-vitamin hatása életmentő volt. Egyidejüleg más gyógyszert nem adott. Egyik esetben a C-vitamin adagolást sikertelen nucleotrat-injectio és transfusiós kezelés után kezdte. Az inj. után már fél óra múlva nő a fehérvérsejtszám. Nyolc leukaemiás betegen hatástalannak bizonyult a C-vitamin. (G. 81.)

Horányi Mihály dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Kisgyermekek vérhaskezelése bakteriophaggal. *Seidlmayer.* (Ztschr. f. Khk. 60. 5.) Összehasonlító vizsgálattal egyazon járvány alatt azt észlelte, hogy (*Sonne—Kruse*-esetek) bakterophaggal kezelt esetekben a kórokozó bakteriumok kimutatása már a 7—8. nap után nem sikerül, míg a a controll esetekben csak a 12—13. nap válik negativvá a széklet. A bakteriophaggal kezelt esetekben a széklet átlag a 9. napra normalissá válik, míg a controllesetekben átlag a 19. napon volt normalis. Igen jó hatását észlelte 2 bakterio-toxikus esetben az antitoxikus dysenteria-savónak. A bakteriophag therapiát a szokásos diaetás kezelés mellett igen ajánlja. Csecsemőknek 12 g Natr. bic. 8 ccm bakteriophagot ad. Gyermekeknek 18 g Natri. bic. 12 ccm bakteriophagot. Ezeket az adagokat napi 3 részletben adja. (K. 120.)

Martyn Róbert dr.

A csecsemő- és gyermekkori C-vitamin-szükséglet. *Mager.* (Arch. f. Khk. 116. 1.) 11 csecsemőn és ugyanennyi gyermeken C-vitamin terhelést végzett redoxonnal. Vizsgálataiban egyidejűleg Tillmann-féle titratiós módszert és a Scheer-féle reagenspapiros módszert alkalmazta, amelyek lényegükben azonos eredményt adtak. Mind csecsemőkön, mind gyermekeken kisebb-nagyobbfokú telítettségi deficitet észlelt. Ez azonban a csecsemőkön csaknem minden esetben nagyobbfokú volt. A természetesen táplált csecsemők C-vitaminszükséglete kisebb, mint a mesterségesen táplálták. Míg csecsemők nem képesek C-vitamint felhalmozni, addig gyermekekben ez kisfokban kimutatható. A C-hypovitaminosis okául a mesterséges táplálék C-vitamin-szegénységét és a fertőzéseket tartja. (K. 118.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

Tapasztalatok a rachitis D-vitaminlökés kezelésével. *Löper.* (Arch. f. Khk. 116. 4.) 23 rachitises csecsemőn alkalmazta a D-vitamin egyszeri nagy adagját peroralisan. A vér Ca- és P-tükre már az első 48 óra után javulást mutatott és egy hét alatt normalizálódott. A röntgenfelvétellel ellenőrzött változások könnyű esetekben 1 hónap alatt, súlyosabbakban pedig átlagban 2 hónap alatt gyógyultak. Klinikailag a craniotabes megszünését kisérte figyelemmel és azt találta, hogy már az első héten lényegesen csökkent, egy hónap után pedig eltünt. 16 tetaniás csecsemőn is teljes sikerrel alkalmazta. Ártalmas hatást egy esetben sem észlelt. (K. 119.)

ifj. Szlávik Ferenc dr

Járulékos prognostikus jel-e a maradék-nitrogen-emelkedés diphtheria esetében? *Bennholdt—Thomsen* és *Dieckerhoff* (Ztschr. f. Khk. 60. 5.) Enyhe, súlyos és toxikus diphtheria esetében vizsgálták a maradék-nitrogen értéket Minél súlyosabb az eset, annál nagyobb számban találtak 35 mg%-os feletti maradék-nitrogen értéket. A többi klinikai tünettel összhangban ezt a magasabb értéket rossz prognostikai jelnek tekintették. Jó jel, ha csökkent értéket mutat a maradék-nitrogen a betegség lefolyása alatt; feltétlenül rossz kilátások mellett szól a maradék-nitrogen további emelkedése. A maradék-nitrogen vizsgálatát prognostikai céiból főleg akkor tartják értékesnek, ha az acut tünetek lezajlottak, mert ilyenkor a kórjóslat számára egyéb biztos támpont nincs. (K. 121.)

Farkas Éva dr.

Negyvenöt concentrált D-vitaminnal (vitaminstossal) kezelt rachitises gyermek controllvizsgálatának eredményei. *Schirmer.* (Arch. f. Khk. 116. 1.) Szerző 45 egy évvel azelőtt D-vitaminstossal kezelt gyermeken végezte controllvizsgálatait, amit részletes táblázatban ismertet. 6 esetben talált recidivát, ami a régi kezelés kapcsán is előfordulhat és így, ez új módszer mellett is várható volt. Ajánlatos tehát minden rachitises csecsemőt függetlenül, hogy milyen módon kezeltetett, controllvizsgáltoknak alávetni. (K. 117.)

ifj. Szlávik Ferenc dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

A boszniai és hercegovinai járványos syphilis. *Kogoj. Fr.* (Dermat. 79. 6.) 1921-ben *Glück* tanulmányozta a boszniai járványos syphilist. Szerinte a boszniai syphilisben sokszor nem mutatható ki a primaer affectio, ritka a korai kiütés, gyakoriak a késői bőr-, nyálkahártya- és csonttünetek, nagyon ritka a szem, a belső szervek és az érrendszer betegsége, hiányzik a tabes és a paralysis. Szerző 900 beteg átvizsgálásából megállapítja, hogy *Glück* felfogása téves, mert az említett különleges sajátságokat nem sikerült észlelnie. Mivel a boszniai tabeses és paralytikus betegek előzőleg gyógykezelésben nem részesültek, bizonyítja, hogy e betegségek kiváltásában a kezelésnek, különösképp a salvarsankezelésnek nincs része. (Sz. 112.)

Sipos Károly dr.

A kulcscsontfeletti háromszögben előforduló különféle bőrkiütésekről. *Kuske H.* (Dermat. 80. 1.) 5 vizsgált esetével bizonyítja, hogy időjárás, nevezetesen a fénybefolyásoktól előidézett bőrelváltozások (pl. Brocq-féle „dermatose du décollatage") hajlamosítanak a kulcscsontfeletti háromszögben dermatosisok keletkezésére; két esetben erythema exsudativum multiforme, egyben pedig lupus erythematodes lépett fel. Másik két esetében pedig ekzema jelentkezett a fénytől lebarnult területeken, a karokon és háton. E területek nagyobb gyulladásos készségét lebenypróbákkal kísérletileg is igazolta. (Sz. 113.)

Sipos Károly dr.

A pikkelysömör rokonsága a lipoidosissal. *Incedayi C. K.* és *Ottenstein B.* (Dermat. 80. 1.) Vizsgálatuk szerint a vércukorérték 50 pikkelysömörös betegben átlagosan 125± 24 mg%, ellenőrzésre haszált egyénekben 115±11 mg% volt. A pikkelysömörösek 46%-ban hyperglykaemiát és 19%-i. v. szőlőcukor megterhelésre pathoglykaemiás görbét mutattak. E jelenségek pankreas disfunctióra utaltak, ami a májfunctiós vizsgálatokkal gyakran kimutatott májzavarral társulva jelenik meg. Annak eldöntésére, hogy a szénhydratanyagcsere zavara mellett a lipoidháztartásban vannak-e zavarok, vér- és bőrcholesterinvizsgálatokat végeztek. Azonban pikkelysömörben csak kevéssé emelkedett értéket találtak. Ellenben a Bürger—Grütz-féle cholesterin-terheléses próba, s még inkább a cholesterin és a cholesterinester meghatározások a pikkelysömörös gócokban és a klinikailag egészséges bőrterületekben a lipoidanyagcsere zavarát mutatták; főképen a cholesterinestermentes cholesterin viszonya tolódott el. Ez a lelet a Grüzt-féle elméletet támogatja, mely szerint a pikkelysömör, mint lipoidosis fogható fel. (Sz. 114.)

Sipos Károly dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. *Karl Zieler.* (V. bővített és javított kiadás, 2 kötetben. Az I. kötet 700 oldal 172 szövegközti ábrával, a II. kötet 378 szines ábrát tartalmaz. Urban és Schwarzenberg kiadása Berlin-Wien. Ára: kötve 60 RM.) Ha tekintetbevesszük azt, hogy a világháború után dermatologiai és venerologiai tankönyvek és atlaszok milyen nagy számban láttak napvilágot, akkor nagy elismerést jelent e mű értékének elbiráiásában, hogy *Zieler* prof.-nak ez a nagy munkája immár az V. bővített és javított kiadásban jelenik meg. E mű iránt tanusított érdeklődés és elismerés véleményem szerint elsősorban abban leli magyarázatát, mert szerzője évtizedeken át nemzetközi viszonylatban is mestere volt a tanítói és kutató munkának; szaktudományunk ama tudósai közé tartozott, akik a dermatologia és venerologiai irányításában nagy mértékben részt vettek s akiknek különösen nagy érdeme az, hogy aránylag fiatal szakmánk az utóbbi években olyan hatalmas fejlődésnek indult

Hogy a mű szerzője nagy klinikus, ez munkájának szövegéből és ábráiból élénken elénk tárul Az egyes betegségcsoportok és betegségek ismertetésében mindenkor tapasztalhatjuk, hogy kitünően ismeri szakmánk egész irodalmát, munkájába azonban csak azokat az újabb megállapításokat veszi fel, amelyeknek életképességéről meggyőződött, támaszkodva e téren szerzett nagy tapasztalataira. Művének e kritikai beállitottságával nagyon megkönnyítette olvasóinak helyzetét, mert ezeknek nem kellett olyan adatokat, történéseket megismerniök, amelyek rövidesen úgyis eltünnek szaktudományunk porondjáról.

A szines ábrák minden tekintetben elsőrangúak. A moulageokról készült szines felvételek művészi értékűek. A szerzőnek azt az elgondolását nagyon szerencsésnek tartom, hogy saját gazdag és rendkívül szép gyűjteményén kívül bel- és külföldi ábrák kiválóbbjait is felvette művébe, s ilyen módon munkájában úgyszólván a világ legszebb és legértékesebb ábrái foglalnak helyet. A szerző kitünő kritikájára vall, hogy minden betegség-typusból a legjellegzetesebbet és legtanulságosabbat tudta kiválasztani, ami felbecsülhetetlen értéket jelent.

Ismertetésemet abban foglalhatom össze, hogy *Zieler* prof. e műve szaktudományunk legértékesebb művei közé tartozik. Nem nélkülözheti a szakember, mert az egész dermatologiát feltárja előtte annak értékes új hajtásaival, nem nélkülözheti azonban a gyakorló orvos sem, mert e könyvnek szövegéből és ábráiból ismereteit felelevenitl és az újabb életképes haladást megismeri.

Neuber Ede prof.

Tratteto di Endokrinologia. I. kötet. (Kiadja a milánói serumtherapiai intézet *(Belfanti* prof.) (400 oldal, 75, részben színes ábrával.) A munka célkitűzése az, hogy úgy mint a természetben minden jelenség egybefolyik és mások közül kiragardva helyesen nem értelmezhető, az endokrinologia kérdései is lehetőleg olyan tág keretbe illesztessenek bele, hogy az olvasó ennek minden vonatkozásaival megismerkedjék. Ezért a magas szinvonalon mozgó bevezetés után, amelynek szerzője nincs megadva, előbb — ugyancsak szerző említése nélkül — 76 oldalon átfogó áttekintést nyújt a belsősecretio és a humoralis correlatiók fogalmának fejlődéséről. Azután *Barigossi C.* cikkei következnek a növényi hormonokról és a gerinctelenek hormonjairól (46. oldal), végül *Martini E.* 266 oldalas összefoglalása a mellékvese élettanáról és kórtanáról. Az egész munka igen alapos, az irodalmat kritikai feldolgozásban tárgyalja. A nagy anyag használhatóságát és áttekintését nagyon megkönnyíti a jól körülírt tartalmú fejezetekre történ beosztás, nemkülönben a sok jó ábra.

Bellák prof.

Die Werke des Hippokrates. *R. Kapferer.* (XXI. rész. 152 oldal, 1939. Ára: 8 RM; XXII. rész. 141. oldal 1939.. Ára: 8 RM. Hyppokrates-Verlag Marquart et Co, Stuttgart). A befejezéséhez közeledő gyűjtőmunka e két füzetében a hippokratesi iskola sebészi tudománya tárul elénk. Meglepő az az alapos, a legkisebb részletekre is kiterjedő gondosság, amellyel *Hippokrates* a sebészi ténykedés „műhelyét" az akkori műtőterem kellékeit körülírja. Pontosan megszabja a sebész és segédeinek teendőit, súlyt helyez a jó világításra és a szellőzésre, valamint arra is, hogy a sebész mind jobb, mind balkezével tudjon minden sebészi teendőt elvégezni. Művében megtaláljuk már mind az antisepsis, mind az asepsis és vérzéscsillapítás alapelemeit. Egészen modern elveket vall a sebek száraz kezeléséről és az alkoholos borogatásokról. A koponya sérülései alkalmával már *Hippokrates* is alkalmazta a trepanatiót. Ugyancsak teljesen modern elvek szerint kezelte az aranyeres csomókat és a végbél fistuláit.

A csonttörésekkel és ficamokkal foglalkozó füzet *Ilberg* philologus véleménye szerint a görög irodalom „gyöngye". De nemcsak stilusának szépségével ragadja meg az olvasó figyelmét, hanem tartalmával is; ismerte és gyakorolta a sinkezelést, a végtagok nyújtását. Figyelmeztet mind a túl laza, mind a túlszoros kötés sok hátrányára. A ficamokról szóló füzet részletesen tárgyalja az egyes ficamok beigazításának módozatait. Utókezelésként a massaget ajánlja. Művéből megtudjuk azt is, hogy az orvosok már Kr. e. 300 évvel boncolásokkal igyekeztek magasabb szinvonalra emelni a törések és ficamok kezelését.

Vajda Károly dr.

A gyakorló orvos sebészi műtéttana. *Sarkadi Sándor.* (267. o., 536 vázlatos ábrával és 6 szines táblával. Novák Rudolf és Tsa. 1939. Ára: egészvászonkötésben 20 P.) Nagy szorgalommal gyűjtötte össze a szerző azokat a műtéteket, beavatkozásokat, amelyeket húsz éves gyakorlata alapján, felfogása szerint, a gyakorló orvosnak nem csak ismerni, de sok esetben el is kell végezni. A legapróbb részletekre kiterjed, hogy útmutatással szolgáljon a sebészetben nem jártas kartársaknak. Tizennyolc fejezetre osztható a könyv. Tárgyalja a rendelő, a sterilizálás kérdését, a műtéthez előkészületet, az érzéstelenitést, az egyszerű műtét menetét, a különböző injectiós eljárásokat, a vérátömlesztés kivitelét, a szúrcsapolásokat, a fontosabb septicus és asepticus műtéteket, a bárzsing kutaszolást, a hólyagcsapolást, a húgycső szűkületének tágítását, a hólyag és végbél tükrözését. Függelékként receptura szerepel. Stilusa könnyed, előadó modora szemléltető és tanító annyira, hogy a teljesen járatlant is biztos kézzel vezeti be az alapvető sebészi műveletekbe. Igen szemléltetőek a szerző által készített rajzok és úgy véljük, hogy fáradságos munkája a gyakorló orvosnak sok hasznára lesz. A könyv semmi feleslegeset nem tartalmaz, olvasója nem vész el a nagy műtéttanok útvesztőjében. Ezzel a gyakorló orvos számára hézagpótló munkát végzett.

Klimkó dr.

Die Fettleibigkeit. (Klinik, Pathologie und Therapie.) *Karl Fellinger.* (Wien, Urban Schwarzenberg kiadása, 1939. 220. oldal. Ára 9.— RM.) Szerző munkáját három része osztja. Az első fejezetben a pathologiával foglalkozik, valamint a zsírok chemiájával, a zsírszövet anatomiájával, majd a szervezetben lefolyó zsíranyagcserét, zsírsynthesist tárgyalja. Az elhízás kérdésének központjába az anyagcserét állítja. Továbbá a belsőelválasztású mirigyek, hormonok összefüggését tárgyalja, mely szerint az elhízást nem lehet egyedül egy belsőelválasztású mirigynek tulajdonítani, hanem fel kell tételezni egy, a közti agyban lévő centrumot is, mely a hypophysissel szoros összefüggésben áll.

A klinikai részben a kóros elhízás hatását vizsgálja a különféle szervekre, majd az elhízás egyes különös formáival foglalkozik.

A therapiás részben a fogyókúrák indicatióinak pontos felállítását tárgyalja s felhívja egyszersmind a figyelmet arra, hogy öreg és fiatal korban végzett fogyókúrák milyen veszéllyel járhatnak. Álláspontja, hogy mindenkin lehet és kell is néha fogyókúrát végezni (vitium, myodegeneratio, stb.). A fogyás részben a caloriabevitel megszigorításával vagy a kiadás fokozásával érhető el. Az elsőhöz tartozik a diaetás megszigorítás, az emésztést, felszívódást gátló gyógyszerek csoportja, míg a második csoportban a sport, torna, stb. azok, melyek azonban csak ép, egészséges (EKG szerint is ép szívizom mellett) egyénnek engedhetők meg. Az elégést fokozó gyógyszerek (thyreoidea, dinitrophenol) is alkalmazhatók, azonban míg a thyreoidea adagolásában veszélyt nem lát, addig a dinitrophenol alkalmazását csak intézetben, felügyelet mellett tartja elvégezhetőnek. Részletesen tárgyalja az ú. n. gyors és lassú fogyasztókúrák menetét.

A könyvet caloriás, diaetás táblázatok és igen gazdag irodalmi jegyzék egészítik ki.

Schaffler József dr.

L'Hygiène de la race, Étude de biologie héréditaire et de normalisation de la race. *G. Banu.* (403 o. számos graphiyus ábrával, diagrammal, statistikai táblázattal. M. O. Imprimeria Nationala, Bucuresti, Masson et Cie. Éditeurs, Páris. 1939.) A hatalmas munka hat fejezetben tárgyalja a fajhigiéne céljait, fontosságát és actulatitását, a faji proble-

mák biologiai megalapozottságát, a gyakorlati kutatás szükségességét, módszereit, statistikai eredményeit és végül a faj-normalisatio elveit és módszereit.

Külön érdekességű az a fejezet (II.), amelyben a népesség mennyiségi és minőségi helyzetéről tár fel érdekes statistikai adatokat. Igen szemléltető graphikus ábrákkal igazolja az egyes európai országok népességének progresiv, stationaer vagy regressiv jellegét. Igy a *progressiv* csoportba fiatal nép) tartoznak: Egyptom, Bulgária, Románia, Jugoszlávia és Lengyelország, a *regressivbe* (túlöregedett nép): Belgium, Anglia, Német- és Franciaország; a *stationaerbe* (öregedő nép): az összes többiek, tehát mi magyarok is. Szerző joggal tartja igen súlyos jelenségnek, hogy éppen a földteke legcivilizáltabb népei regressivek, valamint meglepőnek azt, hogy a fascista uralom politikája ellenére Olaszország népessége inkább stationaer jellegű.

Alapos és könnyen érthető az átöröklés általános és különleges törvényszerűségeivel, pathoolgiájával foglalkozó fejezet (III.), gazdag geneologiai ábrákkal. Igen érdekes történeti áttekintése, mely szerint a fajhygiéne első nyomait már a legrégibb indogermán népeknél, zsidóknál és görögöknél is megtaláljuk, rendszerbe legelőször Platon foglalta. A gyakorlati kutató örömmel veszi a frankfurti Verschuer-intézet részletes tanulmányi programmját (IV.) a fajhygiéne socialis, gazdasági, nevelési és terjesztési módszereinek országonként részletes ismertetését és a már bevált „egészségügyi füzetek" pontos másolatait. (VI.).

Szerző meghatározásai találóak és világosak (pl. mi a faj? "un courant vital continuel"), tárgyismerete a sokoldalú tárgykörnek megfelelően szélesen megalapozott és a legújabb kutatási eredményeket is felöleli, nagy anyagát mintaszerű tárgyilagossággal, nagy szeretettel és fölényes biztonsággal rendezi és fejtegeti.

A munka külön értéke a hatalmas, betűrendes tárgymutató. Minden a tárgy iránt érdeklődőnek figyelmébe ajánljuk.

Lehoczky Tibor dr.

A Debreceni Orvosegyesület október 26-i ülése.

Bemutatások:

Dorogi L.: *Elephantiasis.* 18 é. elephantiasis nostrasban szenvedő nőbeteg, betegsége 9 év előtt a bal comb lymphangiómájával kezdődött. Röntgenbesugárzásra a comb duzzanata nem fejlődött vissza, később az alszár is megduzzadt, sőt a comb duzzanata fokozódott. Nemleges és filariasist kizáró vizsgálatok után a pangó nyirok levezetése céljából műtét, mely egyrészt *Handley* methodusa szerint selyemfonalak befektetéséből, másrészt *Kondolson* szerint végzett fasciacsík-kimetszéséből állott. 3 hét alatt átlagban 6 cm-es körfogatcsökkenés volt észlelhető a beteg alsó végtagon. Azóta a duzzanat nem fokozódott.

Dobay M.: *Alsóajak darázsfészek.* 19 é. nő alsó ajkán keletkező kis pattanást kinyomta, 4 órával később hidegrázása volt, ajkai, arca, nyaka megduzzadt. Három nappal később az ajak körül koszoru alakban elhelyezkedő kölesnagyságú elhalások voltak láthatók, az ajkak, arc, nyak, genyesen beszürődött. A vena angularis és a vena fascialis communis bal oldalon lobos köteg alakjában tapintható. A szemek kidülledtek, az exopthalmus föként a bal szemen kifejezett a szemhéjak nagy vizenyőjével, ami a sinus cavernosus thrombophlebitisét bizonyítja. Láza 40.2 C fok. — Arcon, ajkon lévő verejtékmirigy- és szörtüszőgyulladások durva megsértése súlyos következményeket vonhat maga után, mert az arc laza, üreges kötőszövetében a genyedő folyamat rohamosan terjed, a tág, merev falu visszerek gyulladása könnyen bekövetkezik, ami a venák közvetlen összeköttetése miatt az agyalapi visszeres öblök genyes gyulladását vonja maga után. Gyakori a haematogen metastasis is. Kezelésében a nézetek ellentétesek. A radicalisan sebészi szemben áll a conservativval, s a kettő között foglal helyet az individualisáló gyógyeljárás. —

Intézetükben 1928 óta a conservativ gyógyeljárást alkalmazzák. A súlyos, klinikára felvett arc- és ajakfurunculusok és carbunculusok halálozása sebészi ellátás után 42% volt, míg a conservativ therapia ezt 20%-ra csökkentette.

Előadás:

Ebergényi S.: *A szüléssel és daganattal kapcsolatos méhkifordulások.* (Részletesen megjelenik a Gyógyászatban.)

November 9-i ülés.

Bemutatások:

Jäger Gy.: *Ritka epehólyagmütétek:* 1. Köldök felé átlört epekő okozta köldöksipoly; 2. Ismételten cholangitis előidéző epehólyag vastagbél sipoly; 3. Epeút-mosásokkal kigyógyított septicus cholangitis; 4. Cholecystostomiás nyiláson át jodipin befecskendéssel a choledochusból eltávolított kő kapcsán beszél az operativ cholengiographiáról és az e téren végzett vizsgálatok eredményeiről.

Hüttl T.: Néhány héttel ezelőtt jelentekezett nála egy 31 éves nő, kinek epeköve a köldök sipolyán át távozott. Ennek az a magyarázata, hogy a köldök a hasfal leggyengébb pontja s ha összenövések az epehólyagot nem rögzítik, a fokozott hasüri nyomás e leggyengébb hely felé préseli az epehólyagot és a fundus és köldökgyűrű között összenövések jöhetnek létre. Epehólyag-vastagbélsipolyt is sok esetben észleltek és ezek jóval gyakoribbak, mint az epehólyag-vékonybélsipolyok. A cholangiographiát nem tartja teljesen veszélytelen eljárásnak. Súlyos szövődményeket észleltek utána.

Rávnay T. és **Jáki Gy.:** *Akrocyanosis.* 1. 37. é. nőnek, ki háztartási alkalmazott, két év óta mind a 4, de különösen a két felső végtagján kifejezett akrocyanosisa van, érzészavarokkal (hő, fájdalom és tapintás). Mivel a feltartott kezeken a cyanosis nem múlik, hanem fokozódik, ezért az eset átmenet az érbeidegzés zavarainak extrem alakja (Raynaud-kór) és a typusos akrocyanosis között. Ez utóbbira tekintettel jún. 22-én jobboldali cervicalis sympathektomia. Műtét után lényeges lett a különbség a jobb és bal kar között vérnyomásban, adrenalin és histaminérzékenység tekintetében és capillaroskopos ábrákban is. A műtött oldalon a capillaris áramlási idő 3.2", míg a nem műtött oldalon 19.3". A műtétet csakis ilyen átmeneti esetekben tartják indokoltnak és ezt főleg a hosszú ideig fennálló Horner-tünetcsoporttal indokolják. Megfigyelésük négy hónapos és ez alatt az idő alatt a jobboldali szorító erő 0 kg-ról 5 kg-ra javult. — 2. A betegeken cervicothoracalis ganglionkiirtást végzett. Vázolja a sympathicus idegrendszer sebészetének főbb javallatait és módszereit. Csupán a ganglionkiirtással érhető el tökéletes denervatio. A bemutatott esetben az alsó cervicalis és az első thoracalis gangliont távolította el. Vitatott, hogy a felső végtag denervatiójához a II thoracalis ganglion eltávolítása szükséges-e. Jóllehet az alsó cervicalis ganglion a hátsó testfelszinhez fekszik közelebb, az elülső út a sebészi felkeresésben mégis kedvezőbb. A *Rieder* ajánlotta metszéssel végezte a műtétet. Tárgyalja a denervatio hatását az erekre, — nevezetesen a verőerekre, capillarisokra — az izzadságelválasztás zavarait, a pilomotoros reflex kiesését, az izomerő gyengülését és a Horner-féle tünetcsoportot.

Sántha K.: Hangsúlyozza, hogy a sympathicuson végzett műtétek csupán azon környéki keringési zavarokban járnak jó eredménnyel, melyek működési érgörcsön alapulnak, míg az endartiritises folyamatokban nem jók. Statistikai megfigyelések szerint az eredmény az alsó végtagokon sokkal jobb, mint a felsőkön. Ennek magyarázata az lehet, hogy a lumbalis sympathektomiával csak a praeganglionaris neuronokat szakitjuk meg, míg a ganglion stellatum és felső thoracalis ganglionok kiiktatása alkalmával a postganglionaris neuront is megsemmisítjük. Már pedig adrenalinnal szemben túlérzékennyé teszi. Ezért arra kell törekednünk, hogy a cervico-thoracalis szakaszon is lehetőleg csak praeganglionaris átmetszést végzünk.

Kovács F.: Felhívja a figyelmet a nőgyógyászati javalatok alapján végzett promontorium előtti sympathicus idegköteg — a plexus uterinus magnus és a két plexus hypogastricus — kiirtására is. Eddig mintegy 20 esetben végezte más módon nem befolyásolható dismenorrhoeás panaszok esetén. Kb. 75%-ban a panaszok megszüntek. A műtét élettani hatása szempontjából érdekes, hogy a denervatiónak sem vasomotoros zavar, sem egyéb tünet alakjában hátrányos következménye nincs, több ízben zajlott le utólag zavartalan terhesség és spontan szülés is. Műtéti veszteség, sőt még komolyobb gyógyulási zavar sem fordult elő.

Ökrös S.: A beteget, mint aki háztartási alkalmazott bírósági orvosszakértőként táppénz iránt indított peréből kifolyólag vizsgálta és megállapította, hogy keresőképtelen. A beteg akkor testileg is leromlott állapotban volt és a vizsgálat közben kitünt, hogy elmegyengeségben is szenved. Úgy látszik tehát, hogy nemcsak a környéki, hanem a központi idegrendszerének is kóros a működése.

Jáki Gy.: Eltérő a vélemény arravonatkozólag, hogy a II. thoracalis ganglion eltávolítása feltétlenül szükséges-e a denervatióhoz avagy az alsó cervicalis és az I. thoracalis ganglion kiirtása is elegendő. Mindenesetre tökéletes környéki értágulást csak úgy idézhetünk elő, ha a postganglionalis rostok sejtjeit is eltávolítjuk. Az eredmények igen sok esetben — mint a sympathicus idegrendszer sebészetének más területén is — nem maradandók és a kielégítő közvetlen hatás után igen gyakran rosszabbodás áll elő.

Bodnár T.: *Cystomeningokele occipitalis inferior.* 1939. ápr. 18-án két és fél hónapos fiugyermeket operált. Azóta a gyermek jól fejlődik, agytünetek nincsenek. Az eset különös érdekessége: a nyaki- és hátcsigolyák spina bifidája. Fénykép- mulage és röntgenfelvételeket mutat be.

Előadás:

Fazakas S.: *A szaruhártya gombás betegségei.* (Egesz terjedelmében közöltük 45. számunkban.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának november 6-i ülése.

Előadások:

Krompecher I.: *Kisérleti szövetkialakítás az élő szervezeten belül. Eddigi eredmények áttekintése és beszámoló új izületek képzéséről az élő szervezetben.* A kutatómunka a szövetek kialakulásának mikéntjét keresi évtizedek óta. Felmerült a kérdés, *miért* válik az embryonalis sejtek egy része ilyen, másik része pedig amolyan szövetté? Ezen *oknyomozó* kutatás során sikerült néhány szövet kialakulásának oki viszonyaiba bepillantani és támasztószöveteket az élő szervezetben kisérletesen is kialakítani. Első lépés volt annak felismerése, hogy a praeformativ porcogó nyomás, a praeformativ kötőszövet pedig húzás hatására alakul ki a mesenchymából. Ennek alapján sikerült a sarjadzó csontsebek nyomás alá helyezésével regenerativ porcképződést kapni; a hasonlóan sarjadzó csont törvégeit széthúzva viszont ugyanott kötőszövet alakult. További lépés volt a rostos porcogó kialakítása olyan helyen, ahol az egyébként nem fordul elő. A nyálkatömlő kialakulására is sikerült tájékozódást nyerni. Ezen adatok ismeretében — a *Goerttler* professorral collaboratióban sikerült az álizület és újizület kialakulásának causalis viszonyaiba is bepillantani. Tihanyban, *Esterházy* herceg támogatásával végzett kisérletekben sikerült kutyákon a kiirtott térdizületet a sarjadzó felszinek mozgatással járó csiszolásával szerkezetileg és működésileg újra kialakítani. A röntgenképeken, praeparatumokon kívül bemutatásra került annak a kutyának a felnyitott térdizülete is, amelyiknek mozgásképességét a mozgófénykép demonstrálja és amely a Bp. Kir. Orvosegyesület nov. 3-i ülésén bemutatásra került. Az embryologiai viszonyok eleven megismerésével még több szövet kialakítási módja is ismeretessé válhat.

Enzt B.: Rámutat *Krompecher* vizsgálatainak nagy biologiai jelentőségére *Lexer*nek emberen végzett térdizületi átültetéseivel kapcsolatban *Borst* és *Enderlen* végeztek állatokon izületi transplantatiót, de a transplantatum lassanként felszívódott és helyét a gazdaszervezet termelte új izület foglalta el. Ez teljesen összhangban van azzal, hogy a szövetek folytonosan pótlódnak, mert szakadatlanul pusztulnak, amiből következik, hogy az idegen, átültetett szövetek is rövidebb életűek. Rámutat még arra, hogy *Genersich* előadásaiban mindig utalt a mechanikus viszonyok jelentőségére a törések gyógyulásában és hangoztatta, hogy azok a törések, amelyek állandó mozgásnak vannak kitéve, porcosan gyógyulnak, aminek classikus példája a bordatörés gyógyulása. Azt mindig hangoztatta, hogy ha a kötés semmi mozgást sem enged, a törvégeknek, a törések nem is gyógyulnak. Végül a felszólaló is hangoztatja, hogy ezekből a kisérletekből az emberen végzendő beavatkozásokra nem lehet következtetni és helyesli, hogy az előadó ezekből nem akar messzemenő sebészeti következtetéseket levonni.

Neuber E.: Az előadó vizsgálatait értékeseknek tartja. Az emberen végzett izületi resectiós műtétek eredményei azonban nem mindig olyan kecsegtetők, mint állatkisérletben. Különösen olyan izületeken, amelyekre nagyobb testsúly támaszkodik; mint pl. a térdizületeken. Jobb eredményt látszanak adni azok, amelyek nagyobb megterhelésnek (könyök) kitéve nincsenek. Az emberi sebészetben az izületképzéshez fűzött remények nem valósultak meg olyan mértékben, mint ahogy azt kezdetben gondolták.

Jendrassik L.: Felveti a kérdést, hogy nem hatnak-e mechanikai befolyások, vegyi ingerek közvetítésével olymódon, hogy a nyomás, vagy húzás a sarjszövetben bizonyos anyagok keletkezésére vagy felszaporodására vezet s ezek indítják meg a morphologiai változásokat. A natriumszaporodás játszhatná ezt a szerepet, mert a porc natriumban a szervezet leggazdagabb szövete. A nagyobb nyomás valószínűleg a vérellátás és oxygenellátás zavarát okozza s ismeretes, hogy ilyenkor a szövetek natriumtartalma növekszik, s a sarjszövetben talán ez a porcosodás megindítója. Könnyű volna-e ezt kisérletes úton eldönteni?

November 13-i ülés.

Bemutatások:

v. Csongor Gy.: *Nyílt könyökficam szokatlan esete.* Lóról esés közben a beteg jobb felső végtagjával a lovarda falán keresve támaszt, a ló és a fal közé szorult. Nyilt könyökficamot szenvedett, amelynél a felső kar digitalis végéből a teljes trochlea és a felkar 5 cm-es darabja, a könyökhajlat belső oldalán az összes lágyrészeket átszakítva, a bőr sebén keresztül kibújt. A trochlea felett a biceps erősen kifeszített ina haladt. A fényképezés után reponálás történt. Csontsérülést a röntgen nem mutat. Kisebb sebfertőzés miatt a lágyrészek reconstructióját el kellett halasztani.

Brand I.: *A sérüléses hályog sponton felszívódása öregkorban.* Két esetében az öreg lencse teljes egészében, minden beavatkozás nélkül felszívódott, a sérülés után 4—6 hónap múlva, ami megfelel a néhány irodalmi adatnak. Egyik esetében tompa trauma hatására lencsetok ruptura, a másik esetben áthatoló sérülés kapcsán jött létre a tok megnyilása, majd a lencse elszürkülése. Az idős lencsének sérülésre kisebb a hajlama teljes elszürkülésre, ha pedig az bekövetkezett, a lencsemag felszívódása nem szokott megtörténni. De, hogy mégis előfordulhat, az általa észlelt ritka esetek bizonyítják.

Előadás:

Haranghy L.: *A kagylómérgezésről.* Az előadó a kagylómérgezésre vonatkozó ismeretek összefoglalása után beszámol a helgolandi Biologiai Intézetben végzett kutatásairól s ezek alapján megállapítja, hogy a kagylómérgezés a hibásan fejlett, rossz oxydatiós viszonyok, kedvezőtlen életkörülmények között élő s kedvezőtlenül táplálkozó kagylók kóros anyagcseretermékе.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 51. sz. *Kattentidt B.:* Nélkülözhetetlen-e a vérsejtsüllyedési reactio. — *Fröchlich E.:* Peripheriás vérzési zavarok kezelése sexualhormonnal. — *Henkel W.:* Chinin és hypophysis hátsólebenykivonat alkalmazása a szülészetben. — *Junghanns H.:* A vértadó központok szabályozása. — *Kröber F.:* Afrikai poliklinika. — *Köhler A.:* Hatvan év a bakteriologiából. — *Fürst Th.:* Középkori orvosok síremléke.

Wiener Klinische Wochenschrift, 51. sz. *Wessely E.:* Mediastinitis. — *Kutschera—Aichenberger H.:* Altatószerekkel történt mérgezések kezelése. — *Palugyay J.:* Tüdőgenyedések röntgenvizsgálata. — *Tappeiner S.:* Sebészi beavatkozások a dermatologiai kosmetikában.

A többi külföldi lap ismertetését azok késedelmes megérkezése miatt jövőheti számunkban közöljük.

VEGYES HIREK

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma chequet mellékeltünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azokat a kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlévő követelésünk komoly zavarokat okoz Hetilapunk fenntartásában.

A repülő orvosi szemléről 48. számunkban megjelent közlésünkre helyreigazító sorokat kaptunk *Scholtz Gusztáv dr.* törzsorvos úrtól, a m. kir. honvéd repülőorvosi vizsgáló intézet parancsnokától, minek szívesen adunk helyet. Megtudjuk ebből, hogy ez a szemle „nem konkurrens orvosi folyóirat (ezt nem is gondoltuk), nem is sajtótermék, melyre előfizetni lehetne", hanem „hivatalos, belső használatra szánt segédlet, honvédségi kiadvány, s nem tartozik az Orvosi Hetilapra annak bírálata, hogy milyen papiron jelenik meg." — Mindezt tudomásul vesszük, az utolsó mon-

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

dat kivételével, mert szerintünk minden honpolgárnak, méginkább szakmabelinek, aki valamely *országos érdekű* kényszer alatt nyög, joga és oka van panaszkodni, ha ezzel a „kényszerrel" össze nem egyeztethető kedvezést tapasztal. A felvilágosító közlés után látjuk, hogy ez sem olyan veszedelmes sérelem — már ami a papirfogyasztást illeti —, de azt továbbra is őszintén sajnáljuk és úgy magunkra, mint előfizetőinkre veszteségnek tartjuk, hogy a repülőorvosi szakirodalom közlése és ismertetése nem az Orvosi Hetilap hasábjain történik és az „elszigetelt csapatorvosok közötti kapcsolatot" nem mi tartjuk fenn. Még mindig felmerül bennünk a kérdés, vajjon nem volna-e még anyagilag is rentábilisabb honvédségünk repülő- és csapatorvosai, kórházai számára az ilyen szakközleményekkel is gazdagított Orvosi Hetilapra előfizetni — esetleg közérdekből mérsékelt áron, — mint a nyomást csalódásig utánzó gépen írott és sokszorosított „szemlét" fenntartani! (Ezt a csalódásunkat vissza méltóztatott utasítani, mint gyanusítást. Mi a kifogástalanság legnagyobb dicséretét látjuk benne.) Már csak azért is felvetjük ezt a megoldást, mert a közelmúltban volt reá példa, hogy a m. kir. honvédség orvosfőnöke valamennyi kórháza és egészségügyi intézménye számára megrendelte az Orvosi Hetilapot és mert mi abban az orvostovábbképzésben, amit az Orvosi Hetilap nyújtani tud, dicső honvédségünk elsőrangú egészségügyi érdekét látjuk.

Nagy örömünkre szolgálna, ha ezzel a közlésünkkel sikerült volna a m. kir. honvédség repülőorvosi karának és parancsnokainak neheztelését eloszlatni.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat most fejezte be második 6 éves cyklusát. Ez alatt kiadott 51 kötetet, melyek összesen 78.088 példányban jelentek meg. Az 1940-ben megnyíló következő két cyklusban a terv szerint 14 kötet a klinikai diagnostikával, a légzőszervek, ideg- elme- szem-, csecsemő-, gyermek-, szülészeti-, orthopaediai-, bőr-, heveny fertőző betegségekkel, műtéttannal, kozmetikával és a modern therapiával foglalkozik; 14 másik kötet a hygiénének különböző részeit gyakorlatilag tárgyalja, 15 pedig az orvosi physikát, chemiát, a dynamikus histologiát, az élettant, az általános-, a sebészi- és meteoro-pathologiát, a gyógyszertant, a közegészségtant, az örökléstant fogja tárgyalni, továbbá az orvosi rend ügyeivel, az orvosi nyelvészettel foglalkozik, végre egy nagy modern illustrált orvosi szótárt ad ki. Ez a programm természetesen nem végleges; egyötöd része talán elmarad és helyébe részben eredeti magyar szerzőknek egyéb irányú munkái, részben jeles külföldi könyvek fordításai kerülnek. A tagság cyklusokra és ezekben naptári évekre szól (évi 36.— P, amely fél-, negyedévi, sőt havi részletekben is fizethető.) A felsorolt munkák közül a Szótár, a Diagnostika és a Therapia jutalom-könyv lesz, amely úgy, mint a Nékám-féle 4560 ábrás Corpus Iconum Morborum Cutaneorum volt, ingyen jár azoknak a tagoknak, akik e könyveknek megjelenési éveiben (1942, 1945, 1948) már legalább hat év óta tagjai voltak a Társulatnak.

Az O. T. I. Központi Orvosi Tanácsa f. évi nov. 11. és dec. 2.-i ülésein *Soós Sándor dr.* elnöklete alatt a következő fontosabb ügyekkel foglalkozott: 1. A pénzügyminisztériumhoz feliratot intézett a tömegfelesleg regiementesítése tárgyában; 2. Illetékes helyen szerzett értesülés szerint a Működési szabályzat és az Illetékszabályzat a belügyminisztériumban tárgyalás alatt áll és az életbeléptetéséhez szükséges intézkedések folyamatban vannak; 3. Tárgyalás alá vette azt a kérdést, vajjon a tömegfeleslegnek a rendes havi illetménnyel ezidőszerint együttesen történő adóztatása ügyében milyen lépések tehetők az orvosi kar érdekében; 4. A Tanács megállapította, hogy az utóbbi időben ismételten szabályzatellenes intézkedések történtek a választott bírósági eljárás megindítása és lefolytatása körül. Ezért a Tanács a belügyminisztériumhoz előterjesztéssel fordult és kérte ezeknek megszüntetését; 5. A Tanács egy tanácstag konkrét panasza folytán kifogásolja, hogy az Intézet a tanácstagokat a tanácsülésen tett felszólalásuk miatt szolgálati úton, közvetlenül felelősségre vonja, ami a tamácstagokat szólásszabadságukban korlátozza. A Tanács felkérte az Intézetet, hogy amennyiben a tanácsülésen elhangzott kijelentések felől tájékozódni óhajt, a felvilágosítást ne közvetlenül az érdekelt tanácstagtól, hanem a Tanácstól, mint autonom testülettől kérje; 6. Ismertette azt a belügyminiszteri rendeletet, amely szerint az Országos Orvosszövetség Nyugdíjintézetének *B)* osztálya pénzügyi egyensúlyának helyreállítása céljából 1938. jan. 1-től évi 172.000 pengős hozzájárulást kap, mely összegnek felét az Intézet, másik felét pedig az orvosi költségtömeg viseli; az orvosgyakornokok pedig 1938. évi szolgálatuk alapján segélyben részesülnek, mely az orvosi költségtömeget terheli; 7. Ugyancsak a Nyugdíjintézettel kapcsolatban a Tanács felvilágosítást kér a nyugdíjintézet ügyében a legutóbbi két év folyamán lefolytatott tárgyalások eredményéről és kérte, hogy a további tárgyalásokat a Nyugdíj Intézet a KOT bevonásával folytassa le; 8. Sürgős intézkedést kér aziránt, hogy a 10 évnél hosszabb ideje szolgáló alorvosok helyettes osztályvezető orvosokká minősíttessenek át; 9. Megbízza az elnökséget, hogy járjon el a belügyminisztériumban az influenza pótdíjának a MABI illetményszabályzatához hasonló megállapítása iránt; 10. A katonai szolgálatra történt tömeges behívások kapcsán az Orvosi Tanács felhatalmazza az elnökséget, hogy a minisztérium illetékes osztályán eljárjon, hogy a katonai szolgálatot teljesítő OTI orvosok helyettesítési díját legalább méltányos részben az Intézet viselje az orvosi illetménytömegen kívül.

A X. Nemzetközi Dermatologiai Congressust, melyet 1940. szeptember havára tervezték New-Yorkban, a világpolitikai helyzetre tekintettel, bizonytalan időre elhalasztották.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen december 20-án: *Drozdy László, Kovács István Lajos, Furtényi Géza István, Thész Lőrinc László, Finte Sándor Demeter, Nagy Lajos, Polonyi István.* Üdvözöljük az új Kartársakat.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás javadalma a X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés- és világítással, valamint I. oszt. élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében.

Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosok pályázhatnak. A kinevezendő alorvos szolgálatának tartama alatt nem nősülhet meg (nem mehet férjhez) s a kórházban a részére kijelölt szobában bentlakni köteles. Magángyakorlatot nem folytathat. Az állás azonnal elfoglalandó.

A kérvény 2 P-ős okmánybélyeggel ellátva és a m. kir. belügyminiszterhez címezve a kórház igazgatóságához adandó be *1940. évi január hó 31-én déli 12 óráig.*

A kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. magyar honosságot igazoló bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 5. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló tisztiorvosi bizonyítvány; 6. esetleges szakképzettséget igazoló okmányok; 7. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 8. orvoskamarai tagság igazolása; 9. nyilatkozatot afelől, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, illetve közintézménynél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltte, avagy sem. Ha betölt, az alkalmazó szervezetet és az elvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. 10. Curriculum vitaet, nyelvismeretekre vonatkozó adatokkal; 11 egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 12. egyéb tanulmányi és szolgálati bizonyítványokat; 13. igazolást arról, hogy a pályázó nem esik az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá.

Közszolgálatban állók az 1—8. pontokat esetleg hivatalos törzskönyvi másolattal is igazolhatják és kérvényüket a felettes hatóságukkal láttamoztani tartoznak. Amennyiben a magyar honosság a törzskönyv-, illetve szolgálati és minősítési táblázat másolatán hivatalosan igazolva nincs, úgy ezt külön kell igazolni.

Azt a pályázati kérvényt, mely a 9. pontban előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, vagy elkésve érkezett, figyelembe nem vehetem.

Gyula, 1939. december 21.-én.

Kórházigazgató h.

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

Budapest székesfőváros polgármestere.

3112—1939. fp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházaiban újonnan szervezett *1 fogász-főorvosi állásra.*

Felhívom mindazokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérvényüket *1940. január 8. napjának déli 12. órájáig* hivatalomban (IV., Váci utca 62—64. sz. I. em. 11.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényekhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* leszármazást igazoló okmányokat (a közszolgálatba alkalmazásba lépés nézőpontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. számú rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. tc. alkalmazása nézőpontjából „nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy az 1895. évi október hó 1 napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha az 1895. évi október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet 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 leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; *f)* a polgári szolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; *g)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; *h)* az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot 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)* életleírást, (curriculum vitae.).

Mindazok a pályázók, akik közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső pályázatok érdemleges elbírálásában utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1939. december 20.

Karafiáth Jenő s. k., főpolgármester.

Budapest székesfőváros polgármestere.

3125—1939. főpolgm. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházaiban megüresedett, illetve újonnan szervezett *2 kórboncnok-szakos végleges jellegű alorvosi állásra.*

Felhívom mindazokat, akik ezeknek az állásoknak egyikét elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket *1940. január hó 8. napjának déli 12 órájáig* hivatalomban (IV. ker. Váci utca 62—64. szám. I. em. 11.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényekhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* leszármazást igazoló okmányokat (a közszolgálatba alkalmazásba lépés nézőpontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. számú rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. tc. alkalmazása nézőpontjából „nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy az 1895. évi október hó 1 napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha az 1895. évi október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet 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 leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; *f)* a polgári szolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; *g)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; *h)* az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot 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)* életleírást, (curriculum vitae.).

Mindazok a pályázók, akik közbenjárásokat és magánajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső pályázatok érdemleges elbírálásában utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1939. december 20.

Karafiáth Jenő s. k., főpolgármester.

208.001—1939. — XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetek létszámában egy a IX. fiz. oszt. 3. fokozatába tartozó *elmegyógyász főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. állampolgársági igazolás; 3. születési bizonyítvány; 4. életrajzi adatok (curriculum vitae) esetleges tudományos működés igazolása; 5. szakorvosi képesítés; 6. orvoskamarai tagság igazolása; 7. esetleges katonai szolgálat igazolása; 8. közszolgálatban nem állók fedhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítványa; 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 10. A 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-a értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az 1939. évi IV. tc. 1. §-ának korlátozása alá.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézményekben és közintézetekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet s 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.

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 nyújtsák be. E határidőn túl érkezett és nem kellően felszerelt pályázatokat nem vehetek figyelembe.

Budapest, 1939. évi december hó 21.-én.

M. kir. belügyminiszter.

Pneumonia? Praeventivum Mecajol „Certa" 5×2·2 Kcm=P 2·50

ULTRASEPTYL-CHINOIN

Pneumococcus és gonococcus fertőzések mellékhatásmentes chemotherapeuticuma

24 tabletta

2849—1939. kórh. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában üresedésben lévő *1 segédorvosi* és *2 orvosgyakornoki állásra* pályázatot hirdetek. A pályázati határidő: *1940. évi január hó 12. déli 12 óra.*

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, az orvosgyakornokoké havi 80 P tiszteletdíj és mind a segédorvosnak, mind az orvosgyakornokoknak 50%-os térítmény ellenében nyujtandó I. oszt. élelmezés, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakás, fűtés és világítás. A segédorvos kinevezése 3, az orvosgyakornokoké 1 évre szól.

A kinevezett orvos magángyakorlatot nem folytathat és állását kinevezés után azonnal el kell foglalnia. A pályázati kérelemhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. erkölcsi bizonyítványt; 3. hatósági orvosi bizonyítványt; 4. magyar állampolgársági bizonyítványt (esetleg illetőségi bizonyítványt); 5. orvosdoktori oklevelet; 6. rövid önéletrajzot (curriculum vitaet); 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. §-ainak rendelkezései szerint igazolni tartoznak, hogy az említett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá nem esnek. A pályázók kérvényükben tüntessék fel azt, hogy csak a segédorvosi, vagy annak el nem nyerése esetén az orvosgyakornoki állásra is pályáznak-e.

A szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybélyeggel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja thj. város főispánjához címzetten, Baja város közkórházában adandók be.

Baja, 1939. december 21.-én.

Bernhardt Sándor dr. s. k., polgármester.

207.952—1939. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A budapesti m. kir. állami szemkórházban megüresedett *igazgató-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Ezen állással az állami rendszerű VII. fiz. oszt.-ra nézve mindenkor megállapított illetmények járnak.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. szemész szakorvosi képesítés; 3. állampolgársági igazolás; 4. születési anyakönyvi kivonat (keresztlevél); 5. a 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglaltak értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az 1939. évi IV. tc. 1. §-ának korlátozása alá; 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 7. az orvoskamarai tagság igazolása; 8. esetleges katonai szolgálat igazolása; 9. közszolgálatban nem állók fedhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg újkeletű tisztiorvosi binyítványa; 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

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

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

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" című hivatalos lapban másodízben történt közzétételétől *számított 15 napon belül*, hozzám címezve — közhivatalban lévők szolgálati főnökük útján — nyújtsák be. E határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatokat nem vehetem figyelembe.

Budapest, 1939. évi december hó 19-én.

M. kir. belügyminiszter.

207.951—1939. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A budapest—lipótmezei m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetben *rendszeresített sebész-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Ezen állással az áliami rendszerű VIII. fiz. oszt.-ra nézve mindenkor megállapított illetmények járnak.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. orvostudori oklevél; 2. műtői oklevél, szakorvosi képesítés; 3. állampolgársági igazolás; 4. születési anyakönyvi kivonat (keresztlevél); 5. a 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglaltak értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az 1939. évi IV. tc. 1. §-ának korlátozása alá; 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 7. az orvoskamarai tagság igazolása; 8. esetleges katonai szolgálat igazolása; 9. közszolgálatban nem állók fedhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, illetőleg újkeletű tisztiorvosi binyítványa; 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalban, közintézményben és közintézetben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett összes 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.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" című hivatalos lapban másodízben történt közzétételétől *számított 15 napon belül*, hozzám címezve — közhivatalban lévők szolgálati főnökük útján — nyújtsák be. E határidőn túl beérkező és nem kellően felszerelt pályázatokat nem vehetem figyelembe.

Budapest, 1939. évi december hó 19-én.

M. kir. belügyminiszter.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik dec. 17—23. között. A hét legfontosabb frontalis eseményei a dec. 19—20-iki felsiklási frontok és a dec. 20—21-iki betörési frontok gyors egymásutánbani átvonulása voltak. E frontváltozások szokatlanul erős és hirtelen légnyomáshullámmal is jártak. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
December	17	19	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis havazás 11 ó-tól, 0·8 mm
	18	14	Felsikl.	Gyenge	Kis szemergés reggeltől [15 ó-tól
	19	2	Felsikl.	Erős	Hirtel. légnyomászuhan ás 11 ó-tól, ködszemerg
	20	0	Felsikl.	Erős	Erős ködszitál, 21 ó-tól nyomászuhanás
	20	9	Felsikl.	Erős	További erős légnyomászuhanás
	20	10	Betörési	Mérsék.	Szélfordulás északra
	20	12	Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés, fokozatos derülés, ködoszlás
	20	18	Betörési	Erős	Erős nyomásemelkedés, lehülés, erős fagy
	21	0	Betörési	Erős	Északi szélvihar Dunántulon és keleten
	21	8	Betörési	Mérsék.	Néhány hirtelen széllökés 8 m/mp
	21	9	Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés 11 m/mp-ig
	22	9	Betörési	Mérsék.	Kis szélélénkülés
	23	2	Felsikl.	Mérsék.	Praefontalis borulás, holdgyürü
	23	3	Betörési	Mérsék.	Szélford. NY-ra és élénkülés

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet önirő műszereinek adatai. Részletes magyarázatok lásd az 1939. évi 5. szám 123. oldalán.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt. (Ujpest) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését mellékeltük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A thorakoplastika késői eredményei.

A tüdőtuberculosis gyógykezelése az utóbbi 25—30 évben lényeges haladást mutat. Különösen az u. n. *aktiv*, vagy *mechanikus* therapia bevezetése jelent ezen a téren határkövet. Innét indultak, sőt indulnak ma is ki az újabb és újabb elgondolások, amelyek lépésről-lépésre haladva folyton nagyobb területeket igyekeznek meghódítani, sajnos azonban nem mindig sikerrel. Nem egyszer voltunk kénytelenek egy-egy eljárás részére occupált területeket néhány év mulva feladni, mert a várt eredmények nem következtek be, mint pl. a plombák esetében.

A collapsustherapia gyűjtőnév alatt szereplő gyógyeljárások két classikus képviselője a két véglet: a *mesterséges légmell* és a *thorakoplastika*. Mindkét eljárást elég régen alkalmazzák ahhoz, hogy az eddigi tapasztalatok alapján ma már megbizható krítikai következtetéseket vonhassunk le.

Nagyjából és általánosságban azt lehet mondani, hogy thorakoplastikára rendszerint csak olyankor kerül a sor, amikor légmellkezeléssel már eredményt elérni nem lehet. Ma talán még több joggal mondhatjuk, mint 10—15 év előtt, hogy úgy a *Brauer*, mint a *Sauerbruch*-féle plastikák olyan nagy és súlyos beavatkozást jelentenek, hogy orvos és beteg egyaránt alaposan meggondolják, mielőtt egy-egy ilyen műtétre rászánják magukat. Egyébként a thorakoplastikák szélesebbkörű elterjedésének éppen ez az említett körülmény volt az egyik legnagyobb akadálya. A beteg ugyanis legtöbbször már csak olyankor egyezett bele a műtétbe, amikor a helyzete kétségbeesetté vált s nem volt már más kivezető út. Részben ez a körülmény volt az oka a műtét utáni nagy mortalitásnak is, ami viszont újabb elriasztó hatást váltott ki. A műtéti technika javulásával a mortalitás szembetünő módon csökkent s amennyire az utolsó 10 esztendő rendelkezésünkre álló irodalmából megállapítható, a műtét utáni halálozás a régi 35—40%-ról ma már 4.7%-ra apadt. Ez mindenesetre igen szép és nagy eredmény, azonban a statisztika azt is elárulja, hogy 5—10 év mulva a műtéteken keresztülesettek 20—35%-a már nem volt életben. Ennek az aránytalanul nagy halálozásnak az oka a többek között főként abban keresendő, hogy sem a *Brauer*, sem a *Sauerbruch*-féle plastika nem nevezhető tökéletes megoldásnak, mert bármily nagy darabokat távolítanak is el az egyes bordákból, az esetek elég nagy részében mégsem sikerült a cavernákat teljesen összenyomni és gyógyulásra kényszeríteni. Igy pl. a francia klinikákon végzett 484 plastika eredményéről történt beszámolóban 117 esetben, tehát 24%-ban nem sikerült a teljes összenyomás, mert kis, u. n. „Restcávernák" maradtak vissza.

E téren az utóbbi évek minden törekvése oda irányult, hogy a műtét nagy mortalitását csökkentsék és az elérendő gyógyeredményeket javítsák. E két fontos cél érdekében sok minden történt s kétségtelen, hogy ma már sokkal kedvezőbb az általános kép, mint még csak 6—8 évvel ezelőtt is volt. Igy pl. a műtéti technika és a technikai készség javulásával lényegesen jobbak az eredmények is. E nagy műtétnek ma már szinte törvényszerűen 2—3 szakaszban végzésével a beavatkozás súlyossága lényegesen enyhült. Az elektrocardiografos vizsgálatok és a műtét előtti hosszabb ideig tartó belgyógyászati megfigyelés bevezetésével a kellemetlen meglepetések száma is szemmelláthatólag csökkent.

Mindezeken felül még erélyes és sok tekintetben eredményesnek igérkező lépések történtek a nagy műtétnek enyhébb beavatkozásokkal helyettesítése irányában is. Hogy csak a legismertebbeket említsük, a részleges, vagy csúcsplastikák bevezetésével, az anterolateralis plastikákkal, *(Monaldi)* legújabban az apicolysissel kapcsolatos extrapleuralis pneumo, — vagy oleothorax alkalmazásával igyekeztek a nagy plastikák hátrányain segíteni. Azonban ezeknek az eljárásoknak egyike sem olyan régi, hogy nagy beteganyagon kipróbálásuk már lehetővé vált volna. Végleges véleményt tehát ezidőszerint egyikről sem lehet még mondoni. A csúcsplastikákat ma éppen az eljárás bevezetői helyettesítik szivesen apicolysissel, mig a *Monaldi*-féle anterolateralis plastika, amelyet 1932 óta alkalmaznak, bár kétségtelenül enyhébb beavatkozás, még mindig nem annyira kiforrott, hogy róla megbizható véleményt lehetne alkotni. Egyik, jelenleg Monaldi környezetében élő munkatársam szavait idézve ezidőszerint még csak „szembetünően jó kilátásokra lehet hivatkozni".

A plastikák kérdésével gyakorlatban legtöbbet a németek foglalkoztak, akiktől az eljárás is kiindult, majd az amerikaiak vetették rá magukat a tüdősebészeti kérdésekre, úgy hogy ma már nagy irodalmuk és bő tapasztalatuk van e téren. A franciák mindössze 10 éve alkalmazzák a thoracoplastikát, mig az angoloknál is inkább csak az utóbbi időben terjedt el ez a műtéti eljárás. A vonatkozó irodalom adatainak összehasonlítása után azt lehet mondani, hogy a thoracoplastikák az esetek cca 60—75%-ban részben bacillusmentességet, részben a munkaképesség helyreállítását, sőt gyógyulást eredményeznek. Ezek az eredmények idővel bizonyos változásokon mennek át, mert 8—10 év mulva egyesek szerint mégis 32—35% a halálos áldozatok száma. Ez a szám azonban évről-évre javul és bizonyos, hogy minél tökéletesebbé válnak az egyes újabb eljárások és azok javallatai, avagy minél inkább sikerülni fog majd a legkülömbözőbb helyeken fekvő cavernák tökéletes összenyomása és gyógyulásra bírása, az ilyen késői halálesetek százalékos aránya is lényegesen csökkeni fog.

A thoracoplastikák körül szerzett évtizedes tapasztalatok még jobban megerősítették azt a felfogásunkat, hogy minden nagy plastika igen komoly beavatkozás s annak kimenetele sohasem látható előre. Éppen ezért a plastikákkal szemben elfoglalt conservativ álláspont érthető. A plastika műtéti indicatiójának felállításához a sebész és a belorvos együttes elhatározására van szükség. Minden thoracoplastika elvégzése előtt hosszabb — legalább 1—2 hetes belgyógyászati megfigyelés szükséges. — Ott azonban, ahol már nincs más választás és az indicatio egyébként is fennáll, nem indokolt a habozás, vagy halogatás, mert minden veszélye mellett is nagyon sokszor életmentő beavatkozás.

Pekanovich István dr.
egyet. magántanár, igazgató- főorvos

Az epehólyakiirtás javallatainak egyik fogas kérdése.

Tudjuk, hogy az epekővel járó kóros jelenségek jelentős részét a kisérő gyuladás idézi elő és így nem lehet meglepő, hogy a kő nélküli epehólyaggyulladás olyasféle kórképet hoz létre, aminőt a köves epehólyaggyuladás szokott. Kényessé válik azonban a helyzet olyankor, amidőn az epekő és epehólyaggyulladás tünetei miatt végzett műtét alkalmával sem követ, sem gyulladást nem nem találtunk, hanem látszólag teljesen ép epehólyagot. melyen legfeljebb valami csekély vastagodás vagy környezetével összenövés tapasztalható, vagy ilyesmi sem: az ilyen epehólyag szövettanilag megvizsgálva is akárhányszor teljesen ép, máskor valami egész enyhe gyulladás, vagy ennek nyoma mutatható ki rajta. Ilyen esetekben első sorban az a bántó gondolat merül fel, nem volt-e a műtét hiábavaló és másodszor az a fogas és sürgős döntést igénylő kérdés: kivegyük-e az épnek látszó epehólyagot, vagy sem.

Ebből a szempontból fontos tudni azt, hogy a *teljesen épnek látszó, makroskoposan és mikroskoposan épnek mutatkozó epehólyag is lehet beteg.*

Elsősorban tartalmazhat köveket, melyek, ha nem tulságosan picinyek és az epehólyag nem túlságos feszesen telt, jól kitapinthatók. De apró, gombostűfejnyi és még kisebb kövek petyhüdt vékonyfalúepehólyagon keresztül sem tapinthatók ki, különösen, ha nincs belőlük nagyon sok, és csak az epehólyag felhasítása és tartalmának gondos megvizsgálása után válnak láthatóvá. Már pedig egészen pici kövecskék is alkalmasak arra, hogy a cysticust ideiglenesen eltömve, súlyos fájdalmakkal járó epehólyagpangást idézzenek elő. Ugyanezt tehetik cholesterosisban szenvedő epehólyagokon a hólyag nyálkahártyájáról levált cholesterosisos bolyhok, papillomák. melyek szintén alkalmasak arra, hogy időről időre megismétlődő, akár évek hosszú során át újra és újra jelentkező hosszabb rövidebb ideig tartó jellegzetes epegörcsöket idézzenek elő.

De nem csak az apró kő és a levált cholesterosisos szövet, hanem az erősen besűrűsödött epe is nehezen halad át a cysticuson, sőt egyidőre megrekedhet benne s ezáltal pangást idézhet elő az epehólyagban, esetleg fokozhatja a már fennálló pangást, leginkább pedig az által válhatik veszedelmessé, hogy az epében lappangó csirok elszaporodására és ezáltal enyhébb-súlyosabb epehólyaggyuladás keletkezésére adhat módot.

Kétségtelen, hogy az epehólyagban előfordulhatnak olyan gyulladások, melyek nyom nélkül, vagy egészen jelentéktelen nyomok (pl. csekély összenövések) hátrahagyásával kigyógyulnak. Az is elképzelhető, hogy egyes epehólyagok különösen hajlamosak lehetnek ilyen enyhe, önkéntes gyógyulással végződő gyulladásokra, (mint a hogy némely ember hajlamos pl. náthára) és nyilvánvaló, hogy ilyen gyulladás lezajlása után operálva. ép epehólyagot fogunk találni, amelyben azonban ha visszahagyjuk, újra gyulladás keletkezhetik, mely azután epekőkólika tüneteivel jár.

Azt is figyelembe kell vennünk, hogy az epehólyag gyulladásainak nem kell feltétlenül bakteriumos eredetűeknek lenniök. Amint a bőrön és a látható nyálkahártyákon vannak tisztán vegyi eredetű, főkép allergiás természetű gyulladásos folyamatok, úgy elképzelhető, hogy ilyenek előfordulhatnak az epehólyag nyálkahártyáján is és ezekről különösen feltételezhető, hogy — mint az a bőr és nyálkahártyák hasonló természetű elváltozásain is látható, nyom nélkül kigyógyulnak; az is elképzelhető, hogy bizonyos méreganyagok — akár a szervezeten belül képződtek, akár kivülről kerültek bele — az epehólyag és az epeutak beidegzésében hoznak létre olyan zavarokat, melyek főkép epehólyagpangás révén epekólikára vezetnek. Analogiák alapján az is feltételezhető, hogy ugyanazon káros behatás megismétlődése az epekólikák megismétlődésével jár.

Az epehólyag és epeutak működését befolyásoló idegelemek sokszoros összeköttetésben vannak más hasi szervek beidegzését szolgáló idegekkel, és így könnyen megtörténhetik, hogy más szervekben lejátszódó kóros folyamatok, az idegrendszer révén befolyásolják az epehólyag és epeutak működését és ezt megzavarhatják; a klinikai észlelet szerint különösen a petefészkek rendellenességei s főleg gyulladásai azok, melyek az epehólyagműködés megzavarására és különösen pangás előidézésére alkalmasak

Mindezek az állapotok olyanok, hogy teljesen összeegyeztethetők azzal, hogy a műtét alkalmával teljesen ép epehólyagot találunk és hozzáfüzhetjük azt is, hogy ezen állapotok legtöbbje olyan — hogy az epehólyag eltávolításával jó szolgálatot teszünk a betegnek.

Természetesen az ideális az volna, ha meg tudnók állapítani, hogy valamely adott esetben az epehólyagpanaszok pl. a beteg petefészektől származnak vagy ettől, vagy amattól az alimentáris vagy egyéb káros behatástól; ilyenkor a petefészek kigyógyításával illetve az illető ártalom távoltartásával meg tudnók kimélni a beteget a műtéttől. Azért ezekre a dolgokra gondolnunk kell és ha van rá valami kézzelfogható támaszpontunk, megfelelő gyógykezeléssel, illetve megelőző intézkedésekkel kell törekednünk arra, hogy az epepanaszokat megszüntessük. Ha azonban ez nem sikerül, a műtét legalább is az epepanaszok kiiktatására alkalmas lesz.

Csak egy állapot van, amikor a műtéti javallat felállításában nem lehetünk eléggé óvatosak és *ez a neuropathiás habitus.* Kétségtelen, hogy hysterikáknak is lehetnek epeköveik, melyektől csak a műtét szabadíthatja meg őket — sőt tovább menve azt is meg kell állapítanunk, hogy a legtöbb neuropathiás panasznak van valamelyes tényleges alapja és hogy akárhányszor nem normális, hanem enyhén kóros sensatiók azok, amelyeket ezek a szerencsétlen idegzetű emberek óriási szenvedések gyanánt tüntetnek fel. De félő, hogy a műtét után visszamaradó csekély összenövésekkel járó óhatatlan, ép idegzetű egyének által többnyire semmibe sem vett tüneteket az ilyen neuropathiás egyének óriási mértékben felfújva, türhetetlen kínok gyanánt fogják beállítani.

Pólya Jenő dr.
kórházi főorvos, egyet. c. rk. tanár.

Bélférgesség gyógyítása.

II. közlemény.*

Enterobiasis (oxyuriasis).

A legtöbb féregfertőzés esetén a fertőzött emberből ürülő petéknek legalább egy közti gazdára van szükségük, melyben átalakulnak s csak azután fertőznek ismét embert. Az enterobius petéi kiszabodulásukkor már embryonálódott állapotban vannak, azonnal fertőzhetnek; így könnyen vihetők át az egyik emberről a másikra és állandó az autoinfectio is. Ebből következik, hogy a jelenlevő férgek elpusztítása, ami pl. ascariasis esetében végét veti a betegségnek, itt korántsem elég. A sikerhez az is szükséges, hogy az állandó és folyamatos autoinfectio-láncolatot valahol megszakítsuk, és hosszabb

* I. közleményt lásd az Orvosi Hetilap 1939. 41. sz.-ban.

időre, mint amennyi az enterobius fejlődési ciklusa. Gyakorlatilag ez azt jelenti, hogy a kezelésnek két részből kell állnia: először el kell pusztítani az elérhető férgeket s azután legalább négy héten keresztül meg kell akadályozni, hogy az esetleg életbenmaradt, de főleg a közben éretté fejlődött férgekből származó peték a szájba ne jussanak.

Minden kezelés, mely a fenti programm második részére nem fektet súlyt, hiábavaló. A kúra után átmeneti javulás áll be, mivel a használt szerek legtöbbje alkalmas arra, hogy a vastagbélben élő férgek egy részét elpusztítsa; de amint a kezelés előtt már lenyelt, de még ki nem fejlődött enterobiusok érettek lesznek, újból megjelenik a betegség minden kellemetlen tünete.

Nem elég a beteget gyógyítani, hanem otthonát és környezetét is meg kell szabadítani a fertőzéstől. Roszszabb hygienikus viszonyok közt élő családoknak sohasem csak az egyik tagja beteg s hiába akadályozzuk meg egynek az autoinfectióját, mikor a környezettől újrafertőzés veszélye állandóan fennáll. — Ha sikerre törekszünk, akkor ilyenkor mindig az összes együttélőket meg kell vizsgálni és egyszerre kezelésbe venni.

Itt is hangsúlyoznom kell, hogy *ne kezdjünk gyógyítani csak klinikai jelek alapján.* Végbélviszketés sok egyéb állapotot is kisér, pl. leányok fluorját, eccemákat phthyriasist, stb. Az enterobiasis csak két módon diagnostisálható: petevizsgálattal és ha sikerül a férget meglátnunk. A férgek legtöbbször este lefekvés után vagy reggel tünnek elő, de a végbélnyilás körüli redőket elsimitva gyakran máskor is megtalálhatók. A petevizsgálatra vonatkozólag fontos, hogy eltérően a többi féregétől *ne a székletben* keressük az Enterobius petéit, mert így az összes fertőzéseknek még egy tizedrészét sem lehet kimutatni. A legbiztosabb módszer kaparékot venni a végbélnyilás környékéről, vagy üvegbot vagy egyéb eszköz segítségével kismennyiségű anyagot kihozni a végbél alsó részéből.

Az enterobiasis kezelésére óriási számú szer van használatban melyek nagyjából a következő csoportba foglalhatók össze:

1. diaetás szerek (szénhydratmentes diaeta, gyümölcsök, répafélék, hagyma).
2. hashajtók (ricinus, jalapa, keserűsós kezelés).
3. adstringens szerek (gyümölcsök, zink és rézsók, aluminiumvegyületek).
4. ténylegesen a férgekre ható szerek (santonin, chenopodium, helminal, stb).

A modern gyógyítás nálunk eddig alig használt szerei közül fontosak a chlorozott szénvegyületek közül a tetrachloraethylen, adstringensek helyett a *hexylresorcin* és különös hatása miatt a higuerolatex.

A *diaetás kezelésektől,* mint az ascariasisnál is, azt várják, hogy a bél milieuje alkalmatlanná váljék a féreg számára. Az antidiabetikus étrendet Stettiner ajánlotta, ki állítólag több esetben látott tőle eredményt. Evvel szemben a budapesti gyermekklinikán beállított és évek óta kezelt cukorbeteg gyermekek között hármat ismerek, ki már hosszú idő óta szenved enterobiasisban; fertőzésükre a diaeta egyáltalán nem hatott. A gyümölcsök hatását a bennük lévő tanninra vezethetjük vissza, erről az adstringens szereknél lesz majd szó. Répaféléket, különösen vörösrépát is szoktak ajánlani, főleg nyersen fogyasztásra, eddigi gyakorlatomban semmiféle hatást nem láttam tőle.

A hagymát és fokhagymát gyakran használják enterobiasis ellen. Nálunk főleg beöntésben adják, némelyek etetik is. („Napi egy hagyma megvéd a férgektől"). *Hall, Shillinger* és *Cram* beható vizsgáiatai szerint a hagymának semmiféle hatása sincs nematodákra és *Lamarr* Enterobiusokon végzett in vitro kisérletei is ezt mutatták. Ugyanez áll a fokhagymára is, mit különben gyári készítmények is tartalmaznak (pl. az Allisatin). Igy ha hagymás beöntésekkel sikerül férgeket kihozni, azt inkább a beöntések mechanikus hatásának tudhatjuk be, mint a hagymának.

A *hashajtókkal* azt óhajtják elérni, hogy a naponta többször higan üritett székletek magukkal ragadják a férgeket a bélből és mintegy lemossák a végbélnyilás körüli redőkbe tapadó petéket is.

Az állandó hashajtás azonban azonkívül, hogy a kezelteket megviseli, gyakran még colitisre is vezet. Amellett csak kivételes esetben áll be gyógyulás, tekintve, hogy ahhoz mindig elég pete kerül ki és marad a végbéltájon, hogy a vakaródzó beteg fertőzhesse magát. Hashajtókkal kezelt betegektől kaparékot véve eddig minden esetben meg tudtuk a petéket találni.

Az *adstringensekkel* valamivel jobb eredményeket lehet elérni. A törekvés az, hogy az összehuzó szerek egyrészt bevonják a férgeket is, másrészt hogy a kicserzett nyálkahártyán az Enterobiusok ne találják meg a nekik szükséges nedvességet.

Elméletileg a *beöntésben* és *kúpban* alkalmazott adstringensekkel még azt is el lehet érni, hogy a hygienikus kezelést elhagyhassuk. Gyakorlatilag azonban a kúra egymagában ritkán hoz teljes sikert, reactiv bélgyulladást, toxikus enteritist azonban nem egyszer okoz.

Az összehuzó tannin a hatóanyaga a különböző podiumolaj is. Hatásuk sokkal kisebb az enterobiusokra, mint az ascarisra, és semmiesetre sem áll arányban az állandó mérgezési veszéllyel.

E szerek között kell említenem a helminalt is, mely egy algának a kivonatát tartalmazza. A kezelést rendesen beöntésekkel, stb. combinálják. Teljes gyógyulást a legritkább esetben láttam csak tőle, átmeneti javulást azonban gyakran észlelhetni.

Az újabban forgalombajövő szerek között különös helyet foglal el a higuerolatex. Sajnos, nálunk megszerzése majdnem lehetetlen és szállitása is nehézségbe ütközik.

Az e cikk elején foglaltak alapján a sikeres kezelésnek két részből kell állania: a féregüzésből és hygienikus rendszabályokból.

A ma ismert szerek közül legjobban a chlórozott, telített szénhydrogének váltak be több nematoda, így enterobiusok ellen is. Legjobbnak a chlorpentanok, a tetrachlormethan és tetrachloraethylen bizonyultak. Mivel a mérgezési veszély a tetrachloraethylennel a legkisebb, közülük egyelőre ez látszik leghasználhatóbbnak.

A *tetrachloraethylen* színtelen, illó, vízben alig oldódó folyadék, meglehetősen kellemetlen, erős szaga van. Felnőtt adagja 3 ccm., kis gyermeknek 0.5 ccm., nagyobbaknak 1.0—1.5 ccm. Májzavarok és vesebajok esetén, alkoholistáknak nem adjuk. Therapiás adagokban egyáltalán nem mérgező. Néha szédülésről, hányingerről panaszkodnak bevétele után 2—3 perccel a begyümölcsöknek, melyeket enterobiasis ellen ajánlanak. Mint adstringensek hatnak a timsós betétek, a zinksók (főleg zinksulfatos kúpok alakjában), a rézsók (pl. cupronat) és a Németországban nagyon felkapott aluminiumvegyületek.

E szereknél sokkal nagyobb sikerrel alkalmazhatjuk a nem mérgező és nem izgató *hexylresorcint* kúpokban. Ez amellett, hogy adstringens, specifikus hatást is fejt ki: a férgek és petéik borítórétegét bevonva, elpusztítja őket.

Használatosak enterobiasis gyógyítására a nematodák elleni ismert szerek közül a santonin és cheno-

tegek, de a tünetek csak percekig szoktak tartani. Halálos mérgezést több százezer eset közül egyben sem láttak amerikai szerzők. A biztonság okáért azonban a kúra előtt 2 napig zsír- és húsmentes, szénhydrátdús étrendet írunk elő és alkoholivástól szigorúan eltiltjuk a beteget. A szer beadása előtti nap délutánján erélyes adag (felnőttnek 25—30 gr.) natriumsulfatot adunk. A tetrachloraethylent reggel éhgyomorra kapja a beteg, utána sem eszik még két óra hosszat s ekkor újból 25—30 gr. natriumsulfatot vesz be. Ezután legalább egy napig megint betartja az említett diaetát s alkoholtól két napig feltétlenül tartózkodik.

A tetrachloraethylennel végzett féregűzést sikeresen egészíthetjük ki *hexylresorcinnal*. Ez esetben célravezetőbb 1—2 ezrelékes oldatát beöntésben adni, mint per os alkalmazni.

A kezelés második részét a *hygienikus rendszabályok* teszik. A folyamat, mit meg kell akadályoznunk, a következő:

1. A petékkel telt nőstények a végbélből kimásznak a gátra,
2. a petéiket otthagyják,
3. a beteg vakaródzik s így kezére jutnak a peték,
4. így szájához viszi őket és lenyeli.

Bárhol is szakítjuk meg ezt a láncolatot, elejét veszszük az autoinfectiónak. Az egyes fázisokat a következőkkel akadályozhatjuk meg:

1. A férgeket elpusztíthatjuk a végbélben. Erre legalkalmasabb szer a hexylresorcin kúpokban.

2. Gumminadrág állandó hordása megakadályozza, hogy a peték a gátról széthordassanak. A nadrág viselése kellemetlen, télen hideg és párás, nyáron kínzóan meleg. Kis gyermekeken feltétlenül szükséges ez az óvintézkedés, mert a kezeket nem tudjuk tisztántartani és a szájbanyúlást hiába tiltjuk meg. A szokásos fehérnemű nem helyettesítheti a gumminadrágot, mert a legsűrűbb szövésű batiszt pórusai is nagyobbak, mint az enterobius petéi. Szintúgy céltalan felkötőt hordani; ez ugyan nem ereszti át a petéket, de mellette könnyen kijutnak a combra, azonkívül gyakran feldörzsöli a bőrt is.

4. A kezek tisztántartása egyik legfőbb kellék. Betartandó szabályok: egész rövidre vágott körmök, legalább minden étkezés előtti kézmosás szappannal és kefével, tartózkodni a vakaródzástól és lehetőleg nem nyúlni a szájba (mindent evőeszközzel enni, még kenyeret, cukrot, stb. is, szipkából cigarettázni.)

Minél többet tartanak meg e rendszabályokból, annál kisebb a valószínűsége az autoinfectiónak. A legfontosabb a végbél állandó hexylresorcinos kezelése.

Egy teljes kúra menete a következő: a fertőzés megállapítása után 2 napig zsírszegény, szénhydrátdús étrend. Délután hashajtás 25 gr. natriumsulfattal. Következő reggel éhgyomorra ½—3 ccm. tetrachloraethylen bevétele, s aznap alkohol fogyasztása tilos. Két órai további koplalás után 25 gr. natriumsulfat és még két napig kell tartani a diaetát. A kúra napján, harmadnap és ötödnap, mindig este, beöntés 3—5 deciliter 1—2 ezrelékes hexylresorcin-oldattal; a beöntés 10—15 percig benntartandó. Hexylresorcin kúpok bevezetése minden reggel, minden este és minden székelés után. Gumminadrág. Kezek tisztántartása és megakadályozása a szájbanyúlásnak. Három hét után a végbélkaparékban keressük a petéket. Positiv lelet esetén újabb tetrachloraethylen kúra a fent leírt módon és tovább folytatandó a kezelés hexylresorcin beöntésekkel és kúpokkal újabb három hétig mindaddig, míg legalább három, lehetőleg reggel végzett parasitologiai vizsgálat negativ eredményt nem ad. A legtöbb fertőzés három hét alatt meggyógyul, ritkán van csak a második kúrára szükség.*

A leírt kezelési módszer elég hosszadalmas és sok kitartást követel a betegtől. Meggyógyulhat némelyik fertőzött, különösen felnőtt, valamilyen egyszerűbb formájától is, esetleg egyedül a hexylresorcin kúpos kezeléstől. Ha biztos sikerre törekszünk, mégis ragaszkodnunk kell az előírások pontos betartásához. Segítségével a legmakacsabb fertőzés is véglegesen meggyógyul s eddig csak olyankor hagyott cserben, mikor a szabályokhoz nem ragaszkodott a beteg.

*) A kúrához szükséges tetrachloraethylen, a hexylresorcin oldat és hexylresorcin kúpok *Oxycid* néven vannak forgalomban.

Véghelyi Péter dr.
gyermekklinikai tanársegéd
(Budapest).

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés. „Általános szokás a tömeges typhus elleni védőoltásoknál, hogy nagyobb fecskendőbe (pl. 10 kcm) felszívott oltóanyagot ugyanazzal a tűvel több egyénbe juttatjuk be, miközben, a tűt alkoholos vattában végighúzással „desinficiáljuk". Kérdezem, lehet-e ilyen módon luest átoltani. (Erek sérülését az oltáskor a szúrási csatornából kibuggyanó vér olykor bizonyítja). Ha igen, milyen módon lehet tömeges oltásokat gyorsan elvégezni? (800—1000 embert kell egy orvosnak naponta beoltani.) *R. I. dr.*

Felelet. A tömeges typhus elleni védőoltásnak a kérdésben leírt módja feltétlenül kifogásolandó. Nemcsak azért mert az injectios tűnek a leírt módon „desinficiálása" elégtelen, hanem azért is, mert az ilyen módon végzett „tömegoltások" a „tömeg" előtt az orvosi munka komolyságát és értékét nagyon csökkentik. Felteszünk egy kérdést: Vajjon tűrné-e a Kartárs Ur, hogy Önt vagy hozzátartozóit az általa leírt módon oltsák? Bizonyára nem.

Typhus vaccinával — éppúgy mint minden más oltóanyaggal — minden egyént frissen kifőzött tűvel kell oltani. A 10 ccm-es fecskendőből végzett szokásos és helyes eljárás, a tűket azonban minden egyes egyén oltása után cserélni kell. Igen egyszerűen megoldható a tűknek oltás alatti kifőzése úgy, hogy a használt tűt az oltó orvos oltás után azonnal egy forrásban lévő sterilisátorba dobja és ott hagyja addig, amíg a már kifőzötteket elhasználja. Mire ezek közül az utolsó is elfogy, a már használtak biztosan sterilek és újból használhatók. Természetesen legalább egy tucat tűre van szükség.

Dr Vásárhelyi János
az Orsz. Közeg. Intézet adjunctusa.

Kérdés. 40 éves betegemet, kinek 20—22 éves korában asthma bronchialeja jelentkezett, majd évekig más vidéken lakván tüneteket alig-alig okozott, hónapok óta éjjel kínos rohamok gyötrik. Gyógyszeresen nem vagy alig befolyásolhatók. (Állandó jódkúra, taumagen és taumasthman tabl., ephedrines köptetők, histodil a desensibilisálásra, az összes antiasthmatikus szerek kipróbálása kevés eredménnyel.) Állandó rhinitise, bronchitise van. Tartok a szív állapotának romlásától és az esetleges korai emphysemától, Tisztelettel kérdem, mit tegyek? Van-e valamilyen más út a desensibilisálásra? Milyenek a sympathektomia eredményei és hol csinálják ezt? *H. S. dr.*

Felelet: Az emphysema, a bronchitis, az asthmarohamok tüneti kezelésén kívül a specifikus vagy nemspecifikus desensibilisálásra módszerek jönnek szóba. Először az esetleges kiváltó okokat kell megkeresni, erre szolgál az aprólékos és pontos kórelőzmény megállapítása, az életkörülmények megfigyelése, a kórokok kikutatása túlérzékenységi próbák segítségével.

Ha valami okból nem sikerül specifikus kezelést beállítani, akkor következnek a nemspecifikus desensibilisálási módszerek, mint a röntgenbesugárzás, sajátvér-, sajátsavókezelés vagy különböző fehérjék befecskendezése. Gondos mérlegelés után leghatásosabb a mesterséges lázkeltés.

Az asthma bronchiale műtéti befolyásolására végzett próbálgatások eredménytelenek voltak, tudtommal már mindenütt felhagytak vele.

Dr. Hajós Károly
e. m. tanár, poliklin. főorvos

AZ ORVOSI GYAKORLAT KERDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

Terhesség és epekő

A cholelithiasis igen közelről érdekli a szülészt, mert az epekő sokkal gyakrabban fordul elő nőben mint férfiban s közöttük a már legalább egyszer teherben voltak tizszer nagyobb számmal vannak képviselve. Tudott dolog az is, hogy a betegség tünetei leggyakrabban a terhesség alatt jelentkeznek először. Egy 1937-ben közölt olasz statisztika szerint 1000 epehólyag gyulladás közel 67.4% kőhöz társult. Ebből 95.5% nőben fordult elő s azoknak 85.9%-a olyanban, aki már terhességen átesett. A betegség első tünetei 20%-ban a terhesség alatt vagy a gyermekágyban jelentkeznek.

A szaporodási folyamat alatt a kőképződésre való különös hajlam magyarázatát részben a hypercholesterinaemia adja meg. A közelebbi okot keresve hosszú víta folyt francia és német kutatók között, ami végül az utóbbiak álláspontjának általános elismerésével végződött, bebizonyosodván, hogy azt elsősorban a lipoidok retentiója a csökkent kiválasztás s nem fokozott cholesterin képződés okozza. *Bacmeister* kutya kisérleteiből tudjuk, hogy az epe cholesterin tükre a terhesség hetedik hetéig normalis marad, akkor a cholesterin az epében fokozatosan csökkenni kezd és semmiféle cholesterindús táplálékkal sem befolyásolható. Igy marad egészen a szülésig, aztán rohamosan emelkedik s eredeti értékét körülbelül egy hét alatt éri el. *Pribram* a terhesség és a gyermekágy alatt vizsgálta a májepe, az epehólyagepe és a vér cholesterin tartalmát és azt találta, hogy a májepe cholesterin tartalma a terhesség alatti 0.03%-ról a gyermekágyban 0.04—0.05%-ra, az epehólyagé 0.04—0.05-ről 0.08%-ra emelkedik, míg viszont a vér cholesterin tartalma 0.15—0.30-ról éppen felére 0.08—0.15%-ra csökkent. A terhesség alatt tehát a májszűrő a cholesterin számára sűrűbbé válik, ennek következménye a vér-cholesterin megszaporodása, ami a szülés alatt éri el legmagasabb fokát. Viszont a gyermekágy első három napjában a legerősebb a cholesterin kiválasztás a vér felől az epe felé.

Amig az itt vázolt folyamat a gyermekágyat teszi a kőképződésre hajlamossá, egy másik körülmény az epe elfolyásának megnehezítésével, a terhesség alatt idézi elő a kőképződésre kedvező viszonyokat. Ez pedig az Odd-féle sphincternek az epeutak emelkedett vagotoniája által kiváltott fokozott záródási hajlamossága mig a fokozott sympathicus izgalom az epeutak elernyedése által vezet epepangáshoz. Ismeretes, hogy a terhesség a vegetativ idegrendszer nagyfokú labilitásával jár, ami abban mutatkozik, hogy egy szervrendszerben, sőt ugyanazon szervben is, hol a vagus, hol a sympathicus tulsúlya állhat előtérben. Az említett területen a terhesség alatt az előbbi túlsúlya fordul elő gyakrabban. *Gerdes* és *Boyden* contrast anyaggal feltöltött epehólyagokon állapitották meg, hogy a terhesség második kétharmadában a kiürülés lassú, elhuzódó. *Potter* egy sorozat császármetszés alatt letapintott epehólyagok 75%-án pangást talált. Mindezen körülmények ismerete nemcsak az epeképződés lehetőségeinek szempontjából fontos, hanem azért is, mert az említett tényezők kő nélkül is oly nagy spasmust tudnak előidézni, hogy az a kőkolika képét tökéletesen utánozhatja.

A szaporodási folyamattal járó neuro-hormonalis és biochemiai átalakulások olyanok tehát, amelyek az epekőképződésre különösen alkalmas milieut teremtenek.

Annak a kérdésnek az elbirálásában, hogy miként befolyásolja a terhesség a már meglevő epekőbetegséget és viszont a cholelithiasis a terhességet, külön kell választani a szövődménymentes eseteket a szövődményesektől.

A fent elmondottakból nyilván következik, hogy a szövődménymentes cholelithiasisra is a terhesség éppúgy mint a gyermekágy, kőképződésre hajlamosító voltánál fogva csak kedvezőtlenül hathat, a szülés pedig mint erőművi behatás a rohamok kiváltására felettébb alkalmas. A terhességet azonban a complicatiómentes epekő csak akkor befolyásolja, ha a rohamok tul gyakran ismétlődnek. Ilyen esetekben a vetélés vagy a koraszülés veszélye tényleg fennforog. A gestatio három szakasza közül azonban, az epehólyagepe cholesterintartalmának fokozásával, a hasüri nyomásviszonyok megváltozásával a gyermekágy a legkárosabb. *Mayer Rueg* összeállítása szerint is a rohamok a gyermekágyban háromszor oly gyakran lépnek fel mint a terhesség alatt. Szülés alatt a fájdalmas epehólyag olyan izomvédekezést válthat ki, ami a hasprés működését korlátozhatja.

Egészen másként áll a helyzet, ha az epekőhöz gyulladásos szövődmények társulnak. Már a terhesség is nagyobb mértékben veszélyeztetett. A láz, különösen azonban a gyulladásnak a méhre átterjedése abortust, koraszülést indíthat meg. Könnyen érthető, hogy a terhesség utolsó hónapjaiban a növekvő méh nyomása a gyulladásos epehólyagra nem lehet közömbös. Veszélyt jelent a szülés is, amely alatt a chronicus cholangitis könnyen fellobbanhat, főleg azonban akkor, ha a körülírt, eltokolt peritonitis, a védőösszenövések elszakítása által általánossá válik, az empyema megreped. A gyulladásos epehólyag körüli összenövéseket a szétszakítás veszélye a gyermekágyban még tovább fenyegeti, s a megkisebbedő méh vongálása az általános hashártyagyulladásnak kiszámíthatatlan lehetőségeit rejti magában. *Christiani* tapasztalata szerint gyermekágyban a cholecystitisek különös hajlamot mutatnak elgennyedésre, s hogy az empyema, mint hatalmas genygóc mit jelent a gyermekágyban, annak hangsúlyozása felesleges is.

A terhességgel társult epekő gyógyitásában a középutas nézet az, hogy a kezelés belgyógyászati úton induljon meg, de ha a rohamok gyakran jelentkeznek, vagy gyulladás is társul hozzá, úgy operáljunk lehetőleg még a terhesség első felében. Ma már egyre kevesebben vannak, akik *Kehr* nézetét követik, — aki szerint terhesség alatt csak a cholangitis, empyema vagy perforatio lehet a műtét indicatiója, — annál is inkább, mert *Schmid* már 1927 előtt rámutatott arra, hogy a sebészileg kezelt esetek 0.8%-kal rosszabb mortalitása, a belgyógyászatilag kezelt esetekkel szemben azokból adódik, akiken a műtétet a terhesség, a gyermekágy, de főleg a szülés károsító befolyása után kellett végrehajtani. Ezért ajánlotta azt, hogy a kevésbbé súlyos eseteket is inkább operáljuk meg, ha azokhoz gyulladás társul.

Ma azonban a sebészetben mindinkább az az irányelv nyomul előtérbe, hogy akkor távolítsuk el az epeköveket, amkior még a gyors és sima gyógyulás kilátásai

a legjobbak, vagyis még mielőtt gyulladásos szövődmény társul azokhoz. Ennek az irányelvnek érvényesítésében a terhesség akadályt nem képezhet, sőt, mivel a szaporodási folyamat minden fázisában a szövődményes epekő műtéteit terheli a nagyobb mortalitás, a terhesség egygyel több érvként szerepelhet a korai műtét indokolásának alátámasztásában. Ezt a nézetet vallja *Christiani* is, amikor azt mondja, hogy a terhesség alatt még inkább megokolt a korai műtét, mint terhességen kivül.

A műtét technikai részét illetőleg csak azt említeném még meg, hogy tályogos esetekben szem előtt kell tartani a *Pankow—Krönig* ajánlotta sorrendet, amely szerint előbb nyissuk meg a tályogot, aztán hüvelyi úton űrítsük ki a méhet s csak ezután kerülhet a sor a tályog végleges ellátására, amelynek során ügyelni kell arra, hogy a draincső a méhhel ne érintkezzék, mert annak involutiós megkisebbedése azt helytelen irányban dislocálhatja.

A művi vetélés kérdését illetőleg, — kivéve azon eseteket, amikor az előbb említett *Pankow—Krönig*-féle eljárás indokolt, itt is az a szempont az irányadó, mint a terhességnek minden más betegséggel szövődése esetén, nevezetesen, hogy nem a terhesség szakítandó meg, hanem a hozzá társuló betegség gyógyítandó.

Raisz Dezső dr.
egyetemi magántanár,
közkórházi főorvos.

A májkészítmények extraperniciosás alkalmazása.

A máj nemcsak a perniciosa gyógyszere, mert más betegségek gyógyításában is bevált, mint kiegészítő, támogató kezelés. Néha oki gyógyításnak is tarthatjuk extraperniciosásan is. Ma már több alakját ismerjük a hyperchrom megalocytaer anaemikáknak. A gyomorcsonkítás után, carcinoma, bélszűkület esetében, terhességgel kapcsolatban (20—30 év körül a terhesség második felében fellépő), bélféreg, főleg botriokephalus okozta *súlyos másodlagos vérszegénység képe és a kivérzetteké* emlékeztet a perniciosa vérképére és általános állapotára. *Minot* és *Murphy* classikus kisérleteiket tudvalévőleg kivérzett kutyákon végezték. Mindezen esetekben a máj antianaemiás hatóanyagának hiányáról lehet szó, mert intramuscularis (i. m.) májkivonat a vérképet s az általános állapotot javítja, majd normalisálja, a vaskezelés pedig eredménytelen. Napi 2 ccm i. m. májkivonattal 10—20 esetben ismételve azt, javulást és gyógyulást érünk el. A javulás beköszöntével másodnaponként fecskendezünk. A kivérzés kezelését — ha kell — természetesen vérátömlesztéssel kezdjük.

A hypochrom mikrocytaer anaemia a vasanyag forgalomzavarának tekinthető. A hypochromia, a Hgb. aránylag erősebb megfogyatkozása, mint a vörös vérsejteké (ezért alacsony a festődési index) egyet jelent a vasérzékenységgel. Typikus képviselője a kórképnek az achyliás chloranaemia, de csecsemők, gyermekek, terhesek, bélférgesek vérszegénysége, chlorosis és vérzések utáni állapotok is idetartoznak. Ezeknek gyógyszere a kétvegyértékű ferro-vas, melynek legegyszerűbb adagolási formája napi 3x0.10—0.30 g ferr. reduct. A vas mellett a réz is szerepet játszhat a csontvelő serkentésében s a Hgb synthesisében, mint katalysator, anélkül, hogy a vérkép valamely alkatrészére különleges hatással lenne.

Ahol oki kezelés lehetséges, pl. vérzések, avitaminosisok, bélférgek, achylia eseteiben, ott a vas csupán kisegít, de szintén nélkülözhetetlen. Achyliás chloranaemiában vasszedésre az achylia is javul vagy gyógyul. Ez mutatja az összefüggést a gyomorból felszívódó s a májban raktározódó vérképző hatóanyag s a vérképzéshez szükséges építőanyag, a vas között (a vér normalisálódása az intrinsic factort is javítja.) Bármennyire is a vasanyagforgalom zavaráról van szó és electiv a vashatás, a vérképzés sokszor elégtelen és lassú. Ilyenkor a vasnak vöröscsontvelőingerét fokozni tudjuk májkészítmények egyidejű hatásával. A májkészítményekben lévő B_2-vitamin a vasfelszívódást elősegiti, kevesebb megy veszendőbe, a vastartalékok felfrissülnek és megtelődnek. Ezért szabályként volna felállítandó, hogy az elégtelen vasreactiót májjal fokozzuk. Viszont perniciosában sem mindig elegendő a máj, mert az ennek hatására megindult vérképzés fokozott vasszükségletet igényel s a szervezet vastartalékai nem mindig teltek. Néha májhatást csak vas beiktatásával tudunk megszólaltatni — perniciosában is.

Bizonyos, hogy a vassal combinált májkezelésben ritkán csalódunk, a javulást s a gyógyulást sietteti. Hetenként akár 100—300.000 vvs. és 5—10% Hgb.-emelkedés érhető el naponként 2 ccm i. m. májkivonat hatására és vas adagolására, de néha tisztán májkezelésre is. Lehetséges, amint ezt *Moravitz* hangoztatja, hogy a májra reagáló másodlagos vérszegénység a perniciosával kórokilag összefügg. Néha csk a vvs.-szám emelkedik, a Hgb-érték csak máj és vas együttes hatására. Bizonyos, hogy a vérzéses eredetű sec. anaemiák javulnak legszebben májra. A véralvadás fokozásával is javít ilyenkor a májkészítmény. A reticulocytaszám emelkedése jelzi itt is a vérképzés megindulását. Bélféreganaemiák a féreg eltávozása előtt is javulnak, achyliák a vérképpel együtt.

A gyermekgyógyászatban is hasonló alkalmazási lehetőségek vannak. Sápkór, helytelen táplálkozás, táplálkozási zavarok, fertőző betegségek és bélférgek okozta másodlagos vérszegénységek gyermekeken gyakoriak s ezek májra jól reagálnak. (Sachs—Hayem-betegséggel járó anaemia és az anaem. pseudoleuk. infant. kórképében is bevált kezelés.)

Fertőző betegségek és mérgezések okozta vérszegénységben is regenerativ hatása van az i. m. májnak. Magyarázatul szolgáljon az is, hogy a szénhydrat, fehérje, lipoid és bilirubin anyagcseréjét a máj befolyásolni képes. A máj azon képessége, hogy laevulosét dextrosévá alakít, májkivonattal fokozható. Phosphormérgezésben védi a májat zsíros elfajulás ellen. Aminosavak kóros kiválasztása súlyos májbántalmak esetében májkivonattal csökkenthető. A máj glutathion-tartalma májkivonatra emelkedik. — A homogentisinsavürítést 4 ccm i. m. májkivonat 14—18 órára megszünteti s ez amellett tanuskodik *(O. Klein* és *K. Bloch)*, hogy a máj az elégtelenül lebontott fehérje normalis és lassú lebontását és felhasználódását elősegíti. A vér cholesterintartalmát perniciosában és sec. anaemiában (amerikai szerzők, *Gebhardt, O. Klein)* növeli. A hatás hormonalisnak látszik. Mindezek alapján indokolt az elzáródásos betegségek kivételével a máj- és epeút betegségekben alkalmazása is.

Fertőzésekben toxicosisban, hepato- és cholepathiákban, illetőleg ezek következményes vérszegénységében nemcsak a vérképet javítja fel, de a közérzetet és az általános állapotot is rendezi. Nemcsak a vérképzés normalissá tételéről, hanem a máj említett méregtelenítő hatásának alátámasztásáról is van szó. Az antitoxikus anyag valószínűleg nem azonos az antianaemiással, talán a ballastanyagokhoz kötött *(Bauer)*. Bi-

zonyos, hogy nem a vérkép az adagolás mérve, hanem a közérzet s az általános állapot javulása. Májsérülésen vagy elégtelenségen alapuló gyógyszeres kiütések, dermatitis exfoliativa, arsen-, bismuth, higanyártalom, általában nehézfémmérgezések, altatószer okozta májsérülés, amidazophen és aranyoligogranulocytosis, arsenobenzolos herpes, polyneuritis, radiculitis, myelitis, enkephalitis korai i. m. májkezeléssel javulnak és gyógyulnak.

Neuda közlése óta (1937) eredménnyel alkalmazzák *spontan thrombosisokban.* — *Neuda* szerint egyéni adottsággal, főleg lueses és carcinomás leszármazottság eseteiben thrombosis-túlérzékenység áll fenn, mely serologiailag különleges structurájú ártalmas anyagok jelenlétén alapul. Ezek az anyagok a fajrokon lipoidokkal szemben antitestként viselkednek, agglutináló és lytikus hatással bírnak. Ilyen reactio a szövetekben a legkisebb erek görcsös állapotához, anginához vezet. Ugyanez a reactio a véráramban thromboembolikus állapotot jelent. Az agglut. phasis tehát thrombosist, a lytikus embolíát okoz. Ezt a reactiót szerinte physiolog. védelem szabályozza, mely a májhoz kötött. Ebben leli magyarázatát a májkivonat gyógyhatása, melyben antithrombotikus factort tételez fel. Szív- és agythrombosisban is eredménnyel adták, mert a májkészitmények támogatják a thrombus organisálódását. Aortabetegek, coronar. sklerosis, angina pectoris és szívinfarctus eseteiben van tehát tág tere a májtherapiának.

Más területeken is kisérleteztek több-kevesebb eredménnyel i. m. májkivonattal. A véralvadást fokozó hatása miatt haemophilia, haemorrh. diathesis, thrombocytopeniás purpurák és juvenilis menorrhagiák eseteiben érdemes therapiának ismerték meg. Haemolytikus ikterus, Basedow, bronzdiabetes, terhességi panaszok, hepatogen azotaemia, röntgencsömör, fénydermatitisek, allergiás betegségek, szénanátha, asthma, migrain (allergiában lassan, tapogatódzva adjuk, hetenként egyszer, 0.50 ccm-től 5 ccm-ig fokozatosan), bőrbajok, így sklerodermia, pemphigus vulg., psoriasis, epidermolysis bullosa súlyos eseteiben, a szemészetben a retinabibor felépítésére, farkassötétség esetében, továbbá reconvalescentiában, testi kimerültség és öregkori gyengeségben próbálkoztak vele eredményesen.

Az *i. m. májkezelés methodikája* túlnyomórészben sematizáló, bár a betegség súlyossága, egyéni adottságok s az elég ritka májallergia (kiütések, hőemelkedés, láz, hányás) egyéni adagolást is szükségessé tesznek. Naponta, könnyű esetekben másodnaponként vagy hetenként két-háromszor 2 ccm a szokásos adag, melyet 10—20 esetben megismétlünk. A javulás beálltával a naponkénti befecskendezésről heti 2—3-szori befecskendezésre térünk át. Gyorsabb hatás elérésére, főleg súlyos esetekben egyszerre 5—10 ccm is fecskendezhető, de a javulás beálltával kisebb adagok (2 ccm) elégségesek. Depot kezelésre, a perniciosától eltérőleg, nincs szükség. Gyermekeknek ½—1 ccm-t adunk. Az eredmény biztosítására teljesnek látszó gyógyuláskor is, szintúgy a hosszabb időközös fecskendezések közeiben, peroralisan, combinált máj-vaskészítményt szedessünk. A vassal combinálás főleg sec. anaemiában elengedhetetlen. Achyliás chloranaemiában sósav szedése is szükséges.

A javulás mindig a reticulocytaszám emelkedésével esik össze. Ennek szemmel látható jele az arc legkiugróbb részének egészen körülírt halvány rózsás elszineződése, mely a fokozódó javulással intensitásában erősödik. Ez a jelenség a perniciosában a legfeltünőbb, gyakorló orvos számára hasznos, a reticulocyták szaporodásával egyenlő értékű s azzal időben teljesen egybeeső tünet.

Kisérleteinket túlnyomórészben a magyar Exheparral végeztük, melyet a betegek jól tűrtek, helyi beszűrődéseket nem okoz, múló érzékenységet is csak nagy adagjaival (10 ccm.) Ezenkívül campolont, perhepart használtunk eredményesen.

Henszelmann Aladár dr.
egyet. magántanár, kórh. ig.-főorvos.

Injectiós oldatok és műszerek sterilitása.

Hogyan végezzük a sterilezést ma — ezzel szemben mi az igazság sterilitásunk körül? Ez a kérdés.

Ha körülsétálunk a sebészettel foglalkozó osztályokon, körültekintünk a gyakorlóorvosok rendelőjében, a gyógyszertárak laboratóriumában, megvizsgáljuk azokat a munkálatokat, melyek az injectiós oldatok és műszerek sterilezésére irányulnak, nagyjában összefoglalva az alábbi kép alakul ki.

Az injectiós oldatok sterilezése főzéssel történik. 100 C°-on 20—30 percig forralják az oldatot. Hogy alkalmas legyen bőr alá, gyüjtőérbe fecskendezésre kisebb, néhány ccm-es injectiós oldatból — morphin, coffein, camphor — mind az intézetek, mind a gyakorlóorvosok többnyire a használatra kész, „steril" ampullázott oldatokat használják. Elvétve látunk magistrálisan felírt injectiós oldatokat is — morphin, camphor, — amikor a gyógyszertárra bízzuk a sterilezést, avagy megelégszünk a vény alá írt „filtra" jelzéssel —, hogy legalább szemre legyen tiszta az oldat. A műszerek sterilezését egységesen ma is a régi, bevált eljárás szerint végezzük: 3%-os szódaoldatban legalább 20 percig forraljuk.

Ennyit a ma általában használt eljárásokról.

Más kérdés azután, vajjon ezek a széltében hosszában használt, a gyakorlatban bevált eljárások hogyan állják a kemény „tűzpróbát" a sterilitás szempontjából. Mert ebben a kérdésben ma merő ellentét áll fenn a gyakorlat és az elmélet között. A gyakorlatban — immáron félszázad óta — sok milliós operációk (igazi „biológiai controllok") során bebizonyosodott, hogy a régi eljárások kielégítőek. Ezzel szemben az elméleti megfontolás, a „papirforma" mást mond.

A harmincas évek hozták a nagy leleplezést; a németek szigorú ellenőrző vizsgálatai megmutatták, hogy általában használt eljárásainkkal még messze állunk attól a *sterilitás*-tól, melyet a szó fogalma fed. Sterilitás teljes csirátlanságot jelent. Az igazi sterilezés nemcsak a bakteriumokat, hanem még azok irmagját, a sokkal ellentállóbb, nehezen megölhető spórákat is elpusztítja. A jól sterilezett anyag holt, abból szerves élet többé nem sarjadhat. Az ellenőrző vizsgálatok során derült ki, hogy a legtöbb bajt okozó, mindennapos genykeltő staphylo-, strepto-coccus törzsek, valamint coli csoportok 100 C°-ú vízben percek alatt elpusztulnak. Hasonlóképen gyenge ellentállású a régi „próbabakterium", a spóraképző lépfene bacillusa. Vannak azonban sokkal veszedelmesebb spóraképzők, melyek órákon át állják akár a forrásban lévő lúgoldatot, akár a 100°-os telített vízgőzt. Ezek között vezetnek a kertiföld-spórák, úgy ahogyan természetes állapotban trágyázott földben tenyésznek.

Ezeknek a valóban hyperresistens, nehezen elpusztítható sporáknak megölésére irányuló resistentia-vizsgálatok során jegecesedett ki a „sterilezési norma": az

az eljárás, idő és hőmérsék, mely ezeket is biztosan elpusztítja. Az 1 légkör túlnyomással, 120°-ra hevített vízgőz a legellentállóbb spórákat is 6 perc alatt teljes biztonsággal eléri. Az idővel természetesen nem takarékoskodunk; megadjuk jó háromszorosát a biztosan ható 6 percnek. Így alakult ki a törvényes idő, a sterilezési norma: *120 C° (1 légkör túlnyomás) — 20 perc.*

Ennek a követelménynek ezideig csak fehérnemű és kötőszer sterilező üstjeink, az u. n. autoclavok tettek eleget. Már műszereink, melyeket 100°-on forraltunk s forralunk ma is, sohasem absolut sterilisek.

Sokkal meglepőbb, sőt megdöbbentőbb adatok tárulnak elénk, ha injectiós oldatainkat, régi, meghitt antisepticumainkat vizsgáljuk az igazi sterilítás szemszögéből. Hogy a magistralisan, legfeljebb „filtra" jelzéssel rendelt injectiós oldataink csak úgy hemzsegnek a bakteriumoktól — mindenki tudja. Hogy a „steril-ampullák" tartalma sem állja a németek superlativusban is alig kifejezhető sterilitási próbáit — azt is tudjuk. (100 „steril" ampulla közül 96-ban élő csir találtatott.) Ám ma sem tudja mindenki, hogy a jeles bakteriumölő hírében álló 70%-os alcohol még önmagát sem képes csirátlanítani. Különféle földbacillusokat (b. subtilist, mesentericust) tartalmaz, minden köbcentimétere a legveszedelmesebb sporaképzőket, Fränkel-, Novy-, gázoedema-bacillusokat, pararauschbacillust, b. histolyticust, valamint méregtermő tetanust és botulinus bacillusokat rejtegethet. Ha sterilezni akarjuk az alcoholt, magasnyomású vízgőzsterilezőben csirátlanított bakteriumszűrőn kell áthajtanunk.Az izületek üregébe, kényes hidegtályogokba oly előszeretettel fecskendezgetett 20%-os jodoformglycerinünk, az izomszövetbe oly gondtalanul injiciált camphorolajunk sterilitása nagyon messze áll az igazi sterilitástól — holott a közhit azt tartja, hogy ezek állásukban önmagukat csirátlanítják.

Különösen nehéz feladat elé állít az olajos oldatok és elegyek sterilezése. Mert míg a staphylococcus vízben 60°-on 40 perc alatt, a coli bakterium 5—6 perc alatt elpusztul, addig olajban ugyanezen a hőfokon 10 órán át sem éri ártalom. 100°-on már másfél perc alatt mindkét bakterium elpusztul a vízben. Ezzel szemben olajban egy órát is kibirnak, megölésükhöz legalább másfél óra kell. Ennek magyarázata pedig, hogy az olajos oldatokból hiányzik a bakterium testének egyedüli halála: a vízgőz. Víztelen folyadékban csak már a szenesítő hőfokon (180—200 C°) lehet sterilitást elérni, úgy, mintha hőlégben akarnánk sterilezni.

Mindezeket összevetve, könnyen megalkothatjuk véleményünket műszereink és injectiós oldataink „sterilitásáról". Rendesen csak a desinfectióig jutunk el a sterilezés nehezen járható, hosszú útszakaszán. A desinfectio csak fertőtlenítés: az emberre veszedelmes kórokozókat pusztítja el, vagy legalábbis annyira legyöngíti, hogy játszva elbánik velük az élő szervezet. A desinficiált anyag korántsem sterilis. Mi, ma napi munkánkban csak amolyan „pasztőrözött" műszerekkel és injectiós oldatokkal dolgozunk .

A pathogen sporaképzők egész serege, tetanus, sercegő üszök, malignus oedema és a többi, sok és igen nagy veszedelmet rejtenek magukban. Igazolják ama csekélyszámú híradások, melyek időnként napvilágot látnak. Így leírtak Welch-Fränkel féle fertőzést coffeininjectio után, ugyancsak gázfertőzést camphor, strychnin, coffein injectiókra. Ismételten találtak tetanuscsirákat injectiós oldatokban. Az ugynevezett „apathogen" spóraképzők jelenléte a „sterilis"-nek jelzett injectiós oldatokban pedig egyáltalában nem tartozik a ritkaságok közé — pedig ha figyelemmel kísérjük az irodalmat, kitűnik, hogy ezek alkalmas körülmények között épp olyan életveszélybe dönthetik a szervezetet, mint maguk az elismerten legveszedelmesebb sporaképzők.

Hogy mégis oly ritka a komoly fertőzés régi eljárásainkkal sterilezett, illetve csak desinficiált műszereink, injectiós oldataink alkalmazása után, arra csak azt felelhetjük: erős várunk és támaszunk az élő szervezet! A vér és szöveti ellenállás, bakteriumölő készség, immunítás (mindegy hogyan nevezzük) támogatta a sokezer éves orvost is, aki még mit sem tudott a bakteriumok létezéséről, nem figyelhette meg a halált hozó coccusok és bacillusok milliárdjait górcsöve tárgyasztalán.

Bugyi István dr.
kórházi igazg. főorvos Szentes.

Intratrachealis strumák.

A légcsőnek leggyakrabban előforduló jóindulatú daganata a papilloma, amely elsősorban a gyermekkor betegsége. — Kevésbbé gyakoriak az osteochrondromák, melyek tetemesebb nagyságot nem érnek el, légzészavart sokszor nem is okoznak és esetleg csak a boncoláskor kerülnek megfigyelésre. Még ritkábbak a fibromák a légcsőben, amelyek csak felnőttekben találhatók. Egy részük széles alapon ülő, sima felszinű, lapos daganat, másrészük kocsányos és tetemes nagyságot (cseresznye, mogyorónyi) érhet el.

A legritkább intratrachealis jóindulatú daganat a struma. *Bruns*, aki sokat foglalkozott velük, 1922-ig 21 esetet gyüjtött össze az irodalomból, azóta is csak szórványosan közöltek eseteket. Főleg a fiatalabb korban képződnek a légcső hátsó- vagy oldalsó falán, annak felső harmadában, széles alapon ülnek, sima, ép nyálkahártyával borítottak. Lassan nőnek, ezért tünetet csak későn okoznak, élénk vörös szinüek. Az intratrachealis struma keletkezését *Bruns* eltévedt ébrényi csirokkal magyarázza, hasonlóan a nyelvgyökön és a garat hátsó falán észleltekkel. Ezzel szemben *Paltauf* az u. n. „Durchwucherungstheorie" hive. Szerinte a légcső hátsó falán keresztül a pajzsmirigy hátsó lebenyéből nő be a légcső űrébe a golyvagöb.

Mindezen daganatok csupán szövettani szerkezetüket tekintve jóindulatuak, különben helyzetüknél fogva a légzést gátolják és így csakhamar életveszélyt jelentenek a beteg számára. Azokban az esetekben, ahol a gyakorlóorvos betegének nehéz légzése okát a garatban, a tüdben és a keringési szervekben nem találja meg, feltétlenül végezzen, vagy végeztessen gégetükrözést, vagy tracheoskopiát, amikor is a szakorvos megtalálhatja a nehezített légzés okát a fenti daganatokban.

A kezelés csakis sebészi lehet. Kisebb, kocsányon ülő daganatot endolaryngealisan megfelelő műszer segélyével el tudunk távolítani. Ellenben nagyobb daganattól, amelyek legtöbbször már súlyos légzési nehézséget is okoznak, csakis a légcső felmetszése után lehet a beteget megszabadítani. Az eltávolított golyvagöb helye rendszerint erősen vérzik, az eltávolítás után és napokig tamponálni kell a légcső ürét. A magyar szerzők közül intratrachealis golyva esetét *Lénárt* professor ismertette évekkel ezelőtt és jómagam számoltam be egy a klinikánkon általam észlelt és operált golyvagöbről a légcsőben. Esetünkben rosszindulatú daganat miatt végzett strumektomia után valószínűleg az eltávolított pajzsmirigy működését compensálólag indult fejlődésnek eltévedt ébrényi csirokból a légcsőben észlelt golyvagöb.

Szende Béla dr.
klinikai tanársegéd.