83. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1939. Február 4.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Johan Béla: A tuberculosis-kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban. (101—107. oldal.)
Kulcsár István és **Lajtavári László:** Szorongásos állapotok kezelése acetylcholinnal. (107—109. oldal.).
Hollósi Károly: Az ébrényi hashártyadaganat. (109—111. o.)
Hargita Géza: Hólyag-prostatakő érdekes esete. (111—112. oldal.)
Szende Béla: Az orrbemenet tömlői. (112. oldal.)
Benderek István és **Külley László:** Gyógymasszázs és mechanotherapia. (113—114. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)
Irodalmi szemle: Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Fülészet. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (115—118. oldal.)
Könyvismertetés: (118. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (119—121. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (121—122. oldal.)
Lapszemle: (122—123. oldal.)
Vegyes hírek és **Hetirend:** (123—124. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

A tuberculosis-kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban.*

Írta: *Johan Béla dr.*, államtitkár.

(báró Korányi Frigyes emlékelőadás.)

Kevés betegség van, amelynek megelőzése és gyógyítása kérdésével az orvostudomány az utolsó ötven évben oly sokat foglalkozott, mint a tuberculosissal. Mint súlyos közegészségügyi és nemzeti problema a tuberculosis évtizedek óta nálunk is, külföldön is a kormányok egészségügyi programmjának homlokterében állott. S ha ezek után feleletet keresek arra a kérdésre, hogy ez a nagy érdeklődés és a sok munka a tuberculosis néppusztításában milyen változást tudott elérni, úgy — ha objectiv akarok lenni — három tényt kell mindenekelőtt megállapítanom:

Az egyik: a legtöbb ország tuberculosis halálozási aránya az elmult negyven-ötven év alatt kb. a felére vagy az alá csökkent. Igy hazánkban 1901—10 közt a tuberculosis halandóságának aránya — 10.000 lélekre — 38 volt, 1936-ban pedig 16, 1937-ben 14.9

A másik megállapítás — s ez különösen egészségpolitikai szempontból fontos —: tuberculosisban hazánkban — a halálozási arány ily nagyfokú csökkenése mellett is — még mindig 12—13.000 ember hal meg évente, ami az összhalálozásnak körülbelül 10.5—11.0%-a. Talán nem érdektelen e probléma nagysága szempontjából az az adat sem, hogy Európa 24 országában — amelyek összlakossága 337.5 millió volt, — az 1935. illetve 1936. év adatai alapján — 1 év alatt — 336.818 ember halt meg tuberculosisban.

A harmadik jelentős körülmény: míg a rendelkezésünkre álló statisztikai adatok szerint a legtöbb országban és hazánkban is (1. ábra) a tuberculosis halálozás csökkenése kb. ötven év óta észlelhető és azt feltüntető görbe iránya — bizonyos kiugrások mellett — egyenletesen lefelé haladó, addig a szervezett tuberculosis elleni küzdelem kezdete az említett ötven év második felére tehető. A tuberculosis-halálozás csökkenése — legalább is ennek a csökkenésnek első fele, — nem hozható tehát összefüggésbe a tuberculosis ellen irányuló — ma szokásos — küzdelemmel. A csökkenés oka tehát másban keresendő.

Ez a kérdés a tuberculosis elleni küzdelem szervezése szempontjából nagy fontosságú s ezért közelebbről vizsgálandó.

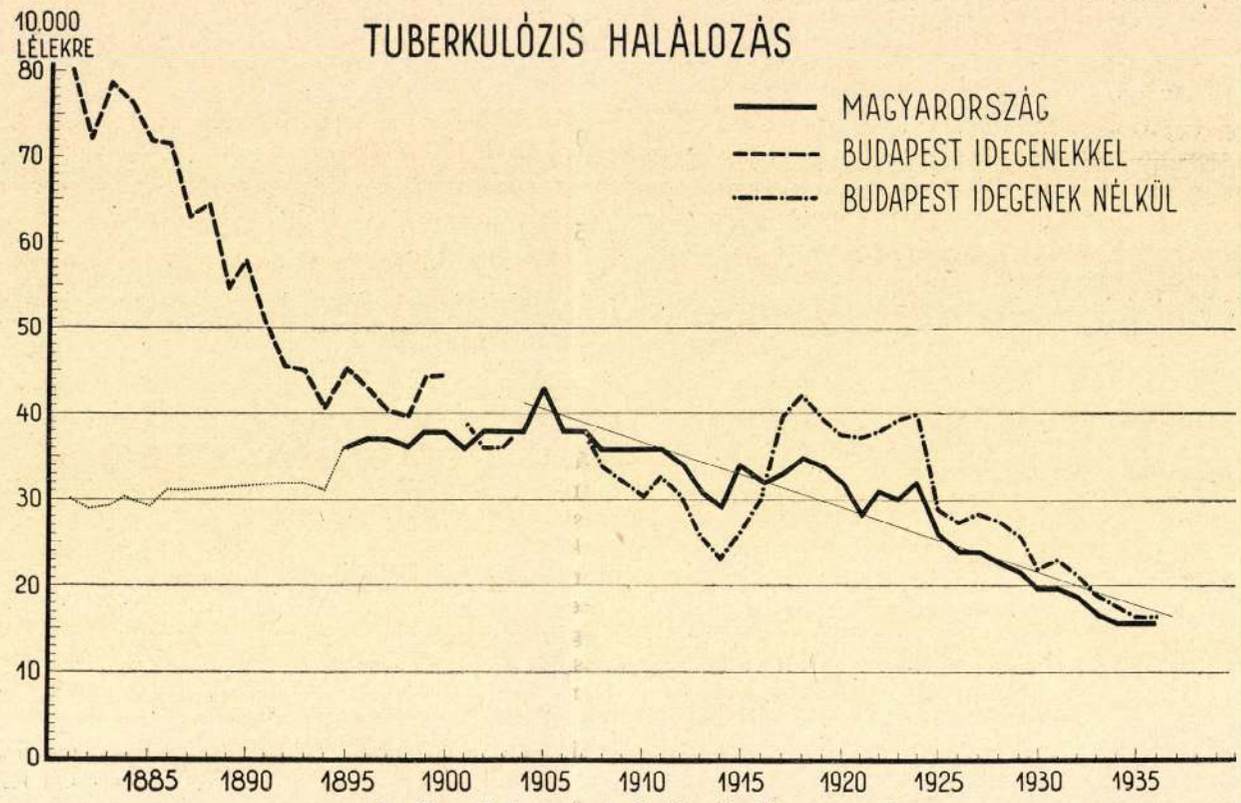
Számos ország tuberculosis halálozási görbéje a magyarországihoz nagyjában hasonló lefutást mutat. A tuberculosis halálozási görbének a legtöbb országban kb. 50 évre vonatkozó darabja ismeretes. Ha ezt a görbét lefutási irányában a jobboldal — a jövő — felé képletesen meghosszabbítjuk, úgy ennek a görbének — ha a tuberculosis-halálozás eddigi csökkenésében szerepet játszó factoroknak további ugyanilyen hatását feltételezzük, — elméletileg valamikor a nulla vonalat kellene elérnie. Az 1936. évi magyarországi (10.000-re számított) 16-os tuberculosis halálozási arányszám mellett az Északamerikai Egyesült Államok 5.5-es, Hollandia 5.0-s, Dánia 4.6-s tuberculosis halálozási arányszámot mutat. Ez utóbbiak az 1936-ig ismert legalacsonyabb, megbízhatóknak tekinthető tuberculosis halálozási arányszámok. Az 5.0-os hollandiai arányszám mellett hazánkban a jelenlegi kb. 12.000 ember helyett csak kb. 4.000 ember halna meg tuberculosisban: ami évenként kb. 8.000 megmentett életet jelentene. Ha a tuberculosis halálozás csökkenése eddigi arányban és mértékben folytatódnék, úgy kb. 40 évre lenne szükség, hogy a jelenlegi 16-os arányszámról az 5.0-ösre szálljon alá.

Meg kell azonban említenem, hogy a tapasztalat azt mutatja, hogy egy halálozási (vagy akár megbetegedési) görbe csökkenése egy bizonyos ponttól kezdve annál lassúbb, minél közelebb van az illető pont a zérus vonalhoz. Példaképen megemlítem, hogy a csecsemőhalálozás megfelelő egészségvédelmi szolgálat mellett 30%-ról 15%-ra aránylag könnyen csökkenthető, ettől lefelé csökkenteni 10%-ig sokfelé, 5%-ig csak kevés államban tudták, míg 5%-on aluli arányszámokat elérni ma még alig lehetett.

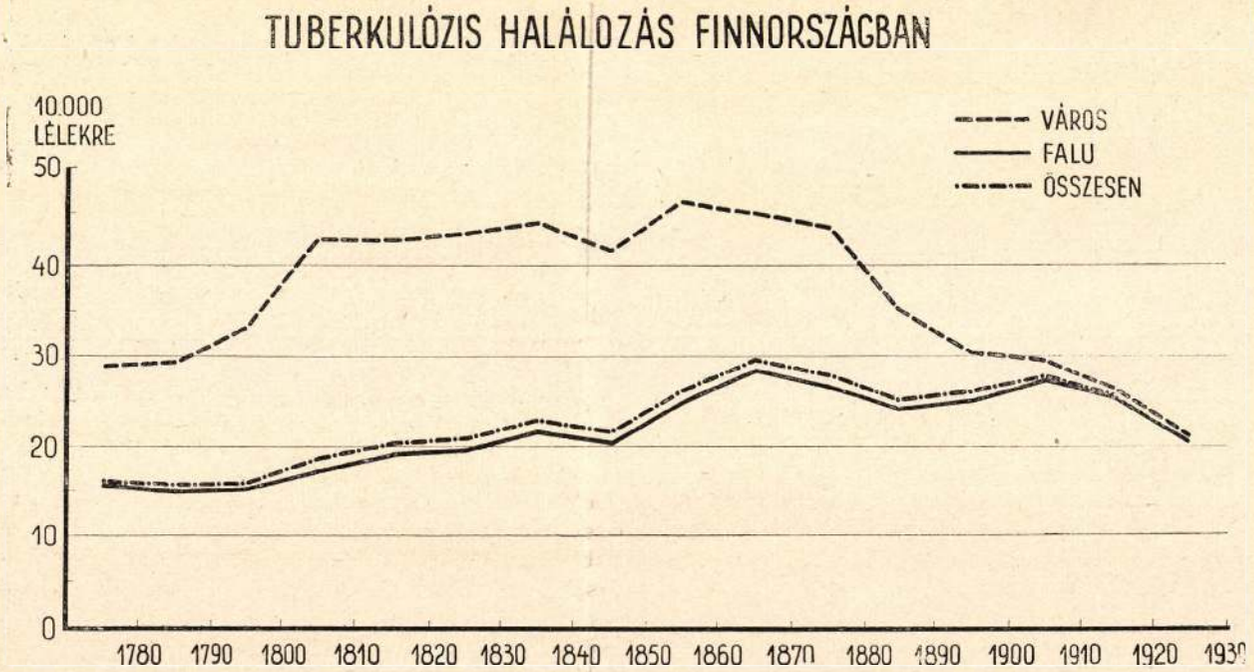
*) Előadatott a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1939. január 20-án tartott ülésén.

Ha a tuberculosis elleni küzdelmünktől a tuberculosis halálozást csökkentő eredményt várhatunk, úgy ennek a munkának jövőbeni kiépítésétől, a tuberculosis halálozási görbe eddigi csökkenő irányának további folytatását, esetleg mint legjobbat a csökkenés bizonyos fokú gyorsulását várhatjuk.

a tuberculosis halálozási görbe további emelkedését látjuk. Ha lehetségesnek is tartjuk, hogy a demographiai statisztika előtti időkben még magasabb is volt a tuberculosis halálozási görbe, kétségtelennek kell tartanunk, hogy ennek is volt határa. A legrégibb adatok Finnországból (2. ábra) állanak rendelkezésre, ahol



1. ábra. Tuberculosis halálozás Magyarországon.



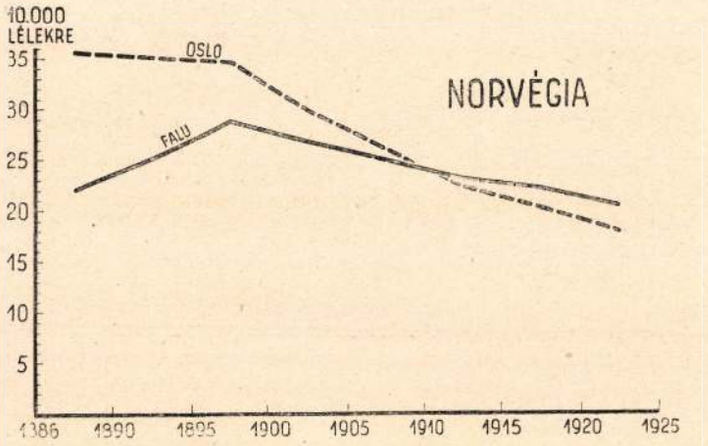
2. ábra. Tuberculosis halálozás Finnországban (*Backman* és *Savonen* után.)

Ha most a hazai tuberculosis halálozási görbe felső, baloldali részének mozgását vizsgáljuk, úgy balfelé haladva az 1900-as évektől kezdve ennek bizonyos ellapulását észlelhetjük. Megemlítem, hogy Budapest tuberculosis halálozási görbéje visszafelé kb. 1876-ig mutat emelkedést. Azokban az országokban, ahol ezekből az évekből a statisztikai adatok rendelkezésre állanak, visszafelé az 1870-es, sőt az 1860-as évek körül is

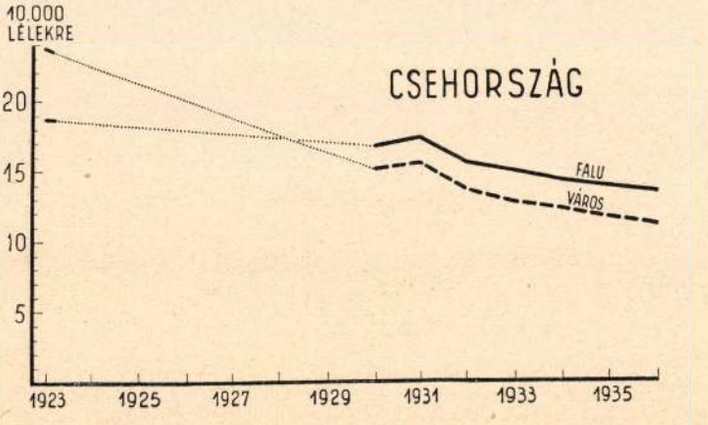
ezeket az anyakönyvekből gyüjtötték össze. Statisztikai szempontból ezek erősen bírálható adatok, azt azonban talán mégis valószínűsítik, hogy a XVIII-ik század 70-es éveiben a tuberculosis halálozási arány Finnországban alacsonyabb volt, mint 70 vagy 100 évvel később. Ha elfogadjuk ezeket az adatokat, úgy a tuberculosis-görbét hasonlónak kell tartanunk pl. egy járványgörbéhez, amelynek emelkedő és csökkenő szára van.

Mindkét szár tuberculosis esetében igen hosszú: a csökkenő szára a demographiai statisztika korszakába esik és elég jól ismert, míg a felszálló szára a görbének a statisztikai adatgyüjtések előtti kor ködébe vész el.

A finnországi adatok amellett szólnak, hogy a *városok lakosságának tuberculosis halálozási aránya a régi időkben magasabb volt, mint a falvak tuberculosis halálozása.* Míg a finn városok lakóinak tuberculosis halálozása a maximumát már az elmúlt század 50-es éveiben elérte, s már a 80-as évektől kezdve rohamos csökkenést mutatott, addig a falvak lakosságának tuberculosis halálozása a városokénál jóval alacsonyabb maximumot kb. 10 évvel később érte el, kb. 40 évig ezen a szinten mozgott, s tartós csökkenő irányzatot csak az 1900-as évektől kezdve mutat. A városok tuberculosis halálozása ebben az időben már alig magasabb a falvak népének tuberculosis halálozásánál. Hazánkban Budapest és az egész ország görbéjét vizsgálva, a viszonyok nagyjából hasonlók.

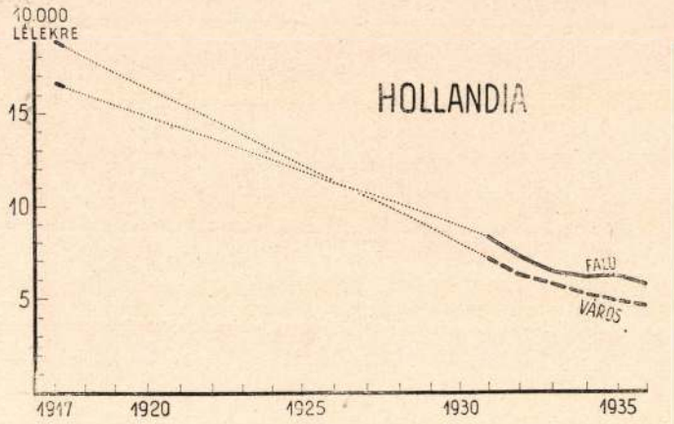


3. ábra. Tuberculosis halálozás falvak és városok szerint.



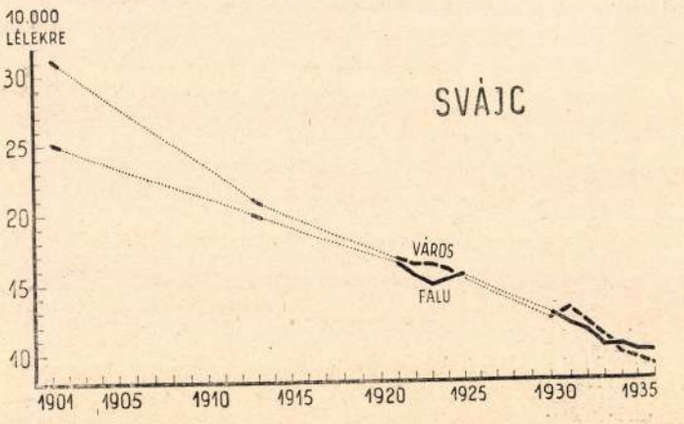
4. ábra. Tuberculosis halálozás falvak és városok szerint.

Igen nehéz tiszta képet kapni arra a kérdésre, hogy miképen viszonylik ma a falusi lakosság tuberculosis-halálozása a városokban lakók tuberculosis-halálozásához. A városban, a városi kórházakban elhaltakból számítják ki a városi lakosság halálozási arányát, tekintet nélkül arra, hogy az elhaltak a városnak voltak-e polgárai, vagy csak betegségük miatt vonultak be a város kórházába, ahol azután meghaltak. Budapestre vonatkozólag kimutatták, hogy 1925—27-ben a székesfővárosban meghaltaknak 20%-a, a háború utáni években tuberculosisban meghaltak 15—21%-a nem volt állandó budapesti lakos. *Melly* helyesen mutat rá, hogy ez a jelenség annál kifejezettebb, minél inkább agrár jellegű egy ország és minél erősebb a falusi lakosságnak a városok felé áramlása.



5. ábra. Tuberculosis halálozás falvak és városok szerint.

Ha azonban eliminálunk ezeket a hibákat, úgy ma már mind gyakrabban azt figyelhetjük meg, hogy a város és falu tuberculosis-görbéje kereszteződik: *a városok tuberculosis-halálozása alacsonyabb, mint a falvaké* (3—6. ábra.) A városi-falusi tuberculosis halálozási görbének ez a viszonylagos változása az utolsó két évtizedben számos államban megfigyelhető. Svájc, Norvégia, Hollandia tuberculosis halálozási görbéin a városi tuberculosis halálozási görbe a falusi görbe alá kerül. Eközben mind a két halálozási görbe csökken, de a városi lakosság tuberculosis halálozásának görbéje erősebben, mint a falusi lakosságé.



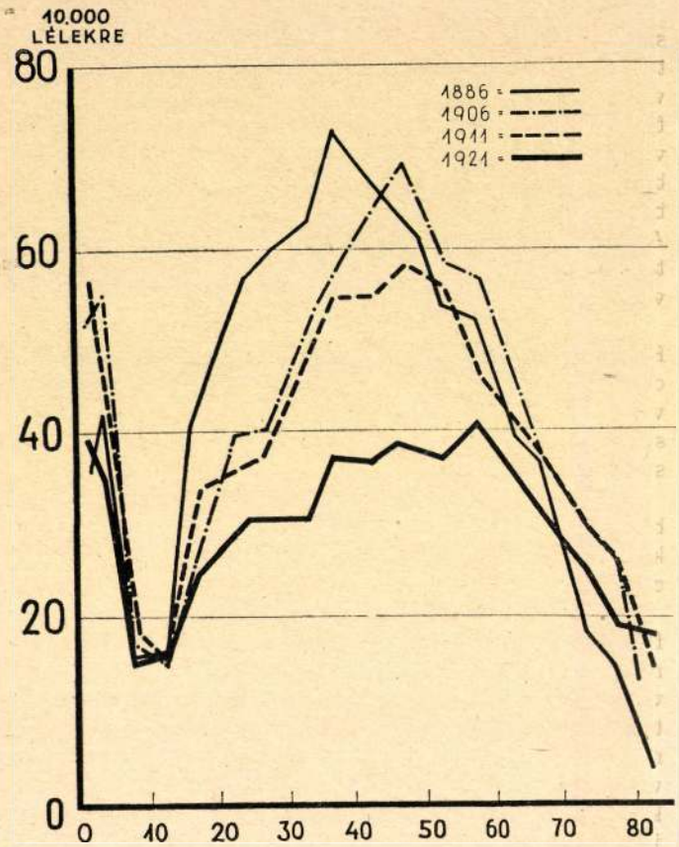
6. ábra. Tuberculosis halálozás falvak és városok szerint.

A tuberculosis halálozási görbe részletesebb tanulmányozása sok jelentős felvilágosítást ad a helyzetről. Ezek közül különösen érdekes évekre visszamenőleg a tuberculosis-halálozás korcsoportok szerinti megoszlása. Páris korcsoportok szerint megrajzolt tuberculosis halálozási görbéje (7. ábra) egyrészt a halálozás csökkenését mutatja, másrészt azt a jelenséget, hogy a tuberculosis-halálozás legnagyobb száma az 1886. évi 35—40 év közti maximumról 1921-ben az 55—60 év közötti maximumra tevődött át.

Város-falusi viszonylatban vizsgálva ezt a kérdést, a tuberculosis halálozási görbe maximumát Franciaországra vonatkozólag a 20—25 éves közötti korcsoportban, Páris lakosságára vonatkozólag a 45—50 éves korcsoportban találjuk (8. ábra).

Különválasztva a férfiakat a nőktől (9. ábra), az inkább agrár jellegű Irországban a tuberculosis-halá-

lozás maximumát férfiaknál és nőknél egyaránt a 25—35 év közötti korcsoportban, kb. egyforma magasságban találjuk, ezzel szemben Anglia egyik legkifejezettebben ipari városában, a kb. 500.000 lakosú Sheffieldben a férfilakosság tuberculosis-halálozása jóval magasabb, mint a nőké, de míg az előbbiek halálozási görbéjének maximuma a 45—55 év közötti korcsoportra esik, addig a nőké a maximumot tíz évvel fiatalabb korosztályban éri el.



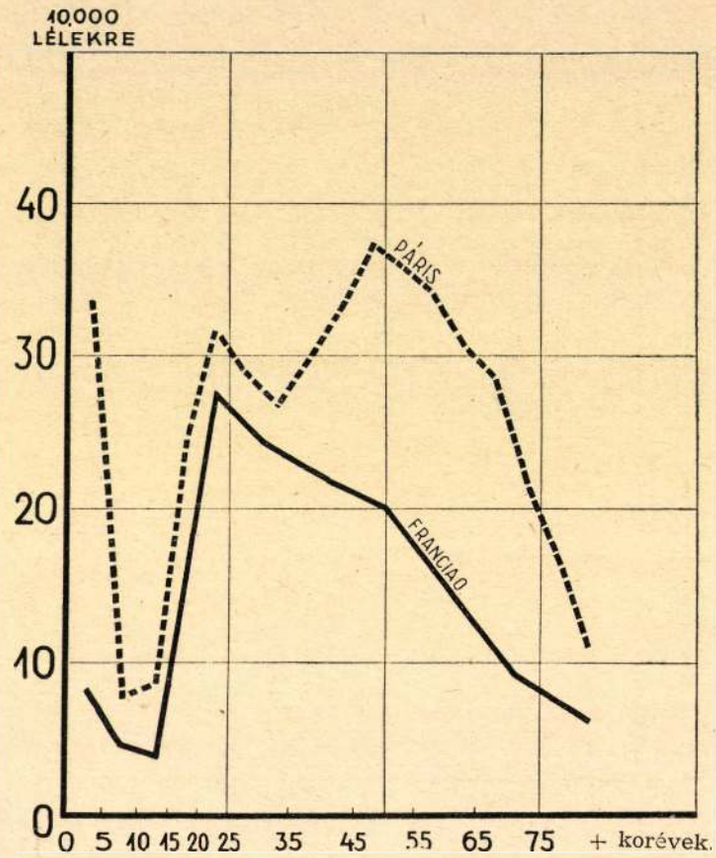
7. ábra. Tuberculosis halálozás Párisban korcsoportok szerint (*Biraud* után).

Nagyjából és vázlatosan ezek azok a fontosabb adatok, amelyeket a tuberculosis halálozási görbék tanulmányozása alapján mint törvényszerűségeket megállapítani lehet. Ha ezeket a jelenségeket a gyakorlati tuberculosis elleni küzdelem programmja szempontjából értékesíteni akarjuk, úgy meg kell kísérelnünk ezeknek a jelenségeknek magyarázatát.

Előre kívánom bocsátani, hogy a tuberculosis-helyzetre vonatkozó megfigyeléseink a *halálozási statisztikán* alapulnak, mert *tuberculosis megbetegedési statisztikánk* — a bejelentések hiányában — nincsen. Kórboncolási adatok és a tuberkulin-reactiók eredményei kontinensünkre vonatkozólag azt mutatják, hogy a tuberculosis-fertőzöttség — az egész életre vonatkoztatva, különösen a városokban — közel 100%-os. Svédországban 1 tuberculosis-halálozásra 15 olyan egyént találtak, akik tuberculosis felismerhető jeleit mutatták. Ugyanott activ tuberculosisban szenvedőt 1 tuberculotikus halottra 5-öt, Franciaországban 7-et, Angliában 9-et számítanak.

Nincsen adatunk arra vonatkozólag, hogy a tuberculosis-halálozási arányszám csökkenésével együtt csökkent-e a megbetegedések száma is. Abból a megfigyelésből, hogy a halálozási arányszám maximuma — legalábbis a városokban — az idősebb korosztályok felé tolódott el, valószínűséggel következik, hogy az egyes tuberculotikus beteg bizonyos esetekben hosszabb ideig él és hosszabb időn át is fertőz, mint azelőtt, s így valószínű, hogy a megbetegedettek aránya nem csökken párhuzamosan az elhaltak számával.

Ha elfogadjuk, hogy a tuberculosis halálozási görbének az előttünk kialakuló lefelé szálló szárán kívül valamikor — valószínűleg az elmult évszázad első felében — egy felfelé ívelő szára is volt, úgy két kérdés magyarázatát kell keresnünk: mi volt az oka a tuber-



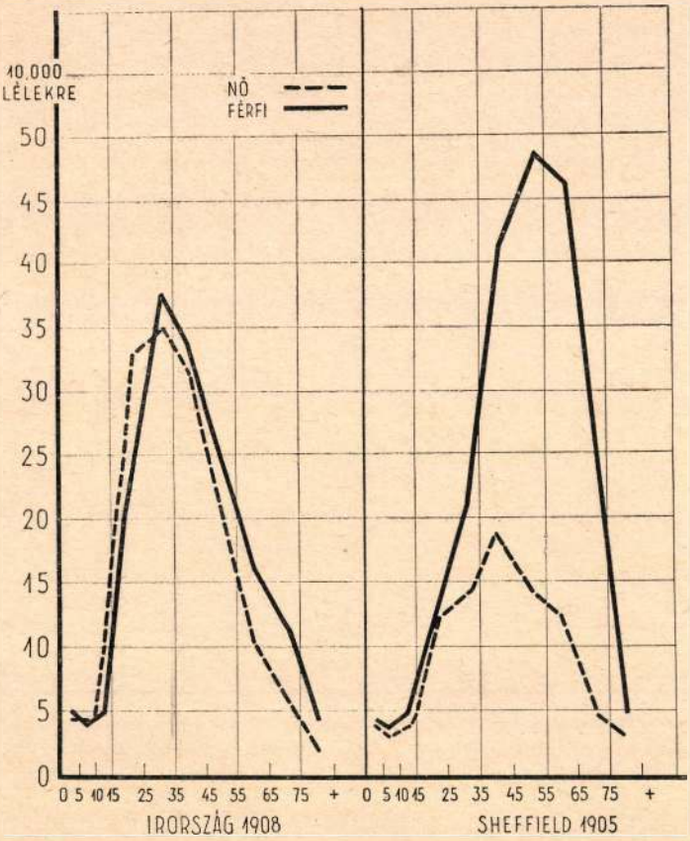
8. ábra. Tuberculosis halálozás kormegoszlása Párisban és Franciaországban (1932). (*Biraud* után.)

culosis-halálozás emelkedésének és ma mi az oka a csökkenésnek?

A *tuberculosis-halálozás emelkedését* általában az iparosodással és ezzel kapcsolatban nagyobb falusi tömegeknek a városokban letelepedésével hozzák kapcsolatba, azt állítván, hogy az industrializálódás abban az időben nehéz, gyakran rossz körülmények között végzett munkát, alacsony életstandardot, a fokozott urbanizálódás nagy tömegek zsúfolt együttlakását, — nem egyszer primitiv tömeglakásokat, a védő élelmiszerek, napsugár, pihenés, szórakozás bizonyos hiányát jelentette. A *halálozás csökkenését* viszont az említett ártalmak fokozatos kiküszöbölésével hozzák kapcsolatba. A magyarázat tehát úgynevezett *socialis factoroknak* tulajdonítja a helyzet romlását és javulását.

Nem vonható kétségbe, hogy ezeknek a socialis tényezőknek rendkívül fontos szerepük volt, de nem szabad elfelejtenünk, hogy mindezeknek a tényezőknek a hátterében mindig előbukkan az a tény, hogy a tuberculosis fertőző betegség és a fertőző betegségekre érvényes megállapítás szerint mindaz, ami kórokozó terjedését, átvitelét elősegíti, másrészt ami a szervezet ellenállóképességét csökkenti, az a tuberculosis terjedését, illetve pusztításait is elősegíti. A latens fertőzésnek és immunizálódásnak („tuberculisation", „Durchseuchung", „átvészelés") a szerepét és jelentőségét a tuberculosis terjedésében mindjobban felismerjük. Jól

ismert, hogy a tuberculin-negativ egyéneknél vagy népeknél a tuberculosis magas halálozási százalékot és ehez viszonyítva aránylag kevés megbetegedést mutat, míg az a lakosság, amely széleskörű tuberculosis fertőzésen ment át (nagyfokú „tuberculisatio"), nagy százalék positiv tuberculin-reactiót, sok tuberculosis megbetegedést, de aránylag kevés halálozást mutat, s ezt is inkább a magasabb korcsoportokban.



9. ábra. Tuberculosis halálozás nemek szerint agrár államban és ipari városban. (*Biraud* után.)

A „tuberculisatio" fokának és a tuberculosis megbetegedések ill. halálozások arányszámának összefüggését különösen a primitiv népek körében gyüjtött számos példa mutatja. Ismeretes, hogy Afrika belsejében még két-három évtizeddel ezelőtt is az ottani lakosság körében tuberculosis alig fordult elő s a tuberculosis ott a fehér népek invasiójával kezdett elterjedni. *Ziemann* kb. 25 évvel ezelőtt leírta, hogy német Délafrikában, Bantuban, a bennszülötteknek csak 4.4%-a volt tuberkulin-positiv. Valahányszor egy tuberkulin-positiv gyermeket talált, meg tudta állapítani azt is, hogy a gyermek szülőinek legalább egyike egy európai házában szolgált. Bantutól befelé fekvő területen vizsgált egyik törzsnél csak egy tuberkulin-positiv embert talált s az előzőleg katona volt a fehérektől lakott partvidéken. *Sorel* leírja, hogy 1912-ben Afrikában az Elefántcsont-parton a lakosság 20.9%-a volt tuberkulin-positiv, míg ettől 350 km-re befelé, Bornake-ban csak 2%.

A háború alatt Szenegálból kb. 50.000 főnyi színes csapatot szállítottak Franciaországba és helyeztek el a Frejus-i táborban. Érkezésükkor a katonáknak csak 4—5%-a volt tuberkulin-positiv. Nemsokára megérkezésük után jelentkeztek az első tuberculosis megbetegedések és halálesetek. 1917-ben e csapatok tuberculosis halálozási aránya 10.000-re számítva 62.4, 1918-ban 111.4. *Borrel* a boncolási leletről igen kifejezően ezt mondja: „Il neige du tubercle". „On ne retrouve pour ainsi dire jamais de réaction fibreuse, d'enkystement des lésions, de réaction de guérison". Ehez hozzáfűzi, hogy a boncolási kép megfelel a csecsemő, a tengerimalac, a majom tuberculosisa képének.

Ez a tuberculosisnak az a képe, amelyet *Lyle Cummins* „natural tuberculosis"-nak nevez s amellyel szembeállítja a civilizált népeknél a felnőtt korban látható, szövetreactióban, fibrosisban oly gazdag képét a „modified tuberculosis"-nak.

Klotz figyelmeztet arra, hogy a tuberculosisnak a színes népfajoknál észlelt megjelenési alakja nem faji tulajdonsága ezeknek a népeknek, hanem annak következménye, hogy ezek távol voltak a tuberculosis-fertőzés forrásaitól. Ennek bizonyítására közli, hogy a világháború alatt az Európába átjött amerikai hadseregben a fehér és színes csoportokban a tuberculosis megbetegedés és halálozás teljesen egyformán mutatkozott. A feketék már gyermekkorukban ki voltak téve a fertőzésnek, ezek — mint mondja — „civilizált feketék" voltak.

Biraud cikkéből idézzük a következő megfigyelést: Háború előtt a bécsi helyőrség katonái közül a Horvátországból származó katonák közt a tuberculosis súlyos veszteségeket okozott, míg a bécsi származású legénység alig szenvedett ettől. Ebben az időben Horvátországban a tuberculosis kevéssé terjedt el.

Megemlítem, hogy a háború alatt bosnyák katonákban, de még inkább az orosz hadifogságból visszatért katonákban boncoláskor nem egyszer láttam a tuberculosisnak ezt a csecsemő- és gyermekkori typusát.

A tuberculosis járványtanára vonatkozó ezen megfigyelések ismeretében a tuberculosis halálozási görbének — valószínűleg a mult század első felében bekövetkezett — emelkedését a socialis factorok mellett a tuberculosissal kevéssé fertőzött falusi lakosságnak városba vándorlása folytán az akkor már erősen fertőzött városi lakossággal való közelebbi érintkezésében kell keresnünk. A fertőzés a városokból fokozatosan kiterjedt a falura, ahol azonban — mivel ott az érintkezés az emberek közt kevésbé szoros, — a megbetegedések száma lassabban emelkedett. A városokba vándorolt emberek, illetve azok leszármazottjai idővel fokozatosan átestek a korai fertőzésen, s így a város lakosságának a tuberculosis-halálozása fokozatosan csökkent, másrészt mind erősebb eltolódást mutatott az idősebb korosztályok felé.

A tuberculosist a fertőző betegségek közé először *Villemin* sorozta egy közlésében, amelyet 1855 december 5-én adott elő Párisban az Académie de Médicineben. A kórokozónak 1882-ben történt kimutatása és isolálása *(Koch)* megerősítette ezt az álláspontot. A század-fordulón viszont felismervén a socialis factorok fontosságát a tuberculosis kérdésében, ezt a betegséget az ú. n. socialis betegségek közé sorozták.

Amilyen helytelennek kellene tartanunk, ha a socialis factorok szerepét a tuberculosis terjedésében, csökkenésében tagadásba vennők vagy lebecsülnők, épp úgy bizonytalan, ingoványos alapon állanánk, ha tagadásba vennők a tuberculosisnak fertőző betegség voltát s azt, hogy — mutatis mutandis — a tuberculosisra is vonatkoznak a fertőző betegségeket jellemző sajátosságok.

A tuberculosis elleni küzdelmet ennek a kettős szempontnak: az epidemiologia és a socialis kívánalmaknak tekintetbevételével kell megterveznünk és kiépítenünk.

Minden fertőző betegség elleni küzdelemben a *fertőző forrás lehető eliminálása*, a fertőzés valószínűségének csökkentése az expositiós prophylaxis első

teendője. A tuberculosis elleni küzdelemben nem szaban megfeledkeznünk arról, hogy állatok, állati eredtű élelmiszerek — különösen a tej — fertőzve lehetnek gümőbacillusokkal. *Manninger Rezső prof.* személyes közlésének köszönhetem azt az adatot, hogy munkatársainak a Budapesten forgalomba kerülő nyerstejpróbák 24.7%-ában sikerült tuberculosis bacillust kimutatni. Hogy ennek nálunk a gyakorlatban nagyobb jelentősége nincs, ezt csak annak köszönhetjük, hogy hazánkban az emberek a tejet nyersen alig fogyasztják.

A *szervezet ellenállóképességének* mesterséges fokozását a fertőzéssel szemben elérni célzó methodusok közül jelenleg a Calmette-féle eljárás körülbelül az egyetlen, amellyel számos országban kisérletek folynak. Az eljárás veszélytelensége ma már kétségtelen. Az eljárás módja: peroralis vagy parenteralis. Nálunk *báró Korányi Sándor* professor sürgetésére és javaslata alapján *Tomcsik* prof. 1935-ben Szegeden kezdte el és Budapesten folytatta az oltóanyag termelését és az eljárás bevezetését. *Calmette* eredeti eljárása szerint termelt és adagolt peroralis eljárással eddig kb. 30.000 újszülött kapta az anyagot. Később *Vásárhelyi dr.* az intracutan eljárást kezdte alkalmazni. Eddig ezt kb. 300 esetben alkalmazták. Momentán technikai okokból újabb gyermekek immunisálása egy időre felfüggesztetett. Nincs azonban semmi okunk, hogy rövidesen újra meg ne kezdjük az oltóanyag szétküldését. Hangsúlyozni kívánom azonban, hogy munkánkat kisérleti munkának tartjuk. *Tomcsik prof.* és munkatársai törekszenek biztosítani az ellenőrzés és a későbbi véleményalkotás lehetőségét. Lehetővé teszi ezt az, hogy az anyagot legnagyobbrészt a dispensairek és egészségvédő intézetek útján alkalmazzák, tehát olyan gyermekeken, akik állandó ellenőrzés alatt állanak.

A specifikus védekező eljárás mellett fel kell használnunk mindazokat az eljárásokat, amelyek az illető egyén ellenállóképsségét a tuberculosis fertőzéssel szemben az illető egyén socialis helyzetének javításával törekszenek elérni.

A küzdelem kiindulópontja: *a tuberculosis felismerése*, ami egyformán feladata a gyakorló magánorvosnak, a községi-, körorvosnak, s az ezzel foglalkozó szakorvosoknak. A tuberculosis elleni küzdelem szempontjából hátrányos az, hogy a legtöbb esetben a tuberculosis szakorvos ismeri fel először a betegséget, amikor a beteg már maga is sejti, hogy mire kell gondolnia és ezért keresi fel őt. Kívánatos lenne, hogy a gyakorló orvosok már olyankor felismerjék e betegséget, amikor a beteg más baja miatt kerül hozzájuk orvosi vizsgálatra. Ezért kívánatos lenne, ha az egyetemek az orvosképzésben az eddiginél nagyobb súlyt helyeznének e betegségre. Helyesen mutatott rá ismételten *báró Korányi Sándor* professor, hogy a tuberculosis felismerésére és kezelésére orvosokat csak megfelelő beteganyagon lehet kiképezni. Tuberculosis-beteg bőven van az országban, igen jól vezetett tuberculosis-kórházi osztályaink és szanatóriumaink is vannak. Csak szervezés és megállapodás kérdése, hogy ezek az orvosképzésbe bekapcsoltassanak.

Az 1936 óta újjászervezett szakorvosképzés külön szakmának ismeri el a *gümőkóros megbetegedések szakorvoslását*. A Tuberculosis Elleni Küzdelem című folyóirat ezévi első számában foglalt az a javaslat, hogy ennek a szakorvosságnak a címe: „tüdőbetegségek szakorvosá"-ra változtattassék, a közleményben foglalt indokok alapján alaposan megfontolandó. Meg kívánom említeni — mint ezt más helyütt már megtettem, — hogy e szakmában a mostaninál nagyobb számú szakorvosra lenne szükségünk.

A tuberculosis elleni küzdelem szerves része a közegészségügyi szolgálatnak. Központja a *tüdőbeteggondozó intézet* („tuberculosis-dispensaire"). Ennek feladata kettős: a betegség felismerése és a teendők további irányítása, illetve részben végzése. Munkamódszerét megszabja annak felismerése, hogy a tuberculosis: többnyire egyszerre fertőző betegség és socialis betegség.

A *tüdőbeteggondozó intézet* feladatát megfelelően csak akkor végezheti, ha 1. jól képzett szakorvos áll az élén, 2. a betegség felismeréséhez és specifikus kezeléséhez szükséges bizonyos felszereléssel rendelkezik, 3. jól képzett egészségügyi védőnő áll rendelkezésére, 4. módja van a beteget a betegségének megfelelő intézetbe juttatni, 5. kapcsolata van olyan szervezettel, amely a betegnek vagy hozzátartozóinak a szükséges socialis támogatást elő tudja teremteni.

A kormány tervbevette legalább járási székhelyenként egy-egy tüdőbeteggondozó felállítását. Jelenleg a budapesti 10 dipensaire-n kívül az országban 73 tüdőbeteggondozó intézet működik. Körülbelül még további 80—85-re lesz szükség. Az ötéves beruházási programmban ennek több mint felére a fedezet rendelkezésre fog állani. Kisebb egységekben, községekben nem állítunk fel dispensaire-t, hanem a *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatra* bízzuk a „szűrés" feladatát: a gyanúsnak talált egyéneket a járási székhelyen lévő tüdőbeteggondozóba küldik be pontos diagnosisra és a teendők megállapítására. A beteg további otthoni gondozásáról ismét a falusi Zöldkeresztes szolgálat gondoskodik. Az 1933-ban vitéz Keresztes-Fischer Ferenc által megindított 10 éves Zöldkeresztes egészségvédelmi szervezési programmnak most a közepén vagyunk. Az első 5 évre előirányzott szervezést végrehajtottuk. Ma már 237 falusi egészségvédelmi körzet működik az országban (ebből már 17 a visszaszerzett Felvidéken) és jelenleg 563 községben kb. 1.776.000 lakosú területen végzi egyéb egészségvédelmi ágazatok mellett a tuberculosisgondozás munkáját.

A tuberculosis elleni küzdelem országos irányítására a belügyminiszter úr az Országos Közegészségügyi Intézetben *központot* szervezett. Ennek szakember, mint közegészségügyi felügyelő áll az élén s az Intézet többi egészségvédelmi szervével karöltve szervezi országszerte a tuberculosis elleni küzdelem intézményeit.

Nem kívánok részletesebben kitérni a tüdőbeteggondozók felszerelésének kérdésére. Ez ma már standardizálva van. A dispensaire-ben dolgozó Zöldkeresztes védőnők képzésének módjával sem kívánok itt foglalkozni. Ez ma már 4 intézetben folyik. A védőnők képzettsége az elmúlt kb. 10 év alatt kiállta a próbát.

Ki szeretnék azonban térni a dispensairekkel kapcsolatban két kérdésre: arra, hogy miképen törekszünk elérni azt, hogy a dispensaire-orvos szükség esetén megfelelő intézetbe juttathassa az erre rászoruló beteget, másrészt: mi lehet az útja a socialis segítés biztosításának.

Meg kell állapítanom, hogy sem mi, sem más, bármennyire gazdag ország nem gondolhat arra, hogy minden tuberculosis-beteget intézetben helyezzen el. Ha a betegek számát az említett legalacsonyabb kulcs szerint az elhaltak száma ötszörösének veszem, úgy hazánkban 60.000 beteggel kell számolnam. Ezek egy része munkáját tovább végezheti, munkaképes, de abban különbözik más teljesen egészséges embertől, hogy kedvezőtlen külső behatásokra tuberculosisa progrediál. Ezek azok, akiket gondozni, akikre felügyelni, támogatni, erősíteni és állandóan ellenőrzés alatt tartani, a dispensaire és az egészségvédelmi szolgálat feladata.

Egy másik csoportja a betegeknek intézeti elhelyezésre szorul, vagy azért, mert nyugalomra, klimatikus tényezők hatására van szüksége, vagy mert valamely nagyobb beavatkozást kell rajta végrehajtani, vagy mert a családja vagy a környezete érdekében őt veszélytelenné kett tenni. Általános elfogadott vélemény, hogy egy ország tuberculosis elleni küzdelmének kb. annyi intézeti ágyra van szüksége, ahány ember az illető országban egy év alatt tuberculosisban meghal. Ez a szám nálunk most kb. 12.500.

Hazánkban jelenleg, — hála nagynevű elődöm, *Scholtz Kornél* munkájának — 2679 kórházi, 2593 szanatoriumi és 470 gyógyiskolai ágy áll a tuberculosisban szenvedők rendelkezésére. Ez együttvéve 5742 ágy. A hiányzó kb. 6000 ágy előteremtése igen súlyos feladat. Ha ezt magaslati szanatóriumok alakjában akarnók létesíteni, úgy ez közel 100 millió pengőbe kerülne. Kórházi ágyak formájában kb. ennek felébe. Ezek számunkra egyelőre elérhetetlen összegek. Ezért azt tervezzük, hogy a 6000 ágy egy részét ezeknél egyszerűbb, olcsóbb intézménynek, u. n. tüdőbetegotthonok alakjában létesítjük. Mig a szanatoriumokat a klimatikus gyógytényezőkre szoruló betegek számára tartjuk fenn, a kórházakba elsősorban a műtéti beavatkozásra szoruló vagy a tuberculosis mellett más betegségekben is szenvedőket fogjuk küldeni, addig az izolálásra szoruló vagy egyéb okból intézetben elhelyezendőket a tüdőbetegotthonokban fogjuk elhelyezni. Idekerülhetnek azok is, akiket a saját érdekükben vagy a környezetük érdekében reá kell szoktatni arra, hogy miképen éljenek s azok is, akiknél az első pneumathorax kezelést nem akarja az orvos ambulanter elvégezni. Az öt éves program keretében a beruházási kölcsönből kb. 1200 ilyen tüdőbetegotthoni ágyat tudunk létesíteni.

Az Országos Közegészségügyi Intézetben szervezett Központ gondoskodik arról, hogy a rendelkezésre álló szanatoriumi, kórházi illetve tüdőbeteg otthoni ágyakra a dispensairek javaslata alapján a megfelelő betegek vétessenek fel.

A tuberculosis kérdés általános tárgyalásakor szóltam a *socialis helyzetnek* a tuberculosisra való hatásáról. Ennek javítása igen gyakran kívül esik a dispensaire képességein. Kétségtelen, hogy mindaz, ami a gazdaságilag gyenge néposztályok megerősödését előmozdítja, mindaz ami az általános kultura szintjének emelésén keresztül az egészségügyi kultura emelkedéséhez vezet, — mindaz a tuberculosis leküzdésében is nagy segítőerőt jelent. A földnélküliek földhöz-, kis haszonbérletekhez juttatása, munkaalkalmak teremtése, a munkaviszonyok javítása, a gyermekvédelem kiépítése, a socialis államvezetés nagy klaviaturája, — mindezek hathatós eszközei és előmozdítói a tuberculosis elleni expositiós és dispositiós prophylaxisnak. Amíg azonban ezek megvalósulnak, és hatásukat is kifejthetik, minden országban szükség van a socialis therapiának ma még nélkülözhetetlen eszközeire. Kormányunk átlátva ezt, a Zöldkeresztes tejactióval, gyermekétkeztetéssel jön a reászorulók segítségére. Most január elsején indult meg a Zöldkeresztes tejactio, amelynek keretében kb. 17 millió liter tejet, 148 wagon cukrot osztunk szét orvosaink útján, — teljesen ingyen, — socialis és egészségügyi indikácio alapján.

A közel jövőben megkíséreljük, hogy az egészségvédelmi szolgálatok és dispensairek mögé odaállítsuk a helyi társadalmat, amelytől nem kérünk nagy áldozatokat, csak azt, hogy támogassa természetbeni adományokkal és ahol kell önkéntes munkával az ő helyi közületének elesettjeit. Ez az a feladat, amelyet mi innen a Központból megállapítani, innen elintézni nem tudunk. Ez az a feladat, amihez az orvosnak már nem stetoskopra, Röntgen-gépre, nem mikroskopra van szüksége, — ez az a feladatkör, amelynek megoldásához a társadalom egy megértő, emberszerető tagjára van szükség.

A tuberculosis a legérdekesebb, a legtanulságosabb orvosi kérdések egyike. *A tuberculosis sohasem csak egy embernek, sohasem csak a betegnek a problémája.* A tuberculosis tanít reá arra, hogy a jó orvos munkájában a *therápia* és a *prevencio* gondolatának egymással egyesülniök, egymást kiegészíteniök kell. A tuberculosis elleni küzdelem gyökerei az epidemiologia, és a socialis tudományok talajába nyulnak le. A tuberculosissal foglalkozó orvos fegyvertárát az orvosi tudományból, az orvosi művészetből és az emberszeretetből állítja össze.

Ezek birtokában és ezek segítségével lett kiváló professor, nagy orvos és betegeivel érző ember *Korányi Frigyes báró.* A tudás megszerzésének leggöröngyösebb útján, az autodidaxison át jutott el oda, hogy orvosgeneratiók tanítómestere lett. De ami a tudósból kiváló orvost és melegen érző embert csinált, az az ő endogen adottságaival függött össze. Konstitucijában, génjeiben hozta magával ezeket a tulajdonságokat.

Kevés emberről mondható el úgy mint *Korányi Frigyesről* a „non omnis moriar". Ami szellemi kincset gyüjtött, azt megőrzik munkái, megőrzik tanítványai. Ami benne örök, ami emberi volt, ami meleg volt benne, amit konstitucijában őrzött, ami génjeiben élt, — az fiában maradt meg nekünk

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Budapest Székesfőváros Új Szent János Közkórháza elme- és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. m. tanár.)

Szorongásos állapotok kezelése acetylcholinnal.

Írta: *Kulcsár István dr.* és *Lajtavári László dr.*

A szorongás psychosomatikus tünetegyüttesének létrejöttében a szív-érrendszer viselkedésének döntő szerepe van. A szorongás testi tünetei: az elsápadás, a tágult pupillák, a szapora érverés, subjectiven a szívtáji „szorongó" érzés már önmagában is a szívérrendszer reactiójára, közelebbről: sympathicotoniásan beidegzett állapotára vallanak. A klinikai észlelés keltette benyomást azután megerősítik a részletesebb vizsgálatok eredményei is.

L. Braun, az ideges eredetű szívzavarok egyik legkitűnőbb ismerője, minden ideges félelem és szorongás okát a szív rhythmuszavaraiban és a koszorúserek görcsében keresi. *Flemming* szerint minden szorongás egy miniatür angina pectoris. A szívműködési zavarok és ideges állapotok okozta szoros összefüggést a leghatározottabban *Kretschmer* fejezi ki: „A neurosisok lélektana egy az emberi szív lélektanával".

A szorongás-élmény keletkezésének agyi mechanismusa — csakúgy, mint a többi psychovegetativ jelenségcsoporté — kevéssé tisztázott folyamat. Az eddigi megfigyelések és kisérletek arra mutatnak, hogy az agyi vérellátás helyi hiányai, a hiányos oxygenellátás, az ideges tünetek — köztük a szorongás — létrejöttében fontos szerepet játszanak. Az alacsony légnyomású kamrában végzett kisérletek subjectiven nyugtalanságot, szorongást idéztek elő a kisérleti személyen. *Loewenhardt* és iskolája a Wisconsin-Egyetemen a kis cyán-adagokkal előidézett anoxaemia-vizsgálatok során hasonló eredményre jutott.

A szív-érrendszer és agyi vérellátás fentebb leírt zavarai — mint ismeretes — kisérletileg is előidézhetők adrenalinnak a vérpályába való befecskendezésével. A befecskendést követő objectiv tünetek, éppúgy, mint a subjectiv panaszok, teljesen fedik a spontán szorongás jelenségeit.

Közeleső gondolat a szorongás jelenségeinek gyógyszeres leküzdésére olyan hatóanyagot keresni, amely a szorongást előidéző adrenalinnak antagonistája. — Az ilyen hatású anyagok közt elméletileg a *cholin* látszik legalkalmasabbnak, mert amellett, hogy testazonos anyag, éppen azokon a támadáspontokon antagonistája az adrenalinnak, amelyek a szorongás előidézésében szerepelnek.

Az elméleti megfontoláson kívül a *cholin* szorongásoldó hatásának valószínűségére utal számos therapiás tapasztalat is, amelyet a szorongás keletkezésével analog eredetű betegségek, vagy tünetek gyógyítása során nyertek. Elsősorban a szív vérellátásának, valamint ingerképző és vezető apparátusának, továbbá a környéki érrendszernek zavaraira utalunk, amelyeknek eseteiben cholin-kezeléssel több szerző kitünő eredményt ért el. A gyakorlatban legtöbbnyire a stabilis acetylcholin-készítményeket alkalmazzák. Így többekközött nálunk *Markovits* az érelmeszesedés tüneti kezelésében ért el jó eredményeket, *Kiss Pál* pedig paroxysmalis tachykardiánál alkalmazta eredményesen.

Alkalmasnak bizonyult az acetylcholin az agyi erek tágítására is. *Heidemann, Dejean* ophthalmiás migrainrohamokat szüntettek meg cholinnal, illetve származékaival. Szemészetben a retina ereinek tágítására, a glaukoma nem-műtéti kezelésére alkalmazzák *(R. Salus, M. Willaret, Németh L.)*. Közelebbi neurologiai gyógyító próbálkozás volt hemiplegia esetében történt alkalmazása. Genuin epilepsia elleni adása különböző, ellentmondó eredményekre vezetett, ami talán azzal magyarázható, hogy ugyanakkor, amikor az agyi érgörcsöt oldja, másfelől fokozza a liquorelválasztást.

Agyi érgörcsre utaló tünetcsoport esetében *Somogyi* és *Horányi* promt eredményt értek el acetylcholinnal. *Jones* és *M. Shaw* szorongásos neurosisban adagolva, a szorongás csökkenését észlelték.

Osztályunkon már három év óta használják az acetylcholint szorongásos állapotok megszüntetésére. Kezdetben önmagában adtuk, de hatása gyakran nagyon rövid időre korlátozódott, vagy pedig nem is mutatkozott. Ekkor morphiummal kezdtük combinálni és az új adagolás során kiderült, hogy az acetylcholin és a morphin szorongásoldó hatásukban nagymértékben synergisták. A morphiumnak oly kis adagjai (0.01 gr.), amelyek a súlyos psychotikus szorongásoknál egymagukban teljesen hatástalanok, acetylcholinnal együtt adva oldják a szorongást. Másfelől a morphium meghosszabbítja a cholin hatásidejét. E cikk szerzőinek ezirányú személyes tapasztalatai mésfél évre nyúlnak vissza. Eleinte kizárólag olyan betegeken alkalmaztuk, akiken a szorongás külső jelei sympathicotoniás állapotra utaltak. Majd később rendszeres megfigyeléseink során kisérletet tettünk a legkülönbözőbb szervi és functionalis eredetű szorongásos állapotoknál és több mint száz esetben alkalmaztuk.

Tekintettel arra, hogy egyrészt a cholin pharmakologiai hatásmódja kellőképen tisztázva van, másrészt viszont a szorongás kórtana jobbára amúgyis csak feltevésekre támaszkodik, feleslegesnek tartottuk therapiás kisérletezésünket objectivnek látszó, de semmire sem vezető tudományos színezetű controllvizsgálatokkal alátámasztani, viszont annál inkább igyekeztünk a klinikailag észlelhető psychés változásokat tárgyilagosan megfigyelni és híven lerögzíteni.

Vizsgálataink során a Richten-féle *tonocholin B* nevű készítményt használtuk (acetylcholinbromid), amelyet szájon át, bőr alá, izomba és érbe fecskendezve alkalmaztunk.

Tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze:

Szájon át történő alkalmazásnál a tonocholin a szorongással szemben hatástalan.

Bőr alá — szükség szerint — 0.10—0.60 gm. tonocholint fecskendeztünk. Hatása nem olyan biztos és állandó, mint izomba fecskendezve.

Izomba 0.10—0.50 gr.-ot szoktunk fecskendezni, átlagban 0.20 gr.-t. A gyakorlatban ez vált be, mint hatásos és ártalmatlan alkalmazási mód.

Vérbe fecskendezve már kis adag is (0.10) azonnal fellépő, viharos tüneteket okoz. Szinte még ki sem húztuk az érből a tűt, a beteg köhögni kezd, elsápad, pupillái maximálisra tágulnak, pulsusa felületes, szapora lesz, majd homlokán és szája körül izzadni kezd, bőséges nyál- és könnyelválasztása indul meg. Ezután fokozatosan megnyugszik, szívműködése lassúbbá válik, arca kipirul, pupillái összeszűkülnek. Ez az alkalmazási mód semmiképen sem látszik alkalmasnak a szorongás tüneti enyhítésére. Egy esetben azonban azt tapasztaltuk, hogy egy teljesen autistikus, elsivárodott beteg a befecskendezés után elevenebbé vált, egy másik negativistikus beteg pedig, aki mesterséges táplálásra szorult, hirtelen felugrott, elfogyasztotta reggelijét, sőt még egy zsemlyét kért. Az intravenás adagolás esetleges therapiás shok hatásának vizsgálatát tovább folytatjuk.

Az izomba történt fecskendezés után a szorongásoldó, megnyugtató hatás átlag 30 perc múlva áll be és 4—5 óráig tart. Ha azonban a tonocholint morphinnal combináljuk, a hatás sokkal tartósabb, az egész nap folyamára kihat. Sok esetben — sőt mondhatjuk — az esetek többségében, 0.20 tonocholin + 0.01 morphin elég volt olyan betegek tartós megnyugtatására, akiket önmagában 0.60 tonocholin izomba fecskendezése sem nyugtatott meg.

A tonocholin szorongásoldó hatásmódjában három typust különböztetünk meg. Az első — alkalmazásának leggyakoribb esete — schizophreniások muló szorongásos állapotainak megszüntetése. Hatása ilyenkor többnyire morphinnal kombinálva, 8—12 óráig tartó, de általában elégséges a szintén muló természetű szorongás leküzdésére.

Második tapasztalt hatása abban nyilvánul, hogy néha egy vagy két adagolásra vissza nem térőleg elvágja schizophreniások huzamosabb ideig tartó, motoros nyugtalansággal párosult, néha deliriumig fokozódó szorongásos állapotait. Ilyen eset volt pl. a következő:

B. S. 26 é. nő. Dg.: Schizophrenia. Psychogén phasis. Modoros, rendszertelen téveseszmékkel. 1 hete fennálló izgalmi állapot. Paraldehyd, scopolamin hatástalan. 2 napos somniphen altatásból felébredve tovább is nyugtalan. Szétborzolt hajjal, szünetnélkül hangosan kiabál, extaticus arckifejezéssel, maximálisan tágult pupilákkal. Egyetlen injectióra (0.20 tonocholin + 0.01 morphin) megnyugszik és izgalmi állapota nem tér vissza.

Végül a tonocholin harmadik hatásmódja a huzamos adagolásnál bekövetkező áthangoló hatás. Ezt tapasztaltuk pl. egy nagyfokban exophthalmusos schizophren nőbetegünkön. *(F. S.-né* 53. é.) A beteg hónapok óta állandóan riadt arckifejezéssel, nyugtalanul feküdt ágyában, minduntalan felugrált, menekülni igyekezett. Háromheti mindennapos 0.40 tonocholin i. m. adagolása után szorongása fokozatosan megszünt, kifejezett exophthalmusa jelentékenyen csökkent.

Mint fentebb már említettük, rendszeres vizsgálataink folyamán megkíséreltük a tonocholint a legkülönbözőbb eredetű szorongásos állapotokban alkalmazni, így a schizophrenián kivül endogén és involutiós depressióknál, paralyticusok félelmi állapotánál stb. Azt tapasztaltuk azonban, hogy hatást csak azon a területen értünk el ahol kezdetben is alkalmaztunk: schizophreniások vasomotorosan feltételezett szorongásainál, amelynek tapasztalat-megerősítette klinikai jele a sápadt arc, izzadás és elsősorban, — gyakran kizárólag — a tág pupilla.*) Schizophreniásoknál több esetben motoros izgalmi állapotot is sikerült eljárásunkkal megszüntetni. Arra gondolunk, hogy ezekben az esetekben az izgalmi állapot a szorongás reactiója volt. Psychoneurotikus eredetű szorongásos állapotokról nincs tapasztalatunk, mert ilyen beteganyaggal osztályunkon nem rendelkezünk.

Összefoglalás: Az acetylcholin önmagában is, főként pedig morphiummal együtt adva tünetileg megszünteti a schizophreniások sympathicotoniásan feltételezett szorongásos állapotait. Huzamos adagolása — alkalmas esetekben — tartósan is befolyásolja a szorongással járó kórképet.

*) Az emelkedett vérnyomás — bár néha vele jár — nem jellemző a szorongásra. Az agyi ereknek — mint ezt *Forbes* és *Cobb* összefoglaló közleményükben részletesen leírják, — az általános keringestől független idegrendszeri controllunk van.

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

Az ébrényi hashártyadaganat (coelothelioma).

Irta: *Hollósi Károly dr.*

A rosszindulatú daganatok leggyakrabban a hasüri szervekben fordulnak elő. A számadatos összeállításokban legelső helyen a gyomor-bél, legutolsón a hashártya szerepel. A hashártyadaganatok ritkaságát nehéz magyarázni. A hashártya a hasüregi szervek takarója, tehát a legésszerübb feltevés az volna, hogy a daganatok képzésében a szervekkel való szoros összefüggés miatt leggyakrabban vesz részt. Ez azonban nincs így, aminek minden valószinüség szerint az az oka, hogy szöveti, vagy működési sajátsága erre nem teszi alkalmassá.

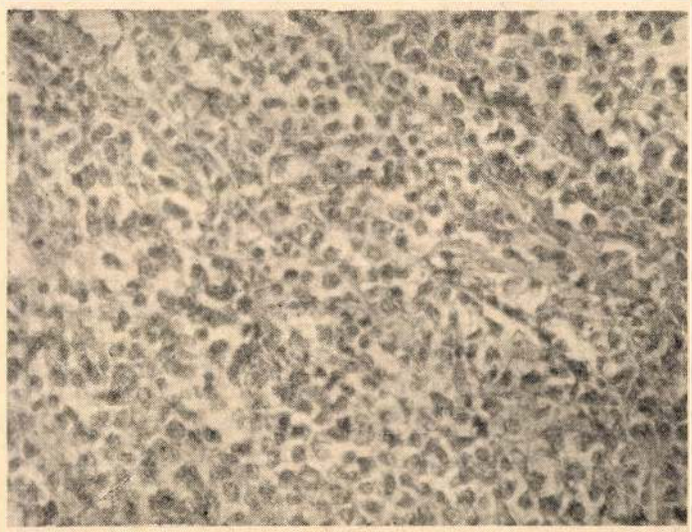
Az elsőleges hashártyadaganatok ritkák. Aránylag leggyakoribb még a húsdaganat (sarcoma) és az endothelrák. 2261 boncolásból *Nieuwejaar* 3 elsőleges hashártyahusdaganatot talált. Az elsőleges hashártyadaganatokat *Farmachidis* a kiindulási helyük szerint 2 csoportba osztja:

1. a vér és nyirokerek endotheljéből kiindulók (endothelioma, endothel-rák),
2. a hashártya saját szöveteiből származók.

A rosszindulatú elsőleges hámeredetű hashártyadaganatok pontos kiinduló helyének meghatározása nehéz. *Mönckeberg*-nek az a felfogása, hogy ezek vagy a hashártya hámjából, vagy lefüződött ébrényi csirokból erednek.

Ezen utóbbi csoportba sorozzuk az ébrényi hashártyadaganatot (coelothelioma). A daganatnak 2 szövettanilag is igazolt esete klinikánkon 2 hónap leforgása alatt került műtétre.

I. 46 é. férfi (1936. április), ki 2 hónap óta hasában daganatot érez. Azóta állandóan tompa hasfájdalma van, mely különösen kocsirázás, zökkenés után fokozódik. Fogyott. Székelési, vizelési panasza nincs. Köldöke alatt a középvonaltól jobbra egy harántujjal, a szeméremizület felett 3 harántujjal végződő tömörület jókora férfiökölnyi sima felszinű, a hasfallal összekapaszkodott, nem mozgatható. Vizeletében semmi kóros. Vérképe: vvs.: 3,260.000, fvs.: 18.500. Vérfesték: 68%. Vörösvértestsüllyedés 1 óra alatt 46 mm. Minőségi vérkép: fiatal: 1%, pálca: 10%, karélyos: 59%, nyiroksejt: 27%, nagy magvú (monocyta): 3%. Beöntéses röntgenvizsgálat: a tapintható tömörület a sygmabelet oldalfelé nyomja. A bélkörvonal nem szabálytalan, bár a sygmabélen látható 1—2 behúzódás. A többi vastagbélszakaszon nincs eltérés. Kórisme: hasi daganat, mely a csepleszből indulhat ki. Műtét *(Hüttl prof.)* alsó középső hasmetszés. A daganat a köldök alatt a hashártyával összekapaszkodott. A hasüreget az összekapaszkodás alatt a szeméremizület felett megnyítjuk. Kitünik, hogy a körülbelül férfiökölnél nagyobb daganat a vékonybelekkel összenőtt és néhány kacsot az elülső hasfalhoz rögzít. Szövettani vizsgálat céljára a daganatnak a hashártyát vaskosan beszürő részéből egy darabkát kimetszünk és hasat zárjuk. Kórszövettani vizsgálat *(Ökrös):* a daganat igen sejtdus, világos magvú, kevés plasmájú sejtekből áll, amelyek apró fészkekben helyezkednek el (1. ábra). A fészkek között aránylag kevés a kötőszöveti állomány, magoszlás gyér számmal mutatkozik. A daganatsejtek plasmájában fibrillumok nem láthatók. A magvak inkább kötőszöveti sejtmagvakra emlékeztetnek (2. ábra). A daganat határozottan rosszindulatú. Dg.: coelothelioma. Sorozatos röntgen-besugárzások. A daganat nagysága változatlan. A műtét után 7 hónap mulva otthonában senyvességben meghalt.

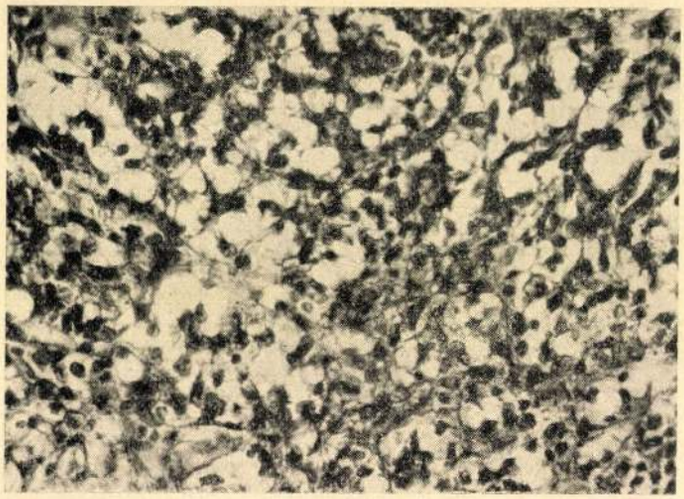


1. ábra.

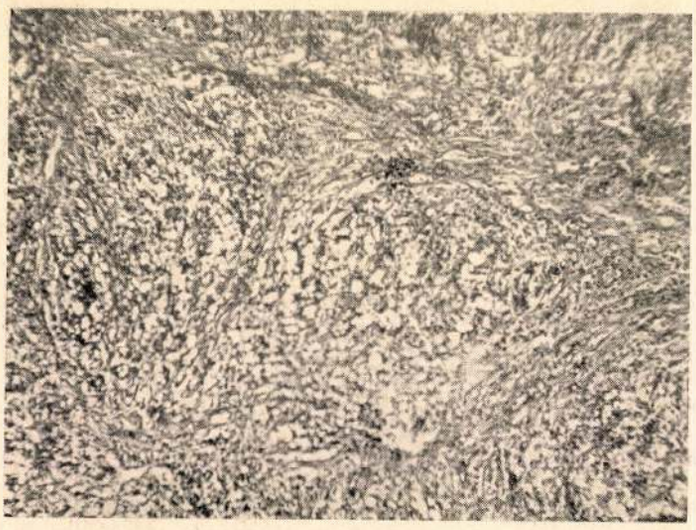
2. ábra.

2. 16 é. férfi (1936. március). Pár hónapos alhasi fájdalmak, melyek kezdetben hetenkint hasmenéssel jelentkeztek és egy-egy napig tartottak. 3 hónap óta észre veszi, hogy hasában daganat nő s azóta állandó, a derekába kisugárzó fájdalma van. Fogyott. Köldöke alatt a has egészé-

ben elődomborodó s újszülöttfejnyi, egyenetlen felszínű, egy tömegből álló, kemény, fájdalmas tömörület érezhető. Végbélen át vizsgálva: a Douglas mindkétoldalt, de főleg baloldalt ledomborított. Vizeletében semmi kóros. Vvs.: 3,200.000, fvs.: 5.600. Vérfesték: 70%. Vörösvértestsüllyedés 1*h* alatt: 24 mm, 3*h* alatt 78 mm. Minőségi vérkép pálcika magvú: 49%, nyiroksejt: 33%, nagy magvú: 8%, eosinophyl: 2%. Pirquet r.: negativ. Beöntéses röntgen-vizsgálat: a végbél kiöblösödése középtágan, a sygmabél keskenyen telődik. Ugyanitt behuzódás látható, rajzolategyenetlenség vagy árnyékkiesés azonban nincs. Az elváltozás a tapintható nagy daganat nyomásaként vagy esetleges és kisfokú sygmabél körüli gyulladásként fogható fel. A vastagbél továbbiakban középtágan, szabályosan telődik. Mellkasátvilágítás: eltérés nincs. Gyomorátvilágítás: semmi kóros; 4 óra mulva a tapintható daganatnak megfelelően a vékonybelek körben oldalfelé eltoltak. Kórisme: csepleszdaganat. Műtét alsó-középső hasmetszésből. A köldök fölé 2 harántujjal terjedő, lefelé a kismedencét kitöltő daganat, amely a beleket magában foglalja. A cseplesz és a bélfelszin cukormázöntetszerű. A cseplesz gyökéig daganatosan beszürődött s ez az elváltozás a csipőbéltől kezdve ráterjed a többi bélrészletekre, ezek részben a nagy-, részben a kismedencét kitöltve képezik a megmozdíthatatlan daganattömeget. Próbakimetszés, hasfalzárás. Kórszövettani vizsgálat *(Ökrös)*: a daganat finom kötőszövetes állományból áll; a hézagokat kerek, hámsejtszerű sejtek bélelik, amelyek általában egy rétegben helyezkednek el (3. ábra); helyenként a falról különvált sejtek fekszenek. A stromában aránylag kevés a véredény, magoszlások mérsékelt számban találhatók. A sejtek szabálytalansága és az aránylagos sejtdusság a rosszindulatúság jele (4. ábra). Dg.: coelothelima simplex medullare. A műtét után bélürülési zavar nincs. Elsőleges sebgyógyulás. A 6. napon jobb szemét fájlalja s kettős látásról panaszkodik. Szemészeti vizsgálat: abducens-hüdés. A hasra röntgen-besugárzásokat kap. A 15. napon kinzó szemüregi fájdalom s a jobb felső szemhéja csüng. 20. napon látása erősen romlott, feje fáj és úgy érzi, hogy jobb orrnyilása eldugult. További észlelés és kezelés végett, minthogy a tünetek az ideggyógyászati vizsgálat szerint agyi daganatáttét mellett szólnak, az idegklinikára helyezzük át. A jobboldali szemhéjcsüngés még fokozódott, majd baloldalon is mutatkozott. Jobboldalt a háromosztatú ideg felső és középső ágának megfelelően nagyfokú hypalgesia, szagérzése nincs. Hasreflex reactiója alig észrevehető. Állapota fokozatosan romlik s haldokolva hazaszállítják.



3. ábra.



4. ábra.

A coelothelioma ritka előfordulású a hashártyadaganatok között. Rendszerint lefüződött ébrényi csirokból, ritkán a hashártya hámjából indul ki s áttétes daganatképző sajátsága alapján elsőleges, rosszindulatú, hámeredetű daganatnak kell tekintenünk. *Hamdi, Louthai* és *Schecket* megkülönböztet cysto-, adeno- és gelatino-coelotheliomát s összefüggést igyekeznek kimutatni a petefészektömlővel és a kocsonyás áldaganattal (pseudomyxoma). Vannak, akik a coelothelioma név helyett a mesothelioma elnevezést ajánlják, mert a kötőszövetes váz, a kötőszöveti sejtekre emlékeztető nyulványos összefüggés az ébrényi savóshártya sejtekre emlékeztet *(Rabl)* s így a daganat származása is kifejezésre jutna. A megjelölés annyiban helytelen, mert voltaképen hámeredetű daganatról van szó és sokkal közelebbfekvő az endothel-rák megjelölés. A sok név azt bizonyítja, hogy a coelothelioma pontos kiindulása még nincs eldöntve. Az elkülönítése nehéz. Különösen sok fáradsággal jár az egyes fajok között éles különbséget tenni, amelyekre közösen az jellemző, hogy rosszindulatuak.

Változó a klinikai megjelenése. Van, amikor a hasüregben a hasvizen kivül daganat nem tapintható. Máskor számos elszórt daganatot, kérges megvastagodásokat, göböket találunk. A jellegzetes coelothelioma *Hamdi* szerint a hashártyafelületén terjed tova, mert az egyes sejtek, mint az ébrényi életben egymással összefüggésben maradnak. Daganatot ilyenkor nem tapintunk. A hasvizkór megjelenése *Ribbert* szerint azzal függ össze, hogy a coelothelioma- sejteknek a Bowmann-tokéhoz hasonló működése is van. *Hamdi* nem említi a daganat áttétképző sajátságát s szerinte a véredények fala e sejtek ellen különösen ellenálló és ritka, hogy akár a bélizomrétegéig leterjednének. Szabad szemmel léthatóan a cseplesz, a belek egyöntetüen hatalmasan megnagyobbodtak, tömött vizsenyős tapintatuak s jól érezhető, hogy az elváltozás csak a savós hártyára szorítkozik. A szervek olykor cukormázöntetszerűek. Mind a fiatal, mind az idősebb korban előfordulhat. A tünetek nem jellegzetesek. Ürülési zavar, mert a bél belvilágát nem szűkíti, nem észlelhető. A röntgenátvilágítás nem sokkal viszi előbbre a kórismét. Szűkületet nem okoz, így árnyékkiesést nem látunk, legfeljebb azt, hogy a belek felfelé vagy oldalirányban eltolódtak. A vérkép sem jellegzetes és csak a vörösvértestsüllyedés gyorsulása hivja fel a figyelmet, hogy szervi elváltozással állunk szemben.

Mint minden rosszindulatú álképlet, a coelothelioma is áttétes daganatot képez, amely minden valószinüség szerint a vérpálya közvetítésével jön létre s a műtét csak gyorsíthatja kifejlődését.

A gyógyítás műtéti lehet: a daganat teljes kiirtása nagyobb bélrészletek eltávolításával. Az esetek azonban, mert a tünetek (tapintható daganat, hasviz stb.) későn jelentkeznek a műtétre már nem alkalmasak. Igy nem marad más hátra, mint a sugaras kezelés, mely átmeneti javulást hozhat. A kórjóslat a kifejlődő áttétek, a senyvesség miatt határozottan rossz.

Összefoglalva: a hashártya ébrényi eredetű daganata mindig rosszidulatu, tüneteket későn okoz, ezért a műtéttől eredményt nem várhatunk és *be kell érnünk a tüneti,* sugaras kezeléssel.

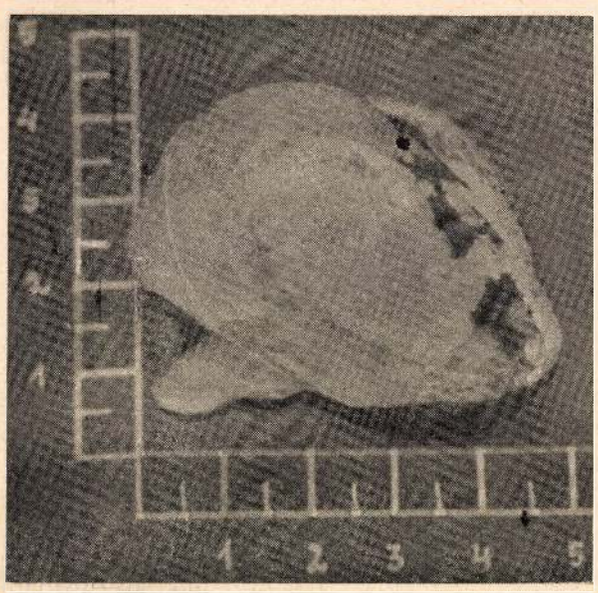
Vasvármegye és Szombathely város közkórháza bőr- és nemibeteg-osztályának közleménye. (Főorvos: Koppány Károly.)

Hólyag-prostatakő érdekes esete.

Írta: *Hargita Géza dr.,* alorvos.

Jóllehet évszázadok óta ismeretes a hólyagkő betegség, de a kőképződés menetét még ma sem tudjuk határozottan. Hivatkoztak faji, életmódbeli, táplálkozásbeli és egyéb befolyásokra, de eredménytelenül, mert mindenütt, mindenfajtájú és korú emberen előfordult már ez a betegség. Érdekes tapasztalat, hogy aránytalanul gyakoribb egészen fiatal gyermekeken és idősebb férfiakon. Elsőleges és másodlagos követ különböztetünk meg, aszerint, hogy a vizelet colloidchemiai egyensúlyának eltolódása okozta-e, vagy pedig a húgyutak felszínének a vizelettel alkotott felületi feszültsége egyensúlyában megváltozott.

Az így keletkezett kő anyaga vagy egynemű, vagy többféle sóból, esetleg szerves anyagból összetett vegyes kő. Alapanyaga szerint van: urat-, oxal-, phosphat-, carbonatkő, vagy ezekből alkotott vegyes kő. A kő tulajdonságait: mint szín, felület, nagyság, stb., alapanyaga határozza meg. Érdes felületű, vagy több kő rendszerint hamarabb okozza azokat a tüneteket, amelyek orvoshoz kényszerítik a beteget. A hólyagkő ismert tünetei a következők:



1. ábra.

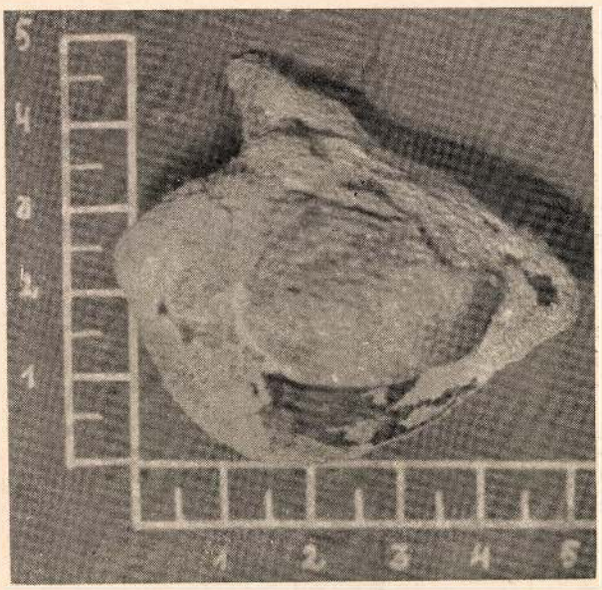
1. Vérzés, ami mozgásra támad és nyugalomra magától megszűnhetik; míg a daganatos vérzés önként is beállhat és nyugalomra sem szűnik meg mindig.

2. Vizelési ingerek és zavarok, amit a következményes hólyaghurut okoz.

3. Fájdalom a hólyagtájon.

Ma ezen tünetek mellett döntő fontosságú a cystoskop, amely teljes bizonyossággal hozzásegít a helyes kórismézhez. A cystoskop segítségével nemcsak a követ és annak alakját, nagyságát, számát, felületét és egyéb tulajdonságait, hanem a hólyag nyálkahártyáját és annak állapotát is láthatjuk. Ha megállapítottuk a hólyagkövet, a továbbiakban kettős teendőnk van: a követ el kell távolítani kőzúzás vagy hólyagmetszés által, ami alól csak a műtétre teljesen alkalmatlan beteg menthető fel; az újabb kő keletkezését pedig igyekezünk meggátolni, vagy legalább is növekedését lassítani.

Ritka az a kő, amely tetemes nagyságot érhetne el anélkül, hogy kellemetlen tüneteket ne okozna. Egy ilyen, elég soká semmiféle tünettel nem járó hólyagprostatakő esetét ismertetem:



2. ábra.

33 éves, nős, napszámos férfi 2 hónap előtt vizelési ingerek és húgycsőfolyás panaszával jelentkezik orvosánál, aki kb. két hétig kezeli (fektetés, tea, urotropin), s miután állapota lényegesen javul, újból dolgozni engedi. — Mintegy két hét múlva a beteg tünetei (negyedóránkénti vizelési inger, húgycsőfolyás, hólyagtáji fájdalom) kiújulnak s terminális vérzés is mutatkozik. Újból a fenti kezelésben részesül, azonkívül instiliatiókat kap, de állapota semmit sem javul. Kezelőorvosa ezért (makacs gonorrhoeának tartotta) kórházba küldi.

Felvételekor testhője 37.4 C°, érverése 104, 10 percenként fájdalmas vizelési ingere van, görcsös fájdalmak a hólyag táján. Vizelete zavaros, vegyhatása lúgos, fajsúlya 1026; fehérje +++, geny +++, az üledékben: látóterenként 5—6 vörösvérsejt, sok fehérvérsejt és hámsejt, sok amorph csapadék között néhány phosphatkristály.

Cystoskopiai lelet: a hólyagtükör a hólyagnyaknál keménységbe ütközik, amely felett megugorva juthatunk csak a hólyagba. A vizelet sűrű és zavaros, üledékes. Hólyagkapacitás 30 gr. A mosófolyadék lassan tisztul, benne sok a foszlány és szálcsa. A nyálkahártya rajzolata teljesen elmosódott, helyenként lepedékes, másutt vastag és bársonyos. Az ostiumok nem láthatók. Az egész trigonum fehéres-szürke és lepedékes, a hólyag ürterébe beemelődöttnek látszik. Sem kő, sem daganat nem látható. A nyálkahártya súlyos diphtheriás lob képét mutatja. A tükör eltávolításakor is kőre jellemző hangot hallat és recsegést éreztet a hólyagnyaknál.

Végbél-vizsgálat: a prostata helyén kb. tyúktojásnyi, kőkemény, nem mozgatható, alig fájdalmas, sima terimenagyobbodás tapintható, ami kőnek tetszik. Dg.: calculus a prostataágyban; a kő egy nyúlványával valószínűleg beleér az uretrába. Röntgenfelvételen lúdtojásnyi, kerek árnyék látható a prostata helyén.

A *műtét* igazolta a diagnosist. A prostataágyat teljesen kitöltő tyúktojásnyi kő került elő, amelyet a hólyag ürtere felől vastag álhártya borított. A kő nehezen volt kifejthető a prostata-ágyból, ahová szinte belenőtt. 1 cm. hosszú nyúlványa az uretrába ért bele és ez okozta a makacs uretritist.

A kő tyúktojásnyi, sima, phosphatsóból áll, hossza 5 cm., szélessége 4 cm., magassága 4 cm., súlya 44 gr. volt. A kő elhelyezkedése és nagysága, amelyhez hasonlót alig néhány esetben említ a világirodalom, és a hosszú lappangás teszi érdekessé esetünket.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebély Tibor ny. r. tanár.)

Az orrbemenet tömlői.

Irta: *Szende Béla dr.*, egyetemi tanársegéd.

Az orrbemenet lágyrésztömlőin olyan ritkán előforduló fibroepithelialis daganatokat értünk, melyek fala kötőszövetből és nyálkahártyából áll, tartalmuk pedig savós-nyákos, mézszerűen sűrű váladék, melyet a tömlő falát bélelő nyálkahártya termel.

Nagyobbrészt nőkön észlelhető a 3—5. évtizedben. Az orrbemenet-orrtornác oldalfalán lassan, hónapok-évek alatt rugalmas falú, hullámzó, kékes-piros daganat nő, amely akadályozza az orrlégzést, majd felemeli az orrcimpát, elsimítja a nasolabialis redőt és ha tetemes nagyságot ér el, a felső ajkat is megduzzasztja. Befelé az orr felé az orrfenék nyálkahártyájával és az alsó kagyló elülső végével szorosan összefügg, de hangsúlyozzuk, hogy nem magában az orrüregben, hanem az orrtornácban foglal helyet.

1. ábra.

Eddig 60 esetet ismertettek.

Eredete: Legvalószínűbb, hogy lefűződött ébrényi hámcsirokból fejlődik a mesodermalis szövetben *(Eckert-Moebius)*, mégpedig a belső ferde archasadék helyén, ezért újabban *(Klestadt)* archasadék-cystáknak is nevezik őket. Más szerzők a ductus nasolacrimalis lefűződött részéből fejlődőnek tartják *(Brüggemann)*. *Grünwald* szerint a csökevényes ductus nasopalatinusból fejlődik.

Elkülönítő kórisme szempontjából elsősorban a foggyökér cystái jönnek szóba, ezektől azonban részben a fogak röntgenvizsgálata, részben pedig a csonttól való teljes függetlensége és szabad elmozgathatósága elkülöníti. Rendszerint egyoldalon jelennek meg, de *Kofler* kétoldalon egyidőben jelentkezett esetet is ismertet. A Jacobson-szerv tömlői az orrbemenet medialis falán foglalnak helyet.

Az I. sz. sebészeti klinika beteganyagában 3 betegen volt alkalmam orrbemeneti lágyrészcystát észlelni, mindhármat nőbetegen. A betegek kórelőzménye és kórlefolyása annyira hasonló, hogy elégségesnek tartom, ha csupán az egyikét ismertetem.

2. ábra.

42 éves nő, baloldali orreldugulása miatt jelentkezett, amely már 2—3 éve fokozatosan rosszabbodott. A vestibulum nasi oldalfalán, szorosan az alsó kagyló elülső vége előtt, kb. cseresznyenagyságú, kékesen áttűnő, rugalmas falú képletet találunk. A bal orrcimpa elemelődött, a sulcus nasolabialis pedig elsimult. A felsőajak és a fossa canina felé terjedőleg kb. diónyi hullámzó képletet tapintunk, amely a csont felett jól elmozgatható (lásd 1. ábrát). Fogröntgen negativ. Az orrbemenet felől a tömlőt megcsapoljuk: váladéka mézszerű, tiszta, sárga s csíramentes. Lipijodollal megtöltve és röntgenfelvételt készítve, a csonttól való teljes függetlensége jól látható. (Lásd 2. ábra.)

A cystákat mindhárom esetben a száj felől, az áthajlási redő felett behatolva fejtettük ki és távolítottuk el. Az orrbemenetben olyan szorosan összenőtt a cysta fala az orrbemenet, illetve az orrüreg alsó falával, hogy az mindegyik esetben beszakadt, leválasztanunk itt nem sikerült. Ez a gyógyulást egyáltalán nem zavarta. A száj felől elsőlegesen zárva a behatolás nyílását, az orrüreget lazán kitömtük. 10—14 nap alatt teljesen meggyógyult. A maxilla processus alveolarisán a tömlőnek megfelelően a hosszantartó állandó nyomás következtében vájulat keletkezett. A szövettani vizsgálat aránylag vastag kötőszövetes falú, többrétegű laphámmal bélelt cystafalat mutatott.

Eseteinket érdemesnek tartottuk ismertetni, egyrészt az elkülönítő kórisme szempontjából, másrészt aránylagos ritkaságuk miatt.

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

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr.* és *Külley László dr*

A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

Az izomműködésről általában.

Minden aktiv testmozgás és testtartás alapja az izmok működése. Csontjaink, melyek szervezetünk szilárd vázát képezik, egymással lazán összefüzött láncot alkotnak. Testünk minden olyan helyzete, mely a középfekvéstől eltér, izomműködés eredménye.

Az izom jellegzetes tulajdonsága, hogy meg tud rövidülni; a rövidülés alatt pedig erőt fejt ki. Az izom összehuzódásánál az egymáshoz közeledő végek magukkal hozzák azokat a csontokat, melyekhez hozzá vannak nőve. Hogy az izomösszehúzódás következtében milyen irányú elmozdulás jön létre, az csak viszonylagosan van megszabva. A végleges eredmény az egész adott helyzet mechanikai állapotától függ. Például a könyökhajlítás testünkhöz közelíthet valamit, vagy testünket közelítheti valamihez.

Az életben a legkivételesebb esetekben találkozunk az egyes izmok önálló működésével; mindig izomcsoportok dolgoznak. Az izmok mint anatómiailag elkülönült testek nem felelnek meg működésbeli elkülönültségüknek. Gyakori eset, hogy ugyanannak az izomnak különböző rostjai különböző működés szolgálatában állanak, viszont a különböző izmokban levő rostok lehetnek együttműködők — szinergisták. A gyakorlati életnek még az elemi mozgásait sem tudjuk mindig felbontani. Minden mozgásunk az izom koordinált működését tételezi fel s ennek megfelel az izomműködés központi vezérlése is, mely már aránylag egyszerű reflexeknél is célszerűséget és koordinációt mutat.

Természetes viszonyok között csakis idegingerre történő izomműködésekkel találkozunk.

Az izom ereje.

Az izom erejének a mértéke az a legkisebb súly, melyet az izom már nem bir felemelni. Nagysága arányos az izom élettani keresztmetszetével, vagyis a rostokra merőleges keresztmetszet területével, viszont független az izom hosszúságától. A szárnyas, vagy a tollas izmok nagyon erősek, mert az élettani keresztmetszetük igen nagy terjedelmű. Az ilyen izmok kis elmozdulásokat végeznek nagy erővel. A hosszú izmok nagy kilengésekre szolgálhatnak, de erejük a fizikai keresztmetszettel arányos, mely bizonyos esetekben összeesheť az élettani keresztmetszettel. Az abszolut erő mértéke az a legkisebb súly, melyet az élettani keresztmetszet 1 ccm-e már nem tud felemelni, vagyis

$$\frac{\text{súly}}{\text{élettani kersztmetszet}}$$

Az emberi kar kétfejűizmának és karizmának az abszolút ereje: körülbelül 11 kg *(Bethe).*

Az izom abszolut ereje nem egyforma az összehuzódás egész tartama alatt. Nagyjából áll az a tétel, hogy az izom abszolút ereje az összehuzódás arányában csökken (Schwann-féle tétel). A Schwann-féle kisérlet, melyre a gyógytorna elméleti munkásai sokszor hivatkoznak, azt mutatja, hogy az izom akkor tudja a legnagyobb súlyt emelni, ha teljes kinyujtottságától kezdve emeli; összehuzódottsága különböző fázisaiban ráakasztott és még éppen megemelt súlyok nagysága fordított arányban áll az összehuzódottság fokával.

A Schwann-féle törvényt, mely csak az adott körülmények kisérleti viszonyok között működő békaizmon érvényes, nem lehet az emberi mozgások bírálásában irányadónak tekinteni, még ha érvényességét el is ismerjük.

Egy és ugyanazon mozdulat különböző erejű végrehajtása minden valószinüség szerint a működő izomrostok számával áll egyenes arányban. Valószinű, hogy a harántcsikos izomrostokra is érvényes a szívizomra jellemző „mindent, vagy semmit" elv *(Lucas).* Az izomösszehuzódások különböző ereje és ezzel kapcsolatban bizonyos fokig a mérete is abból származik, hogy az egyes izomrostok ingerküszöbe különböző és kisebb ingerre csak a nagyobb érzékenységüek reagálnak. A működő izomnak — hacsak nem dolgozik teljes erővel — nem minden azonos erőirányú rostja dolgozik. Tartós statikus, vagy könnyű munkánál valószinű bizonyos váltakozás. Nehezebb munkánál újabb és újabb izomrostok lépnek működésbe az elfáradás előrehaladásával, amit a szénsavtermelés fokozódása is jelez.

Az izomösszehuzódás sebbessége és az elérhető erőkifejtés között úgy a tulélő békaizmon, mint az élő emberen szoros kapcsolat van *(Hell).* A lassú megrövídülés nagyobb erőkifejtésre képes, mint a gyors. A mindennapi életben minden mozdulatunkat bizonyos optimális sebességgel végezzük és gépeink, készülékeink is ehhez vannak méretezve. (Például a kerékpár pedáljának a hossza, az ajtókilincs hossza, stb.) Uj mozgások gyakorlásánál a helyes sebesség megtalálása is tökéletesedik.

A sebességi és az erőkifejtés arányának a tanulmányozása munkagazdasági szempontból is igen fontos *(Taylor).*

Az izmok, mint emelőkarok mozgatói.

Mint minden szilárd tagokból álló mozgó rendszernek, úgy az emberi testnek a mozgásai is az egyszerű gépek mechanikájára vezethető vissza. Izülő tagjaink nagyjából emelőrendszert képeznek és így izmaink működését is elsősorban az emelők törvénye szabja meg. A szereplő erők: egyrészt az izomerő, másrészt a legyőzendő ellenállás. Az izom ereje annál jobban érvényesül, minél meredekebben áll a mozgó emelőkaron. Ez és a Schwann-féle tétel figyelembevétele adja meg a tornagépek mechanikájának alapját.

A több izületet áthidaló izmok támadási szöge széles határok között változik az egyes izületek helyzete szerint és az inak gyakran nem az izomtestek hossztengelyének egyes folytatásában tapadnak, hanem olyan szögben, mely akkor is mozgóképessé teszi, ha az izmok összehuzódási iránya az emelőkarokkal párhuzamos. Gyakran az izületi nyulvány vastagsága javítja az erő behatásának kedvezőtlen helyzetét. Trochleák, szalagos lekötések, az izmok elfutása egymás felett igen bonyolulttá teszi a helyzetet.

Az egysikban történő egyszerű emelőmozgás az ember izületeiben igen ritka; még leginkább az ujjpercek közötti izületekben látjuk megvalósítva. A legtöbb izom nemcsak egy sikban történő emelőmozgást szolgál, hanem elforgatást és az emelő sikjától eltérő mozgást is. (például a kétfejüizom működése a könyökizületben, mely hajlításon kivül forgatást és még némi pronálást is végez.)

Ugyanez az izom különböző mechanikai rendszeren és különböző mozgást szolgálva dolgozik az áthidalt izületek különböző helyzetei szerint. (például a körtealakú

izom, ha a comb a csipőizületben nyujtás és hajlítás közötti középállásban van, akkor távolít, erősebben nyujtott combot kifelé, erősebben hajlítottat pedig befelé fordítja, minden esetben más méretű emelőrendszeren dolgozva.)

Bármennyire fontos is az izmok működésének mechanikai ismerete, a mechanóterápia szempontjából nincs különösebb jelentősége, mert a legnagyobb ritkaság, hogy beavatkozásainkkal egyes izmokat akarunk befolyásolni, mindég egész izomcsoportokkal van dolgunk és bármennyire is elemezzük, legfeljebb mozgástani, de nem izomélettani elemekre bonthatjuk fel őket.

A dinamikus és a statikus izomműködés.

Dinamikus izomműködésről szokás beszélni akkor, ha az izomösszehúzódást a tagok elmozdulása követi. Statikus az izom működése akkor, ha az eredmény valamely testrész rögzítése. Statikus izomműködésről csak akkor lenne szabad beszélni, ha az izom elmozdulás nélkül tartana egy erővel egyensúlyt. Pl. ha erőnket meghaladó súlyt próbálunk emelni. Gyakran a látszólagos mozdulatlanság a munkavégző és az antagónista izomzat szaporán váltakozó működésének az eredménye. Ilyen állapotok a közönséges testtartások (állás, ülés, vagy a szabadgyakorlatok számos mozdulatlan helyzete).

A hosszában nem változó, statikus működésű izomról is 5—20β időközös kétfázisú akciós áramok szakadatlan sora vezethető el. *(Foix, Henriques* és *Lindhart*, stb.)

Számos statikusnak látszó működés lényegében az antagonistáknak kis időközökben váltakozó dinamikus izommunkája, de nem igazi statikus összehuzódás. A test egyenes tartása, vagy más hosszasan tartó helyzetben a súlypont apró kilengése, reflex úton kiegyenlítődő izomműködés. Ezt bizonyítja az a körülmény, hogy a helyzet csak látszólag mozdulatlan, de tulajdonképpen szapora hullámú remegés észlelhető.

A tónikus összehúzódás.

Meg kell különböztetnünk az izmok tetanikus összehuzódását a tónikus összehuzódástól és a tejsavtermeléssel járó fibrilláris összehúzódást a harántcsíkolt izom olyan működésétől, melyet a simaizom mintájára fejt ki. Ma már bebizonyítottnak vehető, hogy egész izomrendszerünknek tónikus beidegzése is van, mely leginkább reflex úton állandóan befolyásolja izomzatunk feszültségi állapotát, közvetlenül észlelhető módon. A normálistól eltérő tónikus izomműködés csak beteges állapotban, bizonyos magas idegrendszeri központok kikapcsolásakor érvényesül. Mérgezések és betegségek (bulbocapnin, hydrokephalus, stb.) az emberi izmok tartós összehuzódására vezethetnek, melyeknél sem akciós áram, sem izomhang sem adja jelét a „belső munkának." *(A. Fröchlich, H. Meyer).* Hasonló összehúzódások észlelhetők a hipnózisban és a hisztériánál is.

Bár az az elmélet, hogy a tónusos összehuzódás a sarcoplasma működése lenne, míg a tetánikus a harántcsíkolt rostoké *(Bottazzi)* és míg az előbbit szimpatikus, az utóbbit cerebrospinalis pályák idegeznék be *(Perroncito, Bolke)*, nem nyertek kellő igazolást, mégis bebizonyítottnak kell venni, hogy izomzatunknak az akciós áramok termelésével járó összehúzódáson kívül más eredésű hosszuság és rugalmasság változásai is vannak, melyek ismerete fontos a fizikoterápia szempontjából.

Az izomtónus mérésére biztos eljárásaink nincsenek, még legjobban tájékoztattnak az izom keménységére és a rugalmas nyomási ellenállásra vonatkozó mérések *(Mangold, Gildemeister, Bethe). Wacholder* vizsgálataiból kitünik, hogy minden izomnak különböző akciósáram-mentes nyugalmi helyzetei lehetnek. Rendszeres mérések azt mutatják, hogy minden ember nyugvó izmai jellegzetesen különböző rugalmasságuak, illetve keménységüek a rendszeresen végzett munkától és erőkifejtéstől függően. Függ a keménység a vegetativ idegrendszer egyensúlyi állapotától, vagy ezzel kapcsolatban a lelkiállapottól, sőt még a hangulatoktól is. A mechanoterápia szempontjából fontos az a megállapítás, hogy ugyanazok a körülmények fokozzák az izom tónusát, melyek a hipertrófiáját is elősegítik. A rendesnél erősebb izom rövidültebb, keményebb a nyugalmi helyzetben is. A nehéz munkát végző izmok fokozott tónusúak; a kitartóan, de könnyen dolgozó izmok puhák. (Erős emberek hajlított kar, kéz és deréktartása részben a fokozott tónus következménye, részben pedig onnan származik, hogy az izom inának a növekedése nem tart lépést a vastagodással és a hatalmas izmok egymásra párnázva a feljebb fekvőket viszonylagosan megrövidítik.)

Izmaink a nyugalmi helyzetben sincsenek teljesen ellazítva, különösen mozgásra előkészülő állapotban, vagy izommunkát kivánó testhelyzetben. A nyugalmi feszültség akarattal is befolyásolható és ami a fontos, csökkenthető is *(W. Hueck)*. Ez a körülmény fontos a passziv mozgások és az ellazítási gyakorlatok szempontjából. A különböző izmok feszültségi köre, vagyis a legnagyobb feszültsége és a legnagyobb ellazulási keménysége közötti különbség széles körben változik.

Tartós és megerőltető működés hatása alatt az izom keménysége nő. A változás átlag 20%-os, de lehet 75%-os is *(Oppetz, Marnitz, Jacobi*, stb.). A munka befejeztével a változott állapot hosszabb-rövidebb ideig tart (10—60 perc). Edzett és gyakorlott embernél hamarabb elmulik. A dinamikus munka jobban fokozza a keménységet, mint a statikai.

Különböző izmok különböző mértékben képesek statikus összehuzódásra. Különböző mértékben tudják keménységi fokukat változtatni és különbözőképpen hajlamosak tartós merevség szerzésére. Az embernél éppen ebben mutatkozik a különbség, melyet bizonyos állatoknál már az izom szine is elárul. A halvány izmok gyors, inkább dinamikus, a vörös izmok lassú, inkább statikus működés szervei. Az első csoportba tulnyomólag a hosszú, nagy kilengéseket okozó izmok tartoznak.

Az izom keményebb voltának az okai a kolloidkémiai elváltozások is. Az izom tónusa főleg akkor nő, ha összehúzódása közben külső erő nyujtja. A meg nem terhelt izom nem érheti el a feszültségnek azt a fokát, melyet passzív nyujtáskor elér *(Beck)*. Ez a körülmény magyarázza azt is, hogy az ember izmai más és más maximális erőkifejtésre képesek, aszerint, hogy legyőznek-e valamilyen ellenállást, vagy csak ellenállnak valamilyen kinyujtásukra törekvő erőnek. Feltűnő nagy a különbség a már jelentékenyen összehúzódott izmon, melynek aktiv ereje a Schwann-féle tételnek megfelelően csekély, de amelynek ellenálló ereje nagy. (Például egy nyujtóra felhúzódszkodott ember továbbhúzódszkodását igen kis ellenerő gátolhatja, de lehúzásához sokkal nagyobb erő kell. Ez az észlelés is igazolja, hogy a tónikus beidegzés szerepének gyakorlati jelentősége is van.)

(Folytatjuk)

A dán Leo Retard Insulint — protamin insulin hatása meglepő — klinikai és kórházi kisérletek igazolják. Egy doboz 1000 egység tartalommal 35.— P.

IRODALMI SZEMLE

Belorvostan.

Az analeptikumok jelentőségéről a légzőszervek heveny megbetegedésének kezelésében. *F. Sarkis.* (L' Essor Médical. 1938. 6.)

Szerző heveny pneumonia és bronchopneumonia eseteiben parenteralisan naponta 2—3-szor 1.7 cm. és oralisan 3-szor naponta 20—30 csepp coramint adagolt.. A tapasztalt kedvező hatás bizonyítására 4 rövid kórtörténetet közöl. Szerző acut tüdőbántalmak leküzdésére a coramint értékes fegyvernek tartja, mert a kedvező hatás nemcsak a légzési és keringési viszonyok javulásában nyilvánul meg, hanem a beteg psychéjén is észlelhető, mert a szer le nem becsülhető euphoriát idéz elő. Ugy látja, hogy coramin adagolással a reconvalescentia is megrövidül.

Nemcsak az egészen súlyos, szinte menthetetlen esetek kezelésére tartja a coramint alkalmas szernek, hanem az enyhébb lefolyású bronchitis esetén is értékes szer, mert az expectoratiót megkönnyíti és hígabbá teszi. Szerző egy kartárson, aki súlyos száraz köhögéssel egybekötött bronchitisben szenvedett, jó eredménnyel alkalmazta a coramint, rövid idő multán kifejezett javulást ért el.

Sárkány Péter dr.

A hosszabb ideig használt zink-protamin insulin hatásáról. *E. P. Ralli, H. D. Fein, Fr. J. Lovelock.* (Amer. Journ. of the Med. Scien. 196. 1. 280.)

20 diabeteses beteget 3—72 hónapig tartó ideig kezeltek zink-protamin insulin *(Lilly)* készítménnyel. Az esetek mind súlyosak voltak, napi 3—4 ízben kapták a rendes insulint. 4 betegnek a protamin-zink insulint nem tudták adni, mivel a betegek nem jól tűrték és hatása nem volt olyan, mint a közönséges insulinnak. 16 beteg közül 8 hónap után 5-nél ismét visszatértek a rendes insulinra, mivel glykosuria mellett hypoglykaemia is jelentkezett, a bőrön az injectio helyén csomók keletkeztek. 11 beteg protamin-zink insulin mellett rendes insulint is kapott. Összesen csak 4 beteg esetében volt teljesen kielégítő a protamin-zink adagolás, ezek közül 3-nál az alapanyagcsere —15, —20 és —22% volt. Szerző a protamin-insulin iránti érzékenységet a thyreoidea activitásával hozza összefüggésbe.

Marsovszky dr.

A strophantin hatása peripheriás keringési zavarokban. *H. Zothe.* (Ztschr. f. Kreislaufforsch. 1938. 24.)

Régebbi irodalmi adatokból ismeretes, hogy arteriába fecskendezett strophantin fokozza a peripheriás O-kihasználást. A jelenség oka nem a keringés meggyorsulása, hanem az illető arteriához tartozó capillarisok O-átengedő képességének a fokozódása. Ezen adatok alapján próbálta meg a szerző a strophantint peripheriás keringési zavarokban gyógyítás céljából alkalmazni. Az eredmény általában jó volt, ergometerrel mérve a beteg végtag teljesítőképessége munkavégzés esetén lényegesen nagyobb volt intravenás strophantin adagolása után, mint az injectio előtt. A munkaképesség fokozódása csakis a végtag O-ellátásának a javulásával hozható összefüggésbe. Mérésekkel kimutatható, hogy a keringés a strophantin adása után nem gyorsul meg, úgyhogy az O-ellátás javulása csakis a capillarisok permeabilitásának a fokozódásával hozható összefüggésbe. Hasonló mechanismussal magyarázható a strophantin kedvező hatása angina pectorisban.

Gömöri dr.

Kisérletek és megfigyelések a veritol keringésjavító hatásáról. *J. Meier-Konstmann.* (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 1865.)

A veritol állatkisérletben a tartalékvért mobilizálja, a keringő vérmennyiség emelésével fokozza a szívműködést, javítja a coronaria-keringést, tonizálja az arteriás rendszert. Előnye, hogy a therapiás dosis nagy szélessége mellett kicsi a toxicitása.

Önkisérletben a szerző időrendi sorrendben a következő hatásokat figyelte meg: 0.1 gr. veritol peroralis bevétele után 10 percre nyomásérzés az epigastriumban, bizsergés az arcon, oppressio a szívtájon, erős szívdobogás, fejfájás; 30 perc múlva 215/115 Hg. mm. a vérnyomás (előzőleg 110), extrasystolék, bradykardia, erős izzadás. 40 perc múlva csökken a vérnyomás a normálisra, a gyengeségtől és fejben keletkező nyomásérzéstől eltekintve minden tünet megszünt.

A szerző szerint a bradykardia vagushatás; a rhythmuszavarok, legnagyobbrészt ventricularis extrasystolék oka egyrészt vagushatás, másrészt a veritolnak az ingerületvezető rendszerre való hatása útján jönnek létre és a kisebbfokú nyomásérzéstől a súlyosabb sensoriumzavarokig minden foka felléphet.

Izomba adva ugyanazon hatásokat látjuk; eltérő megfigyelések, hogy több ízben lépett fel bigeminia, az Ekg. utólengése nagyobb és az U-hullám szintén nagyobb. Viszont fontos, hogy a hatás után reactiv vérnyomáscsökkenés jöhet létre. Melléktünetet alig láttak. Intravenásan alkalmazva a hatás az előbbiekkel egyező, csak a pitvar-kamrai átvezetés meghosszabbodott, ami esetleg átmehet Wenckebach-periodusba.

A veritol indicatiója a tisztán peripheriás keringési zavar; a szíveredetű keringési zavar gyanújánál csak nagy elővigyázattal és kis dosisban (0.02 gr.) adható; hypertonia esetén nem javalt.

Grémer Antal dr.

Szülészet.

Gerincvelősorvadást utánzó terhességi mérgezés. *Offergeld.* (Arch. Gyn. 1938. 167.)

27 éves asszony. Első terhessége alatt a végtagokon időnkint görcsös, fájdalmas rángások jelentkeztek. Az aszszonynak ezenkívül hasmenése volt. Szülés előtt ehez még vizenyő, fehérje-vizelés, makacs álmatlanság társult. Második terhessége alkalmával e tünetek újból jelentkeztek, idegrendszeri elváltozásokkal előtérben. Végtagfájdalmak, fokozott reflexek, gyomorgörcsök, hányás voltak a fontosabb tünetek. A terhesség VIII. hónapjában ezekhez még vizelési nehézségek társultak. Szülés után az egész kórkép ismét gyorsan visszafejlődött. Harmadik terhesség alatt a már ismert jelenségek újból azonnal jelentkeztek erős nyálfolyással, fáradságérzéssel, érzéketlenséggel az ujjakon. A terhesség III. hónapjában fenyegető vetélés miatt szerzőhöz került. A beteg előzőleg ideggyógyásznál volt, aki a hiányzó patellareflex, a merev, nem reagáló pupillák, stb. miatt hátgerincsorvadást állapított meg. A vetélést megakadályozni nem lehetett, úgy hogy a méhet ki kellett takarítani. Egyes tünetek azonnal, a többiek 2 héten belül teljesen visszafejlődtek, a reflexek ismét rendesen kiválthatók voltak, a beteg teljesen tünet- és panaszmentessé vált. Az elvégzett serologiai vizsgálatok vérben és liquorban negativ eredményt adtak. A terhesség tehát esetében a hátgerincsorvadáshoz hasonló jelenségeket idézett elő. Valódi tabes dorsalis a terhesség megszakítása után a tüneteknek gyors visszafejlődése miatt kizárható volt.

Thaisz Kálmán dr.

Ismételt császármetszések. *R. Koch.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1938. 118.)

A freiburgi női klinikán az 1930—1937. években végzett ismételt császármetszések műtéti javallatát az esetek kilenctized részében a szűk medence képezte. Az ismételt császármetszés kivitele (transperitonealis, supracervicalis mód) általában még többszöri ismétlés alkalmával sem volt nehezített. Jelentős összenövések esetén kivételes esetekben a méhtesti metszés vált szükségessé. Anyagukban az ismételten végzett császármetszések gyógyulási és halálozási arányszáma az első császármetszések eredményeivel szemben kedvezőbbnek mondható. Az ismételt császármetszésekkel kapcsolatos meddővétel kérdésében 5 év óta az újabb felfogást követik, melynek kialakulásában a népességpolitikai szempontok, valamint az utóbbi években az ismételt császármetszések kedvező klinikai tanulságai játszottak főszerepet. A revideált álláspont szerint a meddővétel javallatát nem az ismételt császármetszések száma, hanem a műtéti területen talált jelentős szöveti elváltozás képezi.

Kriszt József dr.

A tartós evipan altatás klinikai tapasztalatai. *Winkler és Klees* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1938. 117. 2.)

150 hasmetszéses műtét alkalmával végzett tartós evipan-altatás tapasztalatairól számol be. Igen fontos az előkészítés, az irodalomban ismertetett számtalan mód helyett 1.5 ccm. narkophint, dilaudidot és 0.05 ccm. morphiumot próbálták ki összehasonlításképen és a legjobb eredményt narkophinnal érték el, mely morphiumnak és narkotinnak a keveréke. 3/4 órával a műtét előtt kapta meg az injectiót a beteg és ezzel az előkészítéssel 2—3 órás műtétet is el tudtak végezni, az izgalmi állapotok is elmaradtak és az evipanból is kevesebb volt szükséges. (Legna-

gyobb evipan-adagja egy 3½ órás műtétnél 3.8 gr. volt.) Az evipan adagolását a következőképen végezték: az első 60 másodperc alatt 1 ccm-t adtak, az alváshoz 1, 2, legfeljebb 3 ccm. evipan mindig elégséges volt. A műtét megkezdéséhez azonban még 3—4 ccm. szükséges. Általában az első 10 percben 10 ccm-t adtak. A további adagolás köbmilliméterenként történt a peritoneum megnyitásáig. Az adagolás módját illetőleg felemlíti az összes készülékeket, azonban ezeket nem tartja célszerűnek, ők mindig csak egy közönséges 20 ccm-es fecskendőt használtak 10%-os evipan-oldattal. A fecskendőt szükség esetén óvatosan ki lehet cserélni. A beteg karja a műtőasztalra helyezett kartartóban nyugszik. Bealvadás, thrombosis, stb. elkerülhető, ha az altató ügyes. Az evipan-narkosis hátránya, hogy két embert igényel, mivel aki a befecskendezést végzi, nem tudja a beteg állát tartani. 150 esetük közül mindössze 3 alkalommal kellett az altatást még aetherrel is kiegészíteni. A belégzéses altatással szemben előnye: nincs kezdeti shok, nincs kezdeti excitatio, hányás ritkán fordul elő, a műtét utáni tüdőszövődmények igen ritkák. A vérnyomásra, pulsusra, a légzésre nincs lényeges befolyással. Sikerrel alkalmazták vérkeringési ártalmak, vitiumok és főleg tüdőszövődmények alkalmával (bronchitis, asthma, stb.). Ismételt evipan-altatás esetén megszokást nem észleltek. 25 evipanban végzett császármetszés alkalmával a magzatra nézve sohasem találtak ártalmat (asphyxia). Az esetek felében a magzatok enyhe bódulatban voltak, de csakhamar feléledtek. Súlyos terhességi toxicosis esetén evipant nem alkalmaznak a májártalom miatt. A műtét utáni esetleges nyugtalanság morphiummal könnyen csillapítható volt. A betegek a műtét után az evipan mennyiségétől függetlenül kb. még 2 órát aludtak. A felébredést coraminnal és neospirannal igyekeztek elősegíteni. Egyízben paravenás inj. miatt a könyökhajlatban genyedést kaptak, egyébként más szövődmény nem fordult elő.

Thaisz Kálmán dr.

Szemészet.

Aether szaruherpes ellen. *Roggenkämpfer.* (Klin. Mon. Aug. 101. 284.)

Mivel kezdődő ajakherpes esetén az aetheres érintés bevált módszer, szerző 22 esetben próbálta ki azt. Érzéstelenítés után keményre sodort vattával ellátott fogpiszkálót aetherbe márt s a szaruelváltozásokat alaposan megdörzsöli. Legjobbak az eredmények keratitis dendriticában, gyengébbek punctatában; filiformis 5 esetéből 3 gyógyult, 2 nem (elfajulásos tünet!). Disciformis nem reagál. Vízelvonás és hideghatás nem magyarázzák a gyógyeredményeket. Valószínűbb, hogy az aether hatására fehérjehasadástermékek keletkeznek, melyek fajlagosan mérgezik a virust. A kényelmes és hatásos módszert szerző a herpes felületes alakjaiban ajánlja.

Grósz István dr.

Tavaszi kötőhártyagyulladás. *Whalman.* (Amer. Med. Ass 1938. juniusi üléstudósítás.).

50%-ban allergiás személyi anamnesis, további 20%-ban családi allergia. Savanyú vegyhatású oldatok tünetileg beváltak: ¼%-os ecetsav vagy phosphat puffer (pH 6.6) *Hosford* szerint. A „kövezet" ellen trichlorecetsav-érintés vagy szénsavhó. A rádium hatásos, de a limbusi alakban meggondolandó a védelem hiánya miatt. A hypertrophiák ellen szájnyálkahártyaátültetés. Fajlagos allergének kimutatása s a velük való desensibilizálás csekély értékű.

Beigelman sincs meggyőződve a fajlagos desensibilizálás értékéről, noha a bántalom allergiás vonásai kétségtelenül fennállnak (eosinophilia, előzmények, légzőszervi és bőrjelenségek). Feltűnő a metszetekben az allergiára jellemző vizenyő teljes hiánya. *Lemoine* is csupán időleges tünetmentességet ért el pollenkivonattal; elsőízben a téli immunizálás eredményes volt, a 2. évben sok visszaesés, a 3-ban teljes balsiker. 10%-os citromsav jó tüneti kezelés. (Nem történik említés a parathyreoidea, mész és C-vitamin beviteléről. Ref.)

Grósz István dr.

Trachoma sulfamid-kezelése. *Loe.* (Amer. Med. Ass. 1938. júniusi üléstudósítás.)

Szerző elsőnek ajánlotta e therapiát. 140 indián beteg kezelésének tapasztalatai: fénykerülés, könnyezés már néhány nap alatt megszünt. A tüszők megkisebbedése, a pannus tisztulása, a kötőhártya vékonyodása szintén észlelhető volt. Adagolás: napi 4 cg./testsúlykg. 10 napon át.

Gradle 41 betege közül 5 a kezelést abbanhagyta mérgezéses tünetek miatt (cyanosis). Trachoma II. és III. igen jól reagált, úgyszintén a pannus is. A vastag kötőhártya megvékonyodik, erek láthatóvá válnak, mindez három hónap alatt. Fénykerülés és könnyezés minden szakban hamar megszűnik. A szert a heveny szakban kiváló ellenszernek tartja.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Idült epidemiás agyvelőgyulladás (Parkinsonismus) kezelése. Bolgár- kura „Homburg 680"-al. *Witzleben* és *Werner.* (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 33.)

Az alkalmazott készítményben ccm-kint 3 mg. összalkaloida van: 2.3 mg. hyoscyamin, 0.6 mg. atropin és 0.09 mg. skopolamin. A készítmény a bulgár gyökér percolatjából készül, melyet egyelőre sokkal hatásosabbnak kell tartani, mint a tiszta anyagok keverékét. A szer adagja eleinte 2x1 csepp, melyet naponta 1 cseppel emelnek. A mellékjelenségek közt torokszárazság, reggeli gyengeség, sőt psychés tünetek, mint levertség és depressiók érdemelnek figyelmet. A dosis nagyságát egyénien kell megszabni, az a helyes dosis, ahol se a szer mennyiségének mérsékelt csökkenése, sem emelése nem módosítja a hatást. A mérsékelt dosisok alkalmazása mellett is jelentkeznek egyes toxikus tünetek, mint akkomodatio-zavarok és torokszárazság. Fontos, hogy a kezelés alatt a beteg növényi étrenden éljen, legfeljebb kétszer hetenkint adnak borjúhúst, ahol erre látszólag szükség van. Teljesen tilos alkohol, nikotin és feketekávé élvezete. Fontos a széklet- és vizeletürítés, valamint a szájápolás gondos ellenőrzése. Az alkalmazott dosisok 2x3—3x15 cseppig változnak, kivételesen ennél többet is ad. Ahol a tünetek hevenyebbek, ott nagyobb, enyhébb tünetekben kisebb adagok szükségesek. A betegek a szert azután is szedni kényszerülnek, ha az intézetben a megfelelő adagra „beállították" őket, természetesen orvosi felügyelet alatt.

Surányi Gyula dr.

Pneumonia halandóság és antirachitises kezelés. *Grüninger—Droste.* (Jahrb. f. Khk. 151. 3.)

A düsseldorfi gyermekklinika anyagát dolgozták fel 1924-től 1937-ig. Tapasztalataik szerint az összes pneumoniákban, kivéve a lobáris és abscedáló pneumoniákat, a rachitikus betegek nagyobb életveszedelmnek vannak kitéve. A különböző csoportokba sorolt pneumoniák halálozási arányszáma a szabadlevegőkezelés bevezetésével egyöntetűen csökken. A szabadlevegőkezelés kedvező hatását, különösen a pertussissal kapcsolatos és szövődményes bronchopneumoniák esetén, erőteljes antirachitises kezeléssel fokozni lehet. Ugyanilyen értelemben nagyon kedvező hatása van a D_2 vitamin „lökés" alkalmazásának.

Schneider Sándor dr.

A pertussis vaccina kezeléssel nyert tapasztalatok a klinikai és magánpraxisban. *Holzmann.* (Dtsch. Med. Wschr. 1938.)

35 csecsemőt és kisgyermeket kezelt petein-nel. A betegség lefolyása nagyon enyhe volt, complicatio csak ritkán lépett fel. Úgy therapiás, mint prophylaktikus alkalmazását ajánlja.

Móritz Dénes dr.

Poliomyelitis. *H. Opitz.* (Kinderärztl. Pr. 1938. 5—6.)

Klinikáján megfigyelt 120 eset alapján ismerteti a Berlinben 1937-ben lezajlott polyomyelitisjárványt. Legtöbb megbetegedés szeptember hóban fordult elő. A megbetegedések egyharmada a 6 éves koron belül következett be. Halálozási százalék 11.6% volt. Utal a korai diagnosis fontosságára és ismerteti a prodromális szak tüneteit. Korai diagnosis céljából fontosnak minősíti a lumbalpunctio kapcsán megejtett liquorvizsgálat eredményeit.

A járvány alkalmával a polyomyelitisnek minden alakját megfigyelte. Differentialdiagnostikai szempontból gyakran nehézséget okozott a meningealis és enkephalikus alak. Prophylaxis és therapia szempontjából a reconvalescens serumot tartja a legmegbízhatóbbnak.

Timcsák Alice dr.

Gyermekkori pneumococcus peritonitis differential diagnosisa és therapiája. *G. Huber.* (Kinderärztl. Pr. 1938. 6.).

A pneumococcus peritonitis diferentialdiagnostikai nehézségeit tárgyalja és leírja az acut stádium jellegzetes

tüneteit. Diagnosis szempontjából legfontosabbnak tartja a vérképet (erős leukocytosis, kifejezett balratolódás és lymphopenia), továbbá a positiv vizeletleletet (albumen, üledékben leukocyták, cylinderek) és a garatváladék gyakran pneumococcus-positiv leletét. Ha klinikailag teljes bizonyossággal pneumococcus peritonitis diagnosisa áll fenn, a sürgős műtét nem indikált, viszont amennyiben esetleg appendicitisre van gyanú, szükséges az azonnali operativ beavatkozás. Tapasztalatai alapján igen jónak minősíti a műtétet megelőző vértransfusiót.

Timcsák Alice dr.

Fülészet.

Orbánc csecsnyúlványfelvésés után. *Seppälä.* (Acta otolaryngologica. XXVI. 5.)

877 csecsnyúlványfelvésés közül 80 esetben, tehát 9.1%-ban lépett fel műtét után orbánc. Érdekes megjegyezni, hogy radicalis orrmelléküregműtétek 1%-ában, manuláműtétek 0.15%-ában fordult elő ugyanezen idő alatt orbáncos szövődmény.

173 esetben már korán, a betegség felléptét követő második hetén kellett a csecsnyúlványműtétet elvégezni és erre a csoportra esik az összes orbáncbetegedések nagyobbik fele (80-ból 46, 173-nak 26.5%-a), míg a később — nem annyira heveny állapotban operált betegek csak kisebb százalékban betegedtek meg orbáncban (704 közül 34 = 4.8 %). Az orbánc egy esetben sem társult valamely koponyaüri szövődménnyel, sőt összehasonlításkor kitünt, hogy az orbánc előfordulását és a koponyaüri szövődményeket jelző görbék teljesen ellentétes irányúak, mintegy kizárják egymást. (Referáló anyagában előfordult orbánc és agyhártyagyulladás együttes fellépte igen rossz kórjóslatot nyujt.)

Korai csecsnyúlványműtéteket főleg lázas influenzás középfülgyulladásoknál kellett végezni és ezek gyakran szövődtek orbánccal. Vörhenyes csecsnyúlványgyulladás műtéte után egyszer sem lépett fel orbánc, ellentétben *Mc Kenzie* adataival, aki gyakran észlelt vörhenyes mastoidektomia után orbáncot. (A mi megfigyeléseink is *Mc Kenziet* igazolják, mert a Szt. László kórház nagy vörhenyes anyagában 19 esetben figyelhettünk meg vörhenyes csecsnyúlvány felvésés után orbáncot az elmúlt 2 évben. Ref.)

Heveny állapotban operált egyéneken az orbánc gyakori fellépését azzal magyarázza, hogy a súlyosabb fertőzéssel küzdő szervezet csökkent ellentállóképességét a műtét még jobban lerontja és elősegíti a fertőzés elterjedését orbánc formájában.

Az orbánc a lázas szakban — tehát magas virulentiájú baktériumok mellett — operált egyéneken azonnal a műtét után lépett fel, tehát a kórokozók a műtéti területről származtathatók, míg a láztalan szakban operáltakon kivétel nélkül később, napok múlva lépett csak fel az orbánc. Az is elősegíti az orbánc felléptét, ha a bőr sebszélei bőven érintkeznek műtét közben gennyel, ezért gyakoribb az orbánc pl. subperiostalis tályog esetében. De a később, napok, sőt hetek múlva fellépő orbánc rátereli a figyelmet a vegyes fertőzések lehetőségére és arra, hogy az utókezelésnek és esetleges újabb feltárásoknak mennyire aseptikusoknak és kíméleteseknek kell lenniök.

Elkülönítő kórisme szempontjából a sinusthrombosis, túlérzékenység jód és egyéb fertőtlenítő szerekkel szemben és az igen ritka erysipelas phlogmonosa jöhet számba. Borzongás és magas láz mellett a bőrpirt megelőző és korán jelentkező nyomási érzékenység a műtéti terület környékén, esetleg regionalis mirigyek érzékenysége terelheti a figyelmet orbáncra. Az erysipelas phlegmonosát azonnal szélesen fel kell tárni, hogy az általános fertőzésnek elejét lehessen venni. Az összes orbánc megbetegedések meggyógyultak, így tapasztalatai szerint teljesen jóindulatúak.

Krepuska István dr.

Bőrgyógyászat.

Nicolas—Favre-betegség előfordulása húgycsőben. *Bizzozero* és *Midana.* (Ann. de derm. et de syph. 1938. 10.)

Szerzők szerint jellemző a kórképre annak lassú fejlődése. Subjectiv tünetei enyhék, vagy teljesen hiányoznak. A húgycsőváladékban bakteriumok nincsenek, a folyamat a különböző kezelésekkel szemben resistensen viselkedik. 15 lymphogranulomás húgycsőfolyás esetéről számolnak be. Mind a 15 beteg húgycsőváladékából készített antigen lymphogranulomás betegeken igen erős Frei-reactiót váltott ki, míg egyéb antigenekkel reactiót nem tudtak kiváltani. Ezzel szemben egészséges egyéneken az említett antigennel végzett reactiók negativak voltak. Egy lymphogranuloma inguinaleben szenvedő betegüktől származó húgycsőváladékból készült antigennel a reactio negativ volt, mivel ennek a betegnek urethritise nem volt lymphogranulomás eredetű. A betegség incubatiós ideje 4—15 nap. A folyamatra jellemző enyhe, viszkető, égő érzésen kívül a húgycső szájadékában spontan, vagy nyomásra jelentkező fehér, vagy szürkésfehér csepp. Vizelet első része zavaros, második rész 11 betegük esetében zavaros, 2-ben zavaros és szálcsás, 2-ben pedig csak néhány szálcsát tartalmazott. Górcsövi vizsgálattal úgy a váladékban, mint a szálcsákban genysejteket, hámsejteket, nyálkát találtak, bakteriumot azonban nem tudtak kimutatni. Inguinalis nyirokmirigyek egyetlen eset kivételével nem tapinthatók. Urethroskopos vizsgálattal elváltozásokat elsősorban a hátsó húgycsőben és a hólyagnyakon figyeltek meg. Szerzők a betegség kisérleti átvitelét is demonstrálták: physiologiás konyhasóoldatban oldott lympogranulomás geny endourethralis bevitele útján. Különféle kezelések közül legjobb eredményeket az antimon készítmények adják, főleg ha azokat kezdeti szakban alkalmazzák.

Árokháty Vilmos dr.

A haj physiko-chemialag kimutatható változásai therapiás és kozmetikai beavatkozáskor. *A. Marchionini, Ankara* és *L. Draeseke,* Freiburg. (Derm. Wschr. 1938. 41.)

A Marchionini és Arets-féle készülékkel végzett csavarási-szakítási mérések megállapították, hogy a therapiás beavatkozások a haj keratinját physikai-chemiai tekintetben különböző módon befolyásolják. Amíg a savanyító gyógyszerek (pl. salicyl-olaj, salicyl-resorcin-spiritus, asiderm-hajvíz) a keratin-colloidokat említésreméltóan nem változtatják, addig az alkaliás beavatkozások (pl. therapiás szappanos mosások) a csavarás- és szakitásállóság jelentékeny csökkenését eredményezik. Bariumsulfamid kis concentratióban és rövid behatás alatt alapvetően megváltoztatja a haj physikai-chemiai szerkezetét. Kozmetikai beavatkozások is befolyásolják is a keratincolloidot physikai-chemiai tulajdonságában a savi alkali hatás törvényeinek megfelelően. Amíg a sötétre festés megsavanyított Hennaoldattal a hajat csaknem befolyásolhatatlanul hagyja, a hajhalványítások, (szőkítés) és a tartós ondulálás a rugalmasság pathologiás megváltozásához vezetnek. Mindkét folyamat a lugosításnak tudható be, mely elsősorban a keratinra ártalmas. — A hydrogen-hyperoxid is kellemetlen hatást gyakorol és úgyszintén a nagy meleg, mert jelentékenyen befolyásolják a haj colloidjait.

Szép Jenő dr.

Szárnyas tuberculosisbacillus okozta sarkoidhoz hasonló bőrtuberculosis. *Danbolt* és *A. Brandt.* (Arch. f. derm. u. syph. 1938. 178. 1.)

Ötven éves asszonyon hat fényképpel közölnek egy sarcoidhoz hasonló bőrtuberculosist, amely főleg az arcra localizálódott és a szárnyas typusú tuberculosist idézte elő. A kórokozót a bőr beszürődéseiből kitenyésztették és a tenyészet alakja, növekedési módja és állatpathogenitása alapján azanasították (tengerimalacra nem, ellenben nyulra és tyúkra erősen pathogen volt.) A beteg positiv tuberkulinpróbát adott tyúktuberculosissal; valamivel gyengébb volt a reactio human tuberkulinnal szemben. Az esetet sarcoidhoz hasonló bőrtuberculosisnak tartják és nem Boeck-féle sarcoidnak, miután véleményük szerint ez utóbbit aligha okozza tuberculosis. Ugyanazon módszerrel, mint amilyennel esetükben eljártak 6 typusos Boeck-sarcoidot is megvizsgáltak, de mindegyik negativ eredménnyel járt. Ugyanezen technikával még 33 lupus vulgaris esetet is átvizsgáltak, anélkül, hogy csak egy esetben is szárnyas tuberculosist ki tudtak volna mutatni. Az összes esetükből emberi typusú tuberculosis bacillust tudtak elkülöníteni. A savmethodus szerint végzett szövettenyésztést erősen hangsúlyozzák és felfogásuk szerint tuberculosisra gyanus esetekben az ojtási kisérletek mellett ez is mindig elvégzendő. Végül beszámolnak szárnyas tuberculosis vizsgálataikról, amelyeket Norvégiában háziállatokon végeztek. U. i. azon a területen, ahonnan betegük származott, a tyúkólakban és disznóhizlalókban tuberculosist találtak. 160 tuberculotikus disznó közül szárnyas tuberculosist 80%-ban, emberit 17.5%-ban, szarvasmarha tuberculosist 2.5%-ban állapítottak meg. Nem lehetett kizárni emberről tovaterjedő szárnyas tuberculosis jelenlétét és bár kisérleteik amellett szólnak, hogy Norvégiában ez a bacillustypus emberen nagyon ritkán okoz bőrbetegeséget, mégis szükségesnek tartják ilyenirányú kiterjedtebb vizsgálatok megejtését.

Dóczy Gedeon dr.

Urologia.

A női vizeletincontinentia kezelése. *Martius H.* Göttingen. (Med. Klinik. 1938. 39.)

Részletesen foglalkozik a *Diffenbach* és *Simon* által bevezetett hólyagsipoly-műtétekkel s azok következményeivel, a műtéti terület anatomiájával. *Hoffmann* a női incontinentia kezelésére hetenként kétszer 50.000, később pedig ugyancsak hetenként kétszer 10.000—20.000 I. E. folliculus hormon adagolását ajánlja. Szerinte a hólyag záróizomzatának neurohormonalisan feltételezett tonusfokozódásáról van szó. Szerző követve *Hoffmann* ajánlatát, az utóbbi időben enyhébb természetű működési incontinentia és nem kielégítő eredménnyel járó műtétek eseteiben 8—10 napon keresztül napi 10.000 I. E. follikulus hormont ad jó eredménnyel. Ugyanezt a kezelést a műtétek utáni sebgyógyulások siettetésére is jó eredménnyel alkalmazta. Azóta a műtéti naptól számított 8—14 napon keresztül prophylaktikusan adagolja a szert.

Fülöp Gyula dr.

Pyelorenalis elváltozások nyomán létrejött uretertágulat. *O. Franche.* (Journ. d'Urol. 1938. 5.)

Előfordul, hogy valamely uretertágulatnak nincs semmi alacsonyan fekvő oka s amelynek egyetlen magyarázatát a vesék, vagy a vesemedence kóros elváltozása, legtöbbször hydronephrosis, vagy renalis ptosis adja. Ez a tágulás terjedhet az egész ureter hosszára, vagy csak annak felső kétharmadára, addig, ahol az ureter áthalad a kismedencébe. Ez az elváltozás azonban nem minden esetben van jelen, nem csatlakozik szükségszerűen a fenti elváltozásokhoz. Éppígy nincs párhuzam a pyelorenalis elváltozás és az uretertágulat között. *Fey*, majd *Henline* és *Brandey* hangoztatták a sorozatos pyelograpiás felvételek szükségességét, mert az ureter peristaltikus összehúzódása összetéveszthető akadállyal és felesleges műtétnek képezheti alapját. Legtöbbet láthatjuk ezt a tágulást terhesség alatt, ami azonban a szülés után 3—7 hét alatt visszafejlődik. A reversibilis esetekben a kórok tulajdonképen uereteratonia. Bizonyos az, — mondja *Mariont* idézve —, hogy nem kell törődnünk a tágulat fokával és kiterjedésével, ha a vese részéről hydronephrosis képe és panaszai állnak fenn, mert a vesén végzett beavatkozás, a vese felvarrása, a polaris edény resecálása megszünteti a fájdalmakat az uretertágulás fennállása mellett is, anélkül, hogy az uretertágulás alsó végének helyén bármi beavatkozást végeznénk.

Vizkelety Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Anatomia del neonato. *Bellelli Francesco.* (G. U. F. Mussolini Sezione editoriale Napoli. 1938. 229 oldal. 109 ábra.)

A minden ízében eredeti, kitünő ábrákban bővelkedő könyvben az emberi szervezetnek szülése utáni, két-három hetes koráig fennálló anatomiai viszonyainak szemléltető leírását találjuk. Minden során érzik, hogy a szerző nemcsak az irodalomban található adatokra támaszkodott, hanem önállóan, vizsgálatok alapján állapította meg az újszülöttre vonatkozó, tulajdonképen még a fejlődéstan körébe vágó különleges adatokat. A test és a szervek különleges alakjának és arányainak és súlyviszonyainak részletes ismertetése után a csontok alaki- és csontosodási viszonyainak szentel hosszabb fejezetet, majd az izülettan, izomtan, értan, zsigertan, a belső elválasztású mirigyek az idegtan és az érzékszervek fejezeteiben élesen kidomborítja a gyermekorvostan nézőszempontjából különösen fontos anatómiai tényeket. Ez a könyv is annak a különös gondosságnak tanujele, amellyel Olaszországban a gyermek sorsát kisérik.

Huzella Tivadar dr.

Les hépatites. *Maurice Loeper.* (Masson et Cie. Paris, VI. 1937. 262. oldal, 48 ábrával. Ára: 60 fr.)

A májbetegségekkel foglalkozó orvos előtt nem ismeretlen *M. Loeper* neve, aki ebben a munkájában 35 esztendő nagy tapasztalatát gyüjtve össze, májmegbetegedésekre vonatkozó megfigyeléseit adja közre. Annál is értékesebbek ezek a megfigyelések, mert olyan hatalmas anyagon szerezte őket a szerző, mint amilyen a párisi St. Antoine kórháze s oly avatott kéz és kiváló kutatótól kapjuk, mint a szerző.

A munka 14 részből áll, amelyek közül a legjobban megírtat nehéz volna megjelölni. Mégis úgy gondoljuk, a benignus catarrhalis hepatitisről, az epekövekről, a spirochaetosis okozta hepatitisekről, a malignus hepatitisekről, a szív, a chronikus hepatitisekről és a cirrhotikus betegek peritonitis tuberculosa-járól írott fejezetek azok, amelyek elsősorban említésre méltók. Különösen érdekes minden egyes fejezetében az alkoholizmus szerepének tárgyalása a májmegbetegedés szempontjából. Néhány olyan megfigyelést, másutt le nem közölt kisérletet találunk az emlitett fejezetek között, amelyek új megvilágítást adnak a májmegbetegedések sok problémájának.

Ebben a kitünő munkában a májbetegségek diagnostikája, pathologiája és therapiájára vonatkozóan minden orvos értékes útbaigazítást találhat.

Blazsó Sándor dr.

La fibrose pulmonaire des mineurs. *Croizier, Martin* és *Pollicard.* (Masson et Cie, Paris 1938. 214 oldal, 186 képpel. Ára: 165 fr.)

A bányászok tüdőfibrosisát tárgyalja ez a kitünően megírt és röntgenképekkel, valamint makroskópos és górcsövi készítmények bemutatásával tarkított kötet. A tüdősklerosis és különösen a gümős természetű tüdősklerosis kérdése manapság az érdeklődés homlokterében áll és tudnivaló, hogy azt a siliciumos és baktériumos porbelégzés idézi elő. A tüdősilicosis kérdése ma már túlhaladta az ipari betegségekkel foglalkozók érdeklődési körét, mert útmutatást nyujt a gümős fibrosis kérdéseinek megértésében. A végig krétapapíron megjelent munkában a klinikus, a röntgenologus és a kórboncnok együttmüködése a valóban gazdag képanyag bemutatásával és mértékadó taglalásával az új megismerések egész sorát nyujtja, nem csupán az ipari orvostannal foglalkozónak, hanem a phthiseologusnak is egyaránt.

Puder Sándor dr.

Praktikum der Röntgendiagnositik der Thoraxorgane. *Ulrich Spiller.* (Walter de Gryuter & Co. Berlin, 1938. 242 oldal. Ára 16. RM.)

A könyv tisztára gyakorlati szempontoknak megfelelően foglalja össze a szív, tüdő és mediastinum röntgennel kimutatható elváltozásait. Szerző, eltérően az általában szokásos formától, anyagát nem az egyes betegségek szerint csoportosította, hanem a mellkas egy bizonyos területén előforduló, a röntgenképen azonos, vagy hasonló megjelenésü, bár különböző aetiologiáju szervi elváltozások kerültek egymás mellé. Tagadhatatlan, hogy medikusok, gyakorló orvosok, vagy a kevésbbé jártas röntgenesek is könnyebben, gyorsabban megtalálhatják így valamely kérdéses árnyék magyarázatát. A szerző nem törekszik egyes betegségek, vagy betegségcsoportok rendszeres tárgyalására s ezért, a tankönyvet nem pótolja. Értékes tulajdonsága,, hogy különös súlyt helyez a kezdődő kóros elváltozások bemutatására, hogy ilymódon a normalis elkülönítését a kórostól megkönnyítse. Főképen azoknak ajánlom a könyvet, kik, nem hosszabb ideig tartó, methodikus kiképzés után foglalkoznak a röntgendiagnistikával. Munkájukat a könyv megfogja könnyíteni. A gyakorlott röntgenes, s azok, akik tanítással is foglalkoznak, élvezettel lapozgathatják azért mert benne az elkülönítő kórjelzés válogatott, szép eseteit találják egymás mellett.

Erdélyi József dr.

Über primären Lungenkrebs. *R. Opsahl* és *T. Falkenberg.* (Kommission Hos Jacob Dybwad kiadása, Osló. 1937. 48 oldal, 16 ábrával, ára 7 svéd Kr.)

A szerzők az ulleval-i kórház pathologiai intézetében előforduló rákeseteket foglalták össze és dolgozták fel. 1917-től 1935. évig bezárólag 2005 rákesetet észleltek, amelyek közül 56 volt elsőleges tüdőrák. Ezenkívül 14 esetben az elsőleges tüdőrák diagnosisa valószínű volt, míg 8 esetben annak gyanúja állott fenn. A tüdőrák-esetek arányszáma az összes más rákokkal szemben, 5 éves periodusban a következőképen alakult: 1916—1920-ig 1.8%, 1921—1925-ig 2.7%, 1926—1930-ig 3.1%, 1931—1935-ig 3.1%. A szerzők valószínűségi számítás alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az elsőleges tüdőrák a többi rákmegbetegedések számával arányítva szaporodást mutat. A dolgozat főleg az 56 biztos tüdőrák-eset feldolgozásából áll, úgy klinikai, mint pathologiai szempontból. Szövettanilag eseteiknek fele adenocarcinoma volt. A dolgozatot részletes sectiós leletek, valamint értékes szövettani ábrák egészítik ki.

Sebestyén dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 27-i ülése.

Bemutatások:

Romhányi Gy.: *Ritka kisvérköri keringési akadály.* 59 éves autófényező munkáson, aki háromnegyed évig súlyos dispnoe és cyanosis által jellegzett betegség következtében halt el, a -tüdők nagyfokú festenyzettséget, mérsékelt in duratiót, a jobb kamra pedig tetemes túltengést mutatott. Ezen utóbbinak kiváltásában az arteria pulmonalis finomabb ágrendszerének szövettanilag kimutatott nagyfokú beszűkülését okozó sklerotikus elváltozásai voltak szerepeltethetők. — 2. Hat évig fényezéssel foglalkoztatott munkásnő tüdőiben rendkívül nagyfokú gócos exogen pigmentatio állott fenn, súlyos induratióval. Következményes jobbkamra hypertrophia s annak bénulása folytán hirtelen halál. Ezen exogen belégzési tüdőártalmak alapján a fényezőmunkások fokozottabb védelmét tartja szükségesnek.

Holló F.: Bemutató második esetének egy éven át észlelt klinikai lefolyását ismerteti. A beteg első megvizsgálásakor a röntgenfelvétel miliaris tüdőtuberculosis gyanúját keltette, a lefolyás azonban ettől eltérő volt. Hónapokkal a halál előtt munkadyspnoe és fokozódó kisvérkörbeli pangás tünetei voltak észlelhetők a betegen. Megbetegedése előtt 9 évig fém- és edényárúgyárban zománcozó keveréket permetezett a bevonandó fémtárgyak felületére. Ugyanabban a gyárban hasonló munkát végző — most még egészségesnek látszó — munkásnő tüdőfelületén is hasonló miliaris tüdőtbc. gyanúját keltő elváltozás látszik.

Binder L. és **Farkas K.:** *Aorta-aneurysma betörése a vena cava superiorba.* 53 éves férfi esetét ismertetik, kinek a felhágó aortán lévő aneurysmája spontán áttört a vena cava superiorba és a typusos tüneteket okozta: úgymint perforatiós zörej, hirtelen fellépő cyanosis és oedema az arcon, fejen és a törzs felső részén tágult venák, a nagy venákon syst. pulsatióval. A vena cubitalison 76 Hg. mm. venás nyomást mértek véres úton. A beteg az áttörés után még tetemes munkateljesítményekre volt képes és még 17 napig élt. Az eset szövettani tanulsága amellett szól, hogy durvább éröblösödésekkel ott kell számolni, ahol a lueses folyamat különösképen illeti az aorta tápláló ereit. Ezek a helyek az átfúródásnak is praedilectiós pontjai. Az érrepedés a Kórbonctani és Kisérleti Rákkutató Intézet anyagában 37.7%-ot tesz ki. A bemutatott esetben az aorta felszálló részének aneurysmája közvetlen a pitvarba ömlés előtt fúrta át a vena cava superiort és ezen közlekedés az eredményezett súlyos keringési zavarok, magas venás nyomás, a v. c. s.-be torkoló venák diffus tágulata mellett még az agyállományban is kétoldali, nagykiterjedésű lágyulást okozott.

Előadás:

nemes Balogh E.: *Sejtek, szövetek kóros tüneményeit szemléltető újabb biofizikai módszerek.* (Mikrofilmvetítésekkel.) Ismerteti a kristallographiás mikroskopiumi, a röntgendiagrammokra támaszkodó, a látható fény interferentiás, polarisatiós jelenségeit, valamint a szöveti metszetek hamuképeinek a Leitz-féle „Ultropak"-al, a Zeiss-féle cardioid condensorral való elemzését szemléltető eljárásokat. A mikrofluorescentiás módszerek után az infravörös, továbbá az ibolyántúli sugárzással elérhető mikrophotographiai teljesítményekre tér ki, majd az elektronsugárzást értékesítő „Übermikroskop" *(E. és H. Ruska, B. von Borries)* szolgáltatta 28.000-szeresig menő nagyítás biológiai célokra való felhasználhatóságáról számol be. A mikrokinematographia útján meríthető tanulságokat művi szöveti tenyészetek pharmakodynamikai befolyásoltatásáról készült két, intézeti filmjének bemutatásával példázza.

A biofizika, amelyből folyó elveknek és törvényszerűségeknek maguk a bemutatott tudományos mikrooptikai segédmódszerek is keletkezésüket köszönhetik, napról-napra mind nagyobb jelentőségre tesz szert az élő anyag szerkezeti finomságainak szinte a molekulákig menő megismerése terén és vezető irányná fog válni nemcsak a morphologia, hanem az egész orvostudomány fejlődésének számára. (Egész terjedelmében megjelenik az „Orvosképzés"-ben.)

Ács L.: Kiemeli az ultramikroskopos és fluerescens mikroskopos vizsgáló eljárások jelentőségét a kutató és diagnostikus laboratóriumi mikroskopos vizsgálódásokban. A két eljárás közül a fluorescens mikroskopia, mint kutató eszköz, tágabb alkalmazási körrel bir, különösen mióta *Hagemann* és *Gerlach* bevezették a fluoreskáló festékekkel történő kezeléssel létrehozott secundaer fluorescentiás vizsgáló eljárást a viruskutatás módszerei közé. Összefoglalja az egyetemi kórbonctani és kisérleti rákkutató intézetben *Balogh professor* úr indittatására a fluorescens mikroskoppal eddig végzett mikrobiologiai megfigyeléseinek eredményét. Kiderült, hogy az eljárás alkalmas segédeszköz a parasitologiai, bakteriologiai diagnostikában. Tudományos alkalmazását baktérium festékanyagcsere és morphologiai vizsgálatai igazolják.

Joós E.: Színesen fluoreskáló biologiai anyagokról, pirosan fluoreskáló porphyrinekről készített makroskopos és mikroskopos színes fényképfelvételeket mutatott be, megemlítve azt, hogy sokan meg nem oldható feladatnak tartották ezen jelenségeknek színes fényképen való megörökítését.

Majd az infravörös mikrofényképezésről, mint a szövettani vizsgálatok segédeszközéről számolt be. Bemutatott felvételein demonstrálta, hogy a különböző pigmentek (malária pigment, haemofuscin, haemosiderin, anthracosis) jellemző, egymástól eltérő áteresztőképességeket mutatnak az infravörös sugarakkal szemben.

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

Bemutatások:

Reisner Gy.: *Az ultrarövid hullám alkalmazása szembetegeken.* Ötvenhárom eset kapcsán ajánlja az ultrarövidhullám kezelést hordeolum, dacryocystitis ac., darcryoadenitis, a szem védőszerveinek abscessusa és furunculusai, valamint panophthalmitis eseteiben. Blepharitis esetén eredményt nem látott.

Faragó P.: *Foglalkozási asthma.* Foglalkozási asthma eseteit ismerteti. Kiemeli, hogy a foglalkozás megváltoztatása mellett a nem fajlagos desensibilisálásnak is nagy szerepe van.

Előadások:

Fehér L.: *A glaukoma-kérdés mai állása.* A Gróf Apponyi Albert Poliklinika szemészeti osztályán az utóbbi öt évben kb. 25.000 beteg közül 0.5%-ot talált glaukomásnak, kik közül 63% volt nőbeteg, inkább glaukoma inflammat. typussal és 37% férfi, kiknek legnagyobb része simpl.-nek bizonyult. Évszakok szerint osztályozva a téli nónapokban 37%, nyáron 11%-ban oszlott meg a glaukomás rohamok száma.

A betegség végső okát napjainkban a szem belsejében a vérelosztás anomáliájában látja, mely az edényfalazat insuffitientiáján, vagy sklerotikus elváltozásán alapszik, s ilyenkor a vasoconstrictorok helyes működése ellenére sem képes az edény-lumen a szükséges módon alkalmazkodni.

A belső secretiós apparatus és a glaukoma közti összefüggést sem szabad figyelmen kívül hagyni, hiszen ma már mindenki által tudott dolog, hogy a hypophysis, thyreoidea és ovarium a szemnyomás ingadozásának mily fontos tényezője.

Gyógykezelésnél főtörekvés az emelkedett tensio mielőbbi leszállítása a rendes fokra, ami véglegesen csak műtéttel érhető el. Glaukoma infl.-nál iridektomia antiglaucomat.-át, glaukoma simpl.-nél cyclodyalisis sec. Heinet, vagy Elliot-féle trepanatiót végzünk, ez utóbbival az eredmények néha jobbak. Kisegítésként sclerotomia ant. és post. jöhet szóba. A megfelelő diaetáról és a sokszor jelenlévő belső secretiós disharmonia kezeléséről sem szabad megfeledkezni.

Végül megemlíti, hogy az émelygés, hányás, szédülés, homlok-, halántéktáji fájdalmak miatt, melyek bevezethetik a glaukomás rohamot, a betegek egy része gyakorló orvoshoz fordul és ilyenkor őrájuk hárul a feladat, hogy a glaukoma korai felismerésével a beteget minden késedelem nélkül megfelelő intézetbe vagy szakorvoshoz juttassák, mert sajnos, a statisztika szerint a vakságot előidéző okként a glaukoma 18%-kal szerepel.

Weinstein P.: Ismerteti az ú. n. megterhelési vagy provocatiós vizsgálatokat, melyeket latens glukoma kiderítésére alkalmaznak.

Böhm I.: *Orvosi megfigyelések Londonban.* Háromheti angliai szabadsága alatt nyert benyomásairól számol be. Ha az idő rövidsége miatt nem is kaphatott összefüggő teljes képet az angliai orvosi viszonyokról, mozaikszerű megfigyeléseit eléggé jellemzőeknek tartja. Észrevételei részben általános orvosi dolgokra (az orvos tekintélye, tisztelete, anyagi helyzete), részben a londoni kórházi viszonyokra vonatkoznak. Ez utóbbiak közül főként nőgyógyászati és sebészeti műtétek kapcsán nyert tapaszlatatairól ad számot.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának december 5-i ülése.

Előadások:

Nusser A.: *Silicosis-vizsgálatok a pécsvidéki szénbánya-medencében dolgozó bányamunkásokon.* A silicosis a tüdő szövetének a kovasavtartalmú por belégzése által előidézett organikus megbetegedése, mely a kovasavtartalmú porsejteknek az interlobularis septumokban történő lerakódásával kezdődik. A porsejtek körül a vegyi ingerhatás következtében kötőszövetképződés indul meg, mely a silicotikus porodnak, növekednek, majd a zsugorodás következtében egynemű, kérges, a röntgenképen tumorszerű árnyékfoltokká tömörülnek, mindkét tüdőmező infraclavicularis lateralis szélén. A silicotikus elváltozásoknak ilymódon való keletkezése és fejlődése röntgenvizsgálattal jól követhető és három stádiuma szerint jól megkülönböztethető.

A pécsvidéki szénmedencében 1118 bányamunkáson végzett vizsgálatok alapján a silicosist átlagosan 3.3%-ban állapítottuk meg. Az arányszám a vájári munkaévek számával változik, amennyiben az első évtizedben csak 0.39%, a második évtizedben 3.37%, a harmadikban 16.52%-ra emelkedik a silicosis-esetek száma, míg a negyedik évtizedben a megbetegedettek nagyrészének az activ szolgálatból történő kiválása következtében ismét 4.50%-ra csökken.

A silicosis előrehaladó és súlyos családi eseteinek megfigyelése alapján, a constitutiós dispositiónak, a reticuloendothelialis-histiocytaer seitrendszer csökkent működésképességének a kór fejlődésében szerepet kell tulajdonítani.

Megay L.: *Kaestle.* pneumokoniosisban szenvedő és 7 éven keresztül ellenőrzött betegeinek 5—30%-a szenvedett tüdőgümőkórban. Kérdi, milyenek voltak az előadó megfigyelései a két betegség szövődését illetőleg?

Somfai J.: A komlói állami szénbánya munkásainak tervszerű átvizsgálása folyamatban van. A vizsgálatok kiterjednek a koniosis és tuberculosis complicatiójára, ennek tisztázását célozzák az előkészítés stádiumában levő állatkísérletei is. Említésre érdemes a kérdés socialis vonatkozása is. Bár a fibrosis létrejöttéhez a normalieun kívül még egy másik factor is kell (tbc? egyéni dispositio?), a conditio sine qua non a foglalkozás sajátos mivoltával összefüggő porbelélegzés. Emiatt megrokkanás esetében különleges elbírálás van helyén.

Képiró P.: *Újabb készítmények az orbánc gyógyításában.* A p-aminobenzolsulfamid magyar készítményeiben, amilyenek a nigma, ambesid, deseptyl, az orbáncnak igen hatásos, kényelmesen adagolható, a szervezet által jól elviselt gyógyszereit ismertük meg, ami semmiben sem marad mögötte a prontosilnak. A halálozást 6%-ról 1%-ra csökkenti, a kezelési időt is 10 napról 6 napra rövidíti és a kezeléssel dacoló esetről még az irodalmi adatok sem számolnak be. 102 eset kapcsán azt a megfigyelést tettük, hogy minden esetben a láztalanná válást követő reggelen egy hypothermiás állapot következett be. Ugyanezt észlelte *Frankl* is egészségesen emberen prontosil adása után, de egyéb adatot az irodalomban nem találtunk.

A készítmények nem kívánatos mellékhatásai közül, egy betegen a szer mellékhatásaként a kezelés második napján részarányos elhelyezkedésben megjelenő, viszkető és összefolyó, skarlátszerű vörösfoltos kiütés lépett fel. Több betegen, akiket tablettával kezeltek, kellemetlen mellékhatásként étvágytalanság, gyomorégés, hányinger, sőt hányás is lépett fel. Mivel a tabletták adagolása után gyomorpanaszok lépnek fel, haladást jelent a szernek végbélkúp alakjában való forgalombahozatala.

Mivel a felsorolt mellékhatásoktól nem mindig mentesek, a beteg szigorú orvosi ellenőrzése indokolt.

A Debreceni Orvosegyesület december 15-i ülése.

Bemutatás:

Orsós J.: *Fedett duodenum ruptura.* Két esete kapcsán a duodenum-repedések mechanismusát, tüneteit, kórjóslatát tárgyalja. Egyik esetben (8 éves fiú) retroperitonealisan, másik esetben (66 éves férfi) intraperitonealisan sérült a duodenum. A retroperitonealisan sérült, kezdeti enyhe tünetei miatt késön: 24 óra múlva szállítatott be műtétre, utána 8 órával meghalt. Az intraperitonealisan sérült, azonnali heveny tünetei miatt, 2 óra múlva került műtétre, utána simán gyógyult.

Előadás:

Dóczy G.: *Elektylhatás a phagocytosis tükrében.* Elektyl Chinoin tengerimalacon és nyúlon strepto- és staphylococcus okozta kisérleti fertőzés ellen phagocyta-index növekedést hozott létre. Az állatfajok szerint bizonyos különbségek találhatók. Szövődményes gonorrhoea (4 hét óta fennálló, mellékheregyulladással) eseteiben is a phagocytás értékszám jelentékeny és fokozatos emelkedést mutatott és klinikai szempontból fekvő betegeknek 5—6 napon át 3x2 tablettás adagolási módot teszi indokolttá. A jó hatást a gyógyszer megismételt adagolása után észlelhetjük, tehát a szervezetben lévő gyógyszertöménység minden valószínűség szerint lényeges szerepet játszik.

A Magyar Urologiai Társaság és a Magyar Röntgentársaság december 19-i együttes ülése.

Farkas I. üdvözli a röntgenologusokat s méltatja az együttes tudományos ülések előnyeit. A röntgenologusok részéről az üdvözlést *Dax A.* köszöni meg.

Előadás:

Leopold M.: *Vesecysták.* Solitaer cysták és polycystikus vesék jellegzetes röntgenképeit demonstrálja. Ezek közül voltak olyanok is, amelyek tüneteket nem okoztak. A vesére utaló tünetek között a következők fordultak elő: haematuria, vesetáji fájdalom, pyelitis. Néhány esetnél kifejezett tapintási lelet volt. A solitaer vesecystának csak akkor van jelentősége, ha növekedési tendentiát mutat. A polycystikus vese lehet éveken át tünetmentes, de el kell készülve lenni arra is, hogy chronikus nephritishez hasonló kórképet, esetleg hirtelen bekövetkező uraemiát hoz létre.

Babics A.: A cysták könnyen összetéveszthetők tumorral. Egy esetet mutat be az urologiai klinika beteganyagából, amelyben cysta és tumor együttesen jelentkezett. A cysta az alsó póluson foglalt helyet a vesét lefelé húzva, a felső polusban pedig hypernephromás göb volt.

Farkas I.: Az esetek legnagyobb részében belgyógyászati panaszokkal kerültek hozzánk a betegek (gyomor, bél) úgyhogy e fejlődési rendellenességekben jelentkezett gyomor-, vagy bélpanaszokat nem tartja —, mint előtte hozzászóló — a parauraemiás állapottal összefüggőnek, hanem inkább, mint az ilyen fejlődési rendellenességeknél szokott lenni, nyomás és vongálás által előidézetteknek kell a panaszokat tekinteni.

Czmor Gy.: *Urologiai röntgenvizsgálatok előkészítése.* (Kézirat nem érkezett.)

Babics A.: Az urologiai klinikán a betegek röntgen előtt jóformán semmi előkészítésben nem részesülnek, csupán 600—800 ccm langyos, kamillateás beöntést kapnak a vizsgálat előtt két órával. Az eredmények így sokkal jobbak, mint hashajtás után, mert a belek, melyekhez a normalis béltartalom hozzátartozik, kiürítés után gázzal telődnek, ami pedig jobban zavar, mint a bélsár. Németországban, Franciaországban a legtöbb helyen már szintén csak beöntésből áll az előkészítés. Szenet és enzymet adni gázmegkötés céljából felesleges és eredménytelen is.

Fórizs Ö.: *Uj magyar contrastanyag (neorenumbral) az intravenás pyelographiához.* Az intravenás urographia történetének ismertetése és az ehhez szükséges anyagoktól megkívánt követelmények ismertetése után a magyar *Egger*-gyár ártal forgalomba hozott *neorenumbral* nevű intravenásan adható contrastanyagot ismerteti. A fenti készítmény 20 ccm-es ampullákban 55%-os töménységű oldatban

kerül forgalomba. Az urologiai klinikán 40 esetben alkalmazott szer a szokásos 10, illetőleg 45 perces felvételeken teljesen jó képet eredményez, vele kapcsolatban hevesebb vena görcs, hányás vagy kellemetlen hányinger, szédülés, vagy lüktetés érzése a fejben nem fordul elő. A betegek alig néhányszor tettek említést enyhe, múló melegérzésről a fejben, a törzsön, amelyek pár perc alatt spontan megszüntek.

Lini Gy.: Az új Szent János serologiai sebészeti osztályán 30 esetben készítettek neorenumbrallal i. v. pyeolgraphiát. Kellemetlen melléktüneteket egy esetben sem észleltek. A szer gyorsabb kiürülésére tekintettel az első felvételt öt percre készítették.

Balázs B.: A Vöröskereszt kórház urologiai osztályán szerzett tapasztalatai szerint a szer gyorsabban ürül ki és ezért 5 percre az első és 10 percre lehet a második felvételt készíteni. Az anyag keletkezéséről azt a tapasztalatot említi meg, hogy a szervezetben a jodcasein, a jódot szilárd kötésben tartalmazó aminosavak alakjában ürül ki a vizeletben. Ezért az Eggert gyár jódhyppursavat synthetizált és ennek diaethylsóját alkalmazták. Ez azonban szívdobogást és egyéb kellemetlen tüneteket okozott, a vegyületből az amin gyököt Na-sóval helyettesitve, panaszokat nem észleltek. Gyermeken sem okozott a szer semmiféle panaszt.

Polgár F.: Tizenkét esetben alkalmazta a neorenumbralt jó eredménnyel, kellemetlen mellékhatást soha sem észlelt. Egy esetet ismertet, mely alkalommal csökkent vesemüködés és medencetágulat mellett is igen contrastdús, szép képet nyert corpulens betegen az új anyaggal.

Polgár F.: *Érintő irányú felvétel az alsó ureterszájadékról.* Az ureterszájadékban beékelt, intramuralis fekvésü ureterkő esetében jó szolgálatot tehet a ferde irányú, az ureter beszájadzására tangentialis felvétel, mely kimutatja a duzzadt szájadék portioszerű bedomborodását, illetve árnyekkiesését a contrasttal töltött hólyag képében. A kiesés akkor is kő mellett szól, ha a contrementum nem árnyékadó hatású. Más esetben is hasznos lehet az ilyen atypusos felvétel, így pl. olyankor, ha a diverticulumban vagy az ureter juxta vesicalis részében fekvő kő közt elkülönítést kell felállítani.

b) Elmeszesedett arteria renalis. A vesehylus táján fekvő mogyorónyi, meszes képlet röntgenképét mutatja be, mely kicsiny, állandó bedomborodást okoz a kitöltött pyelon árnyékképében. A felmerülő eshetőségek mérlegelése alapján arra a következtetésre jut, hogy a kérdéses képlet nem lehet más, mint az aneurysmatikusan tágult, elmeszesedett art. renalis okozta árnyék. Hasonló kicsiny meszes aneurysmák ismeretesek a zárt lienalis területen is, klinikai jelentőségük alig van. Röntgenologiai tekintetben a kővel összetévesztés lehetősége üres felvételen fennáll.

HETI KRÓNIKA

Az Aranykertnek is nevezett Csallóköz dúsan termő földje ismét és örökre része az országnak. Önként vetődik fel a kérdés: hogyan áll jelenleg a helyzet a Csallóköz két szomorú nevezetességét, az *osteomalaciát* és az *endémiás kretinismust* illetőleg, amelyekről külföldi szakkönyvek is megemlékeznek? Az osteomalacia csallóközi előfordulására vonatkozó első közlemények *Velits* tanár pozsonyi intézetéből jelentek meg (1890—1895 között), kinek betegei nagyrészt csallóközi lakosok voltak. *Tauffer*, aki a *Bókai-Kétli-Korányi* szerkesztette Belgyógyászat kézikönyvében az osteomalacia fejezetét megírta, újabb adatok alapján (1895) annak a nézetének adott kifejezést, hogy a betegség az egész országban előfordul. *Stoeckel* szülészeti tankönyvének legújabb kiadásában (1938) *Seitz* a szűk medencék fejezetében újra mint az osteomalacia endemiás előfordulási helyét említi meg a Csallóközt (die Donauinsel Schütt). Az elmúlt 20 évre vonatkozólag adatokkal természetszerűen nem rendelkezünk. Ugyancsak nincsenek adataink a csallóközi endémiás kretinismusról, amelyről *Schaffer* tankönyve is megemlékezik. Az Országos Közegészségügyi Intézet mintaszerű szervezete, amely más állami szervekkel együtt a legelsők között kapcsolódott bele a hazatért Felvidék életébe, a Csalló-köz e két szomorú orvosi nevezetessége gyakoriságát is tisztázni fogja.

*

Az állami egészségvédelem kötetek helyett is jobban beszélő számait tartalmazza a Nobel-díjas *Wagner-Jauregg* nemrég megjelent füzete: Kropfbekämpfung u. Kropfverhütung in Oesterreich. Voralbergben, *a golyva* Ausztriában leggyakoribb előfordulási helyén 1923—24-ben az iskolás fiúk 58.9%-a, az iskolás leányok 63.6%-a volt golyvás. A jódozott konyhasó (Vollsalz-Prophylaxe) bevezetése, illetőleg Jodostarin tabletták rendszeres szedése után 1936—37-ben ugyanott 32.4—33.6-ra esett le a százalék.

*

A tervszerűen, vaskövetkezetességgel keresztülvitt állami egészségvédelemnek talán minden időkben legszebb diadala marad az „ager romanus"-on megvívott *malária ellenes küzdelem.* A Pontini mocsarak vidékén már a rómaiak idején a láz istennőjének (Dea Febris) állított oltárok emelkedtek s a malária pusztításának nem birt gátat vetni a pápák és uralkodók együttes erőfeszítése sem. A malária az olasz történelemben is nagy szerepet játszott, amint arra *Angelo Celli*, a római egyetem néhai közegészségtan professora rendkívül érdekes könyvében rámutatott. A küzdelemben évszázadokon át az ember maradt alul és csak a Duce akarata és a fascismus mindent legyőző életrhythmusa tette lehetővé, hogy az elátkozott vidéken egészséges városok emelkedjenek. A pontini mocsarak assanálása (bonifica) a fascismus egyik legnagyobb egészségügyi diadala.

*

Az orvostudománynak ilyen nagyszerű eredményei csak fokozzák a nagyközönségben az iránta mindig is élő feszült érdeklődést. Ez magyarázza, hogy az utóbbi hónapok „best seller"-ei között *orvosi tárgyakat népszerűen ismertető több könyvvel* is találkozunk. Első helyen régi ismerős, *Paul de Kruif* említendő, akinek Fight for life című kötete a gyermekágyi láz, a járványos gyermekbénulás és a syphilis ellen folytatott küzdelem éposza. *Adolf Koelsch* a narkosis regényes történetét írta meg (Die Narkose), s rendkívül megragadó olvasmány *Unger Hellmuth* „Germanin" című könyve, amely méltán viseli a „Gesichte einer deutschen Grosstat" alcímet. Szomorú, hogy a német vegyi ipar akkor ajándékozhatta meg a világot az Afrika belsejét megnyitó, álomkórt leküzdő gyógyszerrel, amikor saját gyarmatai idegen kézre kerültek. Megemlítjük még a milanói Ospedale Maggiore sebészprofessorának, *Andrea Majocchi*-nak igen nagy sikert aratott könyvét („Vita di chirurgo") és őszintén sajnáljuk, hogy magyar fordításban ezideig nem jelent meg. *Majocchi* második műve („Fra bistori e forbici") nem éri utól érdekességben és eredetiségben az elsőt. A két sebészi ergographia: *Lorenz Ad.* „Ich durfte heilen" és a nekünk annyira rokonszenves *Eiselsberg* „Lebensweg eines Chirurgen" című önéletrajzai értékes és kedves ajándékok a világ minden orvosa számára.

*

Divatos ma az orvostudomány crisiséről beszélni s mint egyedüli megoldást a hippokratesi szellemhez való visszatérést ajánlani. A modern orvostudomány büszke épülete ma is a görögök által megvetett alapokon nyugszik s a „hippokratesi eskü" minden idők orvosi ethikáját magában foglalja. Hellas a művelt ember érdeklődésének tárgya marad mindig. Megértjük Goethe és Byron Görögország iránti lelkesedését s a vágyódást, amellyel Arany János az absolutismus éjszakájából a görög égbolt derűje alá vágyódott. Egészen bizonyos,

hogy nagy sikere lesz annak az *orvosi társasutazásnak*, amelyet a londoni Hellenic Travellers' Club rendez tavasszal Görögországnak orvostörténelmileg nevezetes helyeire. A programmon szerepel Epidauros, a most olasz Kos, Hippokrates szigete, Knidos, Pergamos, Galenos városa, Athén és Mykene megtekintése. Hogy mit jelent egy görögországi út az írói készséggel megáldott orvosra nézve, *Julius Hirschberg*, a szemész és *Sudhoff*, az orvostörténész könyvei eléggé bizonyítják.

*

Érdekes képzőművészeti kiállítás nyílik meg február elején Berlinben. Mint címe: „*Der Arzt als Maler und Bildhauer*" is mutatja, a kiállító művészek egytől-egyig orvosok, akiknek áldozatos hivatása mellett az ecset és a szobrészvéső jelent felüdülést. Ezen a téren a franciák megelőzték a németeket. Párisban már 1906-ban megnyílt az első orvosi Salon, amelyet azóta több is követett s amelyeken — úgy mint most a berlinin — komoly műalkotásokban gyönyörködik a látogató. — Az orvosnak a művészethez való vonzódása közismert, de kevésbé ismeretes a nagyközönség előtt, hogy köztük valódi alkotó művészek is akadnak. *Charcot*-ra, a nagy psychiáterre gondolunk, akinek néhány vonalból álló, szinte odavetett rajzai megelevenítik a Salpetrière szerencsétlen betegeit. A helyi érzéstelenítés körül oly nagy érdemeket szerzett sebész, *Schleich Carl Ludwig* — aki mint író és költő is kitünt, — festményei „Besonnte Vergangenheit" című könyvét diszítik. Közismert, hogy *Orsós* professor szabad idejében festészettel is foglalkozik és gyüjteményes kiállításáról annakidején a hivatalos kritika is a legnagyobb elismerés hangján emlékezett meg.

*

Néhány nap múlva kalapács alá kerül az *Ernszt Múzeum* teljes anyaga és újból szerte vándorol az a sok műtárgy és ritkaság, amelyet a tragikus véget ért Ernszt Lajos egy élet munkájával gyüjtött össze. A bennünket különösen érdeklő, ismeretlen művésztől származó olajfestményt, amely a gyermek *Semmelweist* ábrázolja — értesülésünk szerint — már előbb megvásárolta a Szépművészeti Múzeum a Magyar Történelmi Arcképcsarnok számára. Az aukció katalogusában két orvostörténeti vonatkozású kézirattal találkozunk. Az egyik Apafi Mihály erdélyi fejedelem *Párizi-Pápai Ferenchez* írott rendelete 1682-ből, hogy „szüfájás" által gyötört, hagymázos feleségéhez azonnal jöjjön át Fogarasba. A másik *Weszprémi István*, Debrecen város ordinarius Physicusának levele gróf Ráday Gedeonhoz 1769-ből, amelyben éppen nagy művéhez, a „Succincta"-hoz kér adatokat.

Csak sajnálni tudjuk, hogy *nincs orvostörténeti múzeumunk*, amely az ilyen alkalmakkor — szerény anyagi eszközökkel is — gyüjteményeit szaporítani tudná. *Weszprémi* úgyis azon nagy orvosaink közé tartozik, akikre nemzetközi viszonylatban is mindig büszkék lehetünk s akinek nagy irodalmi munkássága mellett is olyan bámulatosan kevés kézirata maradt fenn. Elgondolkozhatunk azon, mi lett volna *Weszprémiből*, ha Londonban marad? Kétségtelenül több hír és dicsőség övezte volna, mint Debrecenben, ahová *Smellie* oldaláról — mint mestere bizonyítványa mondja — „fully instructed in all the different operations" hazatért. „Tentamen de inoculanda peste" című nagyhírű értekezése is Londonban jelent meg, amellyel az antitoxikus therapia előfutárai között biztosított magának mindenkor megbecsült helyet. A kórbonctant megalapozó *Morgagni* hatalmas művében: „De sedibus et causis morborum" többször elismerő tisztelettel említi a debreceni orvost, aki a fényes külföldi lehetőségekről lemondva, hazajött és élte a magyar vidéki orvos egyszerű életét. Éppen ezen lemondás révén vált orvostudományunk örök büszkesége lelkünkhöz oly közelálló áldozatos magyarrá.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 4. sz.: *Müller:* Kifáradás és pihenés. — *Meulengracht:* Fiatálkori intermittáló ikterus. — *Kienle* és *Malamini:* Összehasonlító klinikai és elektrokardiographikus vizsgálatok a jobb szívfél bántalmainak diagnosisához. — *Nicolai:* Quantitativ resorptiós vizsgálatok tiszta bélmérgekkel. — *Jenke* és *Graff:* A v. portae vérének epesavtartalmáról. — *Müller:* Középfültuberculosis a gümős fertőzések lefolyásában. — *Friedrich-Freksa* és *Müller:* Ostronnal kezelt egerek szaporodási képességéről. — *Moers* és *Schlienz:* Állatokon végzett vérnyomásmérés methodikája. — *Laves* és *Mulli:* Calciumion-activitás meghatározása biologiai folyadékokban. — *Giemsa:* Bőrgombák és mikroorganismusok tartós festése azureosin-glycerinnel. — *Daiser:* Összserumcholesterin és vörösvérkép a terhességben. — *Nespor:* C-vitamin az emberi ejaculatumban.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 4. sz. *Fischler:* Az össznépesség golyvaprophylaxisa. — *Jurgens:* Thrombosis és vérveszteség. — *Assmann:* Toxikus májártalmak. — *Farkas:* A vér colloidnyomása. — *Peralta, Ramos* és *Colombó:* Biológiai kisérletek Testosteronpropionattal. — *Riediger:* A königsbergi „Oberteichbetegségről". — *Vizer:* A Kent-köteg ingervezetésének klinikai képe. — *Tünnerhoff:* A hipertonia kezelése. — *Dorner:* Lactucarium és Latucyl. — *Kayser:* Perforált centrifugaüveg. — *Portwich:* A hólyagrák kórismeje és gyógyítása. — *Tausch:* Gyógyszeres szülésvezetés. — *Schubert:* A kereszttáji fájdalom. — *Marx:* Vegyi és górcsövi vizsgálatok a betegágynál. —

Münchener Medizinische Wochenscrift. 4. sz.: *Kovarschick:* Dosismérés a rövidhullámtherapiában. — *Koch:* Heveny súlyos szénoxydmérgezés kezelése vérátömlesztéssel. — *Evelbauer:* Cyklussal összefüggő emlőfájdalmak és kezelésük. — *Wenner:* Tapasztalatok a Samuels-féle cykloskopiával. — *Schroeder:* Vitaminszükségletünk alapelvei. — *John:* Megjegyzések a „bolgár kuráról". — *Werner:* Adat a himlőoltás utáni szövődmények kérdéséhez. — *Kayser—Petersen:* Tüdőbeteggondozók, mint tuberculosis-kutató intézetek. — *Rettig:* H_2O_2 körülfecskendés gázüszökben. —

Medizinische Klinik. 4. sz.: *Schedtler:* Gümőkórosok lelkiállapota. — *Riebeling:* Milyen gyógyszeres kezelést alkalmazhat a gyakorló orvos psychosisok esetén? — *Stefan:* A nemi működések zavarai. — *Flörcken:* Vesekörüli tályog a gyakorlatban. — *Wagner:* A vastagbél röntgendiagnostikája. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 4. sz.: *Steindl:* A vastag- és vékonybélrák diagnosisa és műtéti javallata. — *Bibus:* Jelent-e haladást az Uliron a férfikankó kezelésében. — *Gárdos* és *Szabó:* Lymphocytaer meningitisek. — *Dobreff:* A hascsapolás utáni hascompressio szükségtelensége. — *Pichler:* A gyakorlóorvos idegsebészeti javallatai. — *Oswald:* Rák és átöröklés. —

La Presse Médicale. 6. és 7. sz. *Froment:* Auri[illegible] ventricularis dissociatio, stb. — *Desoille:* Hószámmal összefüggő lázcsökkentés typhusos betegeken. — *Plichet:* Az emberi enkephalitis és a ló enkephalomyelitisének összefüggéséről. — *Loeper, Perrault* és *Herrenschmidt:* Tüdőgenyedések aminbasisai, ezek görcskeltő és vasomotorikus hatása. — *Gessler* és *Lippens:* Sulfamid a húgyutak colifertőzései ellen. —

British Medical Journal január 28.: *Jefferson:* Az idegsebészet specialis területe. — *Beaumont:* Ólommérgezés szokatlan esete. — *Stallworthy:* Vérátömlesztés a szülészetben. — *Hawksley:* Növési fájdalmak és viszonyuk a rheumatismushoz. — *Kelly:* A hátsó choanák veleszületett elzáródása. — *Thompson:* Erythema nodosum heveny gümős lymphadenitis kapcsán. — *Ward:* Idült vizeletretentio. —

The Lancet. jan. 28.: *Wright:* A háború hatása a polgári lakosságra. — *Cramer* és *Horning:* Az ovarium és mellékvese hormonalis viszonya és ennek jelentősége az emlőrák kórtanában. — *Loewenthal:* Serum és sulphanilamid combinált kezelése az egér streptococcus fertőzésében. — *Page, Seager* és *Ward:* Transfusio placentaris vérrel. — *Rawen:* A flexura duodeno jejunalis diverticulumai. —

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

HETIREND

Február 6-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Bogárdi Iván:* A vér fontosabb physikalis tulajdonságai.

Február 7-én este 3/47 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Sarbó Artur:* Az ú. n. traumás neurosis revíziója.

Február 8-án d. u. 6 órakor: az Országos Bírói és Ügyészi Egyesület a Királyi Itélőtábla disztermében (Kossuth Lajos tér 12.) ülést tart. Előadó *Tóth László dr.* kir. törvényszéki bíró: Az orvosi műhibáról. Hozzászólnak: *Ruhmann Emil* kúria bíró és *Steller László dr.* klinikai tanársegéd, törvényszéki szakértő.

Február 8-án, este 1/27 órakor a Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosi Tudományos Társulatának ülése (Poliklinika előadótermében). Bemutatások: *Hoffenreich Ferenc:* Pneumococcus meningitis esete. *Rajka Ödön:* Seroresistens syphilis esetek. — Előadások: *Frankl Zoltán:* Irányelvek a fogeredetű csonthártyalobok műtéti kezelésében. *Pesthi Lajos:* Veleszületett choanalis elzáródás.

Február 10-én d. u. 6 órakor a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. Bemutatások: *Milkó Vilmos:* Gyomortuberculosis esete. *Milkó Vilmos:* Négy év óta tünetmentes, inoperabilis gyomorrák esete. *Réthi Aurél:* Bárzsingdiverticulum műtéttel gyógyult esete. Előadások: *Angyal Lajos:* Digito-oralis agnosiáról. *Krepuska István:* Vörheny orr- és szemüregi szövődményei a Szent László kórház beteganyagában.

Február 14-én d. u. 1/2 7 órakor: a Magyar Phonetikai Társaság évi rendes közgyülése (az egyetemi orr- gége- fülklinika tantermében). A közgyülést határozatképtelenség esetén február 21-én este 1/27 órakor ugyanott tartják meg.

Új !! Új !!
Super-Lysoform
Rendkivül baktericid
(1%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococcust)

Sedyl tabl. 10×0·10
megbizható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum
Sedyletta tabl. 30×0·015
Általános hatásu psychikus megnyugtató, kifünő spasmolitikum
Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.
Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, V

Abauj-Torna vármegye II. Rákóczi Ferenc közkórháza, Szikszó.

107—1939. G. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Abauj-Torna vármegyei II. Rákóczi Ferenc közkórházában lemondás folytán megüresedett egy *segédorvosi*, egyidejüleg egy *kisegítőorvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés világitással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti élelmezés. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, kik magángyakorlatot nem folyorvosdoktorok pályázhatnak, kik kinevezés után magángyakorlatot nem folytathatnak. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és pályázat által kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása egy bútorozott szoba, fütés, világitással, havi 80 P dijazással, 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

A szabályszerűen felszerelt kérvények Dr. báji Patay Sámuel főispánhoz címezve a kórház igazgatóságához nyujtandók be. Beadási határidő *1939. febuár hó 28. déli 12 óra.*

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

A közszolgálatban állók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, minősítési táblázaton fel vannak tüntetve, törzskönyvi lap másolattal igazolhatják.

Késve érkezett, vagy a fenti követelményeknek meg nem felelő kérvények figyelembe nem vehetők.

Szikszó, 1939. január hó 30.-án.

Kiszty Jenő dr. s. k.
igazgató-főorvos.

CAPHOSEIN
a tej összes fehérjéit, caseint lactalbumint és lactoglobulint tartalmazó, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készitmény,
csecsemők súlygyarapodásának megindítására
egézséges, exudativ és neuropathiás csecsemők elegendő mennyiségü anyatej táplálás melletti sulystagnálása esetén
Adagolás: 1—1 csapott kávéskanál poralaku Caphoseint fél deci teában felfőzetünk és ebből 2—3 kávéskanálnyit, illetve szükség esetén egy-egy ilyen adagot fogyasztatunk minden szopás előtt.
Ismertetővel készséggel szolgálunk. Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari KFT. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.

Zemplénvármegye Sátoraljaújhelyi Erzsébet közkórháza. 1591—1939.

128—1939. ig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Zemplénvármegye sátoraljaújhelyi vármegyei Erzsébet közkórházában a belügyminiszter által engedélyezett egy *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kisegítő orvosi állás havi 80.— P dijazással, természetbeni lakás-, fűtés-, világítás- és I. oszt. élelmezéssel jár. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű, érvénye 1 évre szól és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltathat.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939 év *február hó 15-ig* fái Fáy István dr. főispánhoz címezve, a kórház igazgatóságához nyujtandók be. A kérvényhez melléklendők: diplomamásolat, születési bizonyítvány, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok. Az állás elnyerése után a szolgálat azonnal megkezdhető.

Sátoraljaújhely, 1939. jan. 24.-én.

Azary Prihoda László dr.
közkórházi igazgató főorvos.

A Caphosein előnyei más tejfehérje készítményekkel szemben, melyek rendszerint enyvre emlékeztető ízűek és szagúak, hogy kellemes zsemlyeízű és szagú, tökéletesen oldódik, továbbá, hogy casein mellett lactalbumint és lactoglobulint is tartalmaz. A Caphosein biologiai értéke tehát nagyob, mint a tisztán caseinből álló készítményeké, mert lactalbumin és lactoglobulin tartalma folytán nagyobb mennyiségben juttat a szervezetbe olyan, a szervezetnek feltétlenül szükséges aminosavakat (cystin, tryptophan, stb.), melyek %-os aránya a caseinben sokkal kisebb, mint a lactalbuminban és lactoglobulinban. A Caphoseint előnyös physico-chemiai tulajdonságai és összetétele folytán kiváló eredménnyel alkalmazzák évtizedek óta dyspepsiák gyógyitására, továbbá exsudativ és neuropathiás szoptatott csecsemők súlygyarapodásának megindítására.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyben f. évi február hó 1-évei megüresedett *segédorvosi* állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, 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 február 20-án déli 12 óráig* kell hozzám benyujtani.

A pályázati kérvényhez a következő okmányok csatolandók: *a)* születési anyakönyvi kivonat; *b)* a magyar állampolgárságot, vagy optálást igazoló okmány; *c)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; *d)* az egyetemi leckekönyv, a kórházi szolgálati könyvecske és a szigorlati bizonyítványok; *e)* az 1883. I. tc. 9. §-ában előírt képzettséget igazoló okmány; *f)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; *g)* eddigi működést is feltüntető életleírás.

Az állás betöltése megbízás útján történik, mely nyugdijra 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, vagy gyermekgyógyászatban jártas pályázók előnyben részesülnek. Magángyakorlatot folytatni nem szabad. A hiányosan felszerelt, a pályázat feltételeinek meg nem felelő, vagy elkésve érkezett kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Budapest, 1939. január hó 26.-án.

Olvashatatlan aláírás.
igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyárt rt., Ujpest, *Tetrocor*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEANDIN.-CHINOIN

isolált kristályos Nerium oleander glycosida

Gyors digitalis hatást adó cardiacum

Digitalist nem türő és refractaer esetekben, extrasystolés szivelégtelenségnél különösen javallt.

Solutio

15 kcm-es üvegben mérőcsővel, kcm-ként 0·4 mg glycosida

Tabletta

15 drb. phiolában, egyenként 0·4 mg glycosida

Suppositorium

5 drb. dobozban, egyenként 0·4 mg glycosida

Centrum Kiadóvállalat rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál utca 14. Telefon: 14—44—22. Felelős: Welker József.

83. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1939 február 11.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Szentkirályi Zsigmond: 3500 falusi és tanyai iskolás gyermek vizsgálata világrahozott syphilisre. (126—130. oldal.)
Dziobek László és **Cseh Imre:** Néhány adat az erythematodes acutus tünettanához és kórszármazásához. (130—134. oldal.)
Szép Jenő és **Árokháty Vilmos:** A fajlagos antitestek viselkedése sulfamidkezelés alatt. (134—136. oldal.)
Valkányi Rezső: Az alsó végtag sérülései, különös tekintettel az előző alkati elváltozásokra. (136—138. oldal.)
Benderek István: Gyógymasszázs és mechanotherapia. (138—140. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal.)
Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (140—142. oldal.)
Könyvismertetés: (142. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (142—143. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (143—145. oldal.)
Petrilla Aladár: A Népszövetség Egészségügyi Osztályának 1938. utolsó negyedévi munkája. (145. oldal.)
Vegyes hírek és **Hetirend:** (146—148. oldal és aborítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Hódmezővásárhelyi Egészségvédő Intézet közleménye.

3500 falusi és tanyai iskolás gyermek vizsgálata világrahozott syphilisre.

Irta: *Szentkirályi Zsigmond dr.* egyetemi m. tanár.

Munkatársak: *Gábos Zoltán* m. kir. tisztiorvos, *Benedek Tibor, Ernyey Gyula, Finta Dezső, Vajdovich Árpád* községi orvosok, *Kardos Sándor* és *Szappanos György* városi orvosok, *Dobozy Gizella, Tockné Papp Anna, Tóth Mária, Vangel Vera* és *Wagner Viktória* zöld- keresztes védőnők.

A nemibetegségek elleni küzdelemben a világrahozott syphilis (v. s.) leküzdése csaknem teljesen önálló feladat. Az eszményi megoldást a születés előtti magzatvédelemben látjuk és amint az a zöldkeresztes egészségvédelmi munka és a Stefánia Szövetség terveiből kitünik, a jövőben a v. s. leküzdése a terhesek vizsgálatával és gyógyításával fog megtörténni. Addig azonban, amig e tervek megvalósulnak, szükséges, hogy a már megszületett v. s.-es gyermek sorsával is törödjünk.

A syphilis terjedése ellen eredményesen csak úgy küzdhetünk, ha igyekszünk minden beteget megtalálni és meggyógyítani. A „therápiás prophylaxis" alapja tehát a beható kutatás, amely akkor a leghatásosabb, ha minél nagyobb tömeg embert vetünk alá serologiai és klinikai vizsgálatnak, tekintet nélkül arra, hogy betegnek érzik-e magukat vagy sem, tudnak-e syphilises fertőzésről vagy sem.

Ennek az eljárásnak a v. s. szempontjából annál nagyobb a jogosultsága, mivel a dolog természetéből származik az, hogy a v. s.-es betegségről nem tud. Fokozza a fontosságát az ilyen tömegvizsgálatoknak az is, hogy a v. s. az utolsó évtizedek tapasztalata szerint mindegyre ritkábban nyilvánul meg a klasszikus tünetekben és sokszor a szakembernek is nehéz eldönteni azt, hogy valóban v. s.-ről van-e szó.

Bár elméletileg teljesen mindegy az, hogy a csecsemők, kisdedek, vagy az ovodások korcsoportjában végzünk vizsgálatokat és keressük a v. s.-es gyermeket, a gyakorlatban mégis a legegyszerübben elvégezhetőnek az ilyen tömegvizsgálat az iskolásgyermekeken bizonyult.

Az 1930-as években végzett vizsgálatokat az jellemzi, hogy az iskolásgyermekek korcsoportjának tökéletes átszürésen alapulnak és ezenfelül kiterjednek a szülőkre és testvérekre is.

Sorrendben elsőnek *Neuber prof.* a debreceni I. elemi iskolás gyermekeken végzett vizsgálatait kell említenünk. *Neuber* az első két vizsgálati évben az találta, hogy 1931-ben a vizsgált anyag 1.99%-a volt v. s.-es és 2.88% volt v. s.-re gyanus. 1932-ben 2.2% volt biztosan v. s.-es és 2.6% gyanus. A több mint 10.000 gyermeken végzett rendszeres serologiai és klinikai kutatás alapján *Neubaer* 1937-ben annak a felfogásának ad kifejezést, hogy az I. elemi iskolások 5%-a luesszel fertőzött.

A *Neuber* rendszerének szellemében saját magunk 1931—32 munkaévben Hódmezővásárhelyen 860 I. elemi iskolás tanulót vizsgáltunk meg és közöttük 3.8% biztosan v. s-est és 1.6% gyanusat találtunk.

Falusi környezetben *Aszalós* a derecskai járás 610 iskolás gyermekét vizsgálta meg és 0.5 %-ban talált v. s-t.

Darányi és *Jankovich* 1935-ben (Népegészségügy) 4127 budapesti és pestkörnyéki iskolás gyermek adatát közli. Anyagunkban biztosan v. s.-es volt a fiúk között 0.1%, a lányok között 0.2% gyanus volt, fiú: 2.7 és lány 2.3%. Összesen tehát biztosan v. s.-es 0.3% és gyanus 5%. Rendkivül jellemzőek azok a tapasztalatok, amelyeket *Darányi* és *Jankovich* a tanulók hozzátartozóira vonatkozólag szereztek. Az iskolás gyermekek elhalt és élő szülei 0.1%-ban szenvedtek luesben és az elhalt testvérek haláloka 111 (2.7%) esetben volt syphilis.

Donáth Kornél 1934—35 tanévben Pápán 408 iskolásgyermeket vizsgált. Ezek közül 8-on positiv Wassermann és egyen a klinikai tünetek alapját állapítatott meg v. s.; összesen 9 (2.2%) volt biztosan v. s.-es. Ehhez még 31 (7.6%) tanuló, akik v. s. gyanusnak bizonyultak.

Röthler és *Zsiros* 1935-ben és 1937-ben Békéssámsonban végzett vizsgálatainak részben még nem közölt

eredményei a következők: 1935-ben 334 tanuló közül v. s.-es 5 (1.5%) és 1937-ben 219 tanuló közül 9 (4.1%).

Blazsóné Liszka Irén (Népegészségügy 1938.) 1936-ban egy kisegítő iskola 86 tanulója közt 8 esetben talált v. s.-t (9.3%). Bár ennek a vizsgálatnak eredményei nem általánosíthatók az ugynevezett „egészséges" gyermekekre, mivel a kisegítő iskolában gyenge szellemi képességű, tehát egészségesnek nem tekinthető tanulók járnak, mégis fontosnak tartottuk az adatok megemlítését. Amint majd arra később rátérünk, *Blazsóné Liszka Irén* vizsgálatai reactio szempontjából nyujtanak értékes felvilágosítást.

Csupán a teljesség kedvéért említjük meg azt, hogy *saját magunk* 1927-ben a hódmezővásárhelyi polgári fiúiskola225 tanulóján végeztük el a serologiai és klinikai vizsgálatot és 0.77%-ben találtunk v. s.-t.

Szándékosan hagytuk utoljára az irodalmi felsorolásban *Neuber* prof. vizsgálatait a vitézi gyermekek csoportjában. (O. H. 1937. 50 sz.) E vizsgálat során a serológiai és klinikai vizsgálat 889 részben városi, részben falusi környezetben élő gyermekeken végeztetett el. A részletes eredmények a következők:

0— 5 éves	50	gyermekből	0.	(0.00%)
6—10 „	203	„	1.	(0.48%)
11—15 „	388	„	8.	(2.06%)
16—20 „	208	„	2.	(0.96%)
21—25 „	29	„	4.	(10.20%)

Az egész anyagban biztosan v. s.-es 1.23% és ezenkivül gyanus 0.45. A. v. s. tehát a hajduvármegyei vitézi gyermekek között alacsonyabb arányszámban fordult elő, mint a debreceni I. elemi iskolásgyermekek között. Még előnyösebbé teszi a helyzetet az, hogy a 6—10 éves korcsoportban a vitézi gyermekek közül csak 0.48%, mig az ugyanilyen korcsoportba tartozó I. elemi iskolások között 2.2%-ban fordult elő v. s.

Az iskolásgyermekekre vonatkozó vizsgálatokat három csoportba kell osztanunk, a szerint, hogy az adatok csak városi vagy csak falusi környezetben gyüjtettek, vagy pedig a vizsgálók egyidőben városi és falusi (város környéki vagy tanyai) gyermekekkel foglalkoztak.

Városi adatokat sorol fel *Neuber* Debrecenből (átlagban 2% biztos és 2.5% gyanus), *Donáth* Pápáról (2.2% biztos és 7.6% gyanus). Falusi gyermekekről számoltak be *Aszalós* (0.5% biztos) és *Röthler-Zsiros*. (1.6% és 4.5 biztos).

A várossal és faluval egyidőben foglalkoztak *Darányi* és *Jankovich* (budapesti és pestkörnyéki adatok: 0.3 biztos és 5% gyanus) továbbá *Neuber*, aki a hajduvármegyei vitézi gyermekekről számol be (6—10 éves korcsoportban 0.48%) és *saját magunk* a Hódmezővásárhely városi és külterületi gyermekekről (3.8% biztos és 1.6% gynus).

A *Neuber* és *Darányi-Jankovich* közleményeiből nem tünik ki, hogy a megvizsgált gyermekek közül hány a városi és hány a falusi, illetőleg környéki.

Sajátmagunk 1933-ban megjelent közleményünkben jeleztük, hogy a megvizsgált 861 tanuló közül 641 városi iskolába, 220 pedig tanyai iskolába jár és ennek megfelelően a városban vagy pedig Hódmezővásárhely 140.000 holdas határában szétszórtan levő tanyában lakik. A városi iskolások között 4.6%, a tanyaiak között pedig 1.3%-ban találtunk biztos v. s.-t. E szerint a mi anyagunk pontosan két részre osztható: városi és tanyai vizsgálatra.

A felsorolt adatok áttekintést adnak arról, hogy a magyar iskolás gyermekek között milyen mértékben van a baj elterjedve. Belőlük azonban nem láthatjuk világosan, hogy a falusi és tanyai viszonyok milyenek.

Az általános felfogás az, hogy falun és tanyán a nemibetegségek és így a lues elterjedettsége is kisebb. A felfogás helyességét igazolná az 1928-as nemibetegszámlálás, amelynek adatai szerint a falvakból és egyéb primitiv letelepülésekből valóban kevesebb nemibeteget jelentettek be. A v. s.-re vonatkozóan *Röthler* és *Zsiros* falusi környezetben végzett tömegvizsgálata azonban ennek határozottan ellene szól és *sajátmagunk* 220 gyermekre vonatkozó megfigyelése sem erősíti meg ezt a felfogást. További hiányossága az eddigi vizsgálatoknak, hogy ezek — kivéve *Neuber* debreceni évenként megismétlődő „egészségügyi sorozatát" — nem teszik „intézményessé" a munkát és nem oldják meg a kérdés gyakorlati lényegét, a *rendszeres kutatással összekapcsolt rendszeres gyógyítást.*

E két hiányt kivántuk pótolni akkor, amidőn Csongrád vármegye községeiben és tanyavilágában az 1937—38 tanévben az iskolásgyermekke korcsoportjában vizsgálatot végeztünk.

Célunk volt egyfelöl tisztázni azt, hogy milyen mértékben van a v. s. ezekben a letelepülési rendszerben elterjedve, másfelöl pedig megtalálni annak az útját és módját, hogy az ilyen kutató munka a közegészségügyi igazgatásba és az általános egészségvédelembe miképen illeszthető be és miképen kapcsolható össze a gyógyítással.

Munkánk vezérgondolata a következő: *A nemibetegségek elleni küzdelem a városon kivül az általános egészségügyi gondozás keretében csak úgy lehet eredményes, ha a városban levő Egészségvédő (nemibeteggondozó) Intézet szoros munkaközösségbe lép a falvakban, tanyavilágban dolgozó hatósági orvosi karral és azt a szakkérdésekben tanácsaival irányítja.* A venerologust nem nélkülözheti az általános gyakorlatra képzett hatósági orvos és nem pótolhatja a laboratórium. A községekben, tanyavilágban működő hatósági orvos és a zöld keresztes szolgálat az iskolás gyermekek vizsgálatában eredménnyel csak úgy kutathat a v. s. útán, ha a szakintézet segítségére van, gondoskodik a serologiai vizsgálatokról, de egyuttal birálja a klinikai megállapításokat is. A zöld keresztes egészségvédelmi szolgálat rendszeres munkája beletartozik az I., III., és VI. osztályos iskolásgyermekek minden évben való átvizsgálása. Ez alkalommal kell vért venni.

A serologiai vizsgálat eredménye és az első általános vizsgálat az az első szürő, amely kiválogatja a v. s.-es vagy a betegségre gyanus gyermekeket. A továbbiakban a hatósági orvos és a szakorvos mintegy orvosi tanácskozás formájában alakítja ki a végleges itéletet. A gyógyítást a hatósági orvos végzi, a szakember irányítása mellett. A gyakorlati megvalósításban ennek az elgondolásnak számos nehézsége van, amelyeket azonban jószándékkal ki lehet küszöbölni.

Az első nehézség az, hogy a hatósági orvos az általános egészségvédelmi munkával meglehetősen túl van terhelve és így kevés ideje jut az összes iskolás gyermekek átvizsgálására és főleg az előzmény pontos felvételére. Olyan helyeken, ahol már egészségvédelmi körzet rendszeresíttetett, a zöldkeresztes eü. védőnő a legterhesebb részt, a szülők kikérdezését elvégzi. Ugyancsak ő az, akinek le kell küzdenie a többnyire müveletlen szülők előítéletét, közömbösségét, hanyagságát, sőt nem egyszer rosszindulatát is, amely ma még sok helyen az orvosi és főleg az egészségügyi megelőző munkával szemben megnyilvánul.

Második nehézség a vérvétel körül merül fel. Eltekintve attól, hogy a vénából a falusi vagy tanyai iskolákban nem könnyű vért venni, kivált ha a gyermek

kicsi és félős, ez a művelet elég sok időbe kerül. Megkönnyitené a helyzetet az, ha a beszáradt vércsepp vizsgálatát végeznők el, mert ehhez elegendő egy csepp vér a fülcimpából vagy az újj begyéből. Meggondolandó azonban az, hogy a beszáradt vércseppel végzett reactio igen gyakran mutat több-kevesebb positivitást és igy a helyzet tisztázására mégis csak vért kell venni a vénából. Ez kettős munka az orvosra és kétszeri zaklatás a gyermekre.

Harmadik nehézség az első szürést végző hatósági orvos és a döntésre hivatott szakember lakóhelye közötti távolság. Ezt a nehézséget azonban gyakori levélváltással és a szakorvos időnkénti helyszini kiszállásával le lehet győzni.

Negyedik — de nem utolsó — nehézség a betegek gyógyitása. A falusi és tanyai nép rendszeres antilueses kezelésben nem egykönnyen részesithető. A legjellemzőbb akadály az orvos lakóhelyétől való távolság és az a körülmény, hogy a nagy mezőgazdasági munkák idején a beteg csak nagy idő és anyagi veszteséggel kereshetné fel az orvost. Munkánk során mindezeknek a nehézségeknek leküzdésére is igyekeztünk módot találni.

A hatósági orvos által elvégzendő anamnézisfelvétel és klinikai vizsgálat, továbbá az Intézet által végzendő serologiai kémlés eredményeinek összhangba hozása céljából a v. s. kórjelzésre a következő formulát használtuk fel:

Biztosan v. s.: 1. positiv seroreactio és a klinikai tünetek egy része.

2. Negativ seroreactio esetén: általános adenopathia, keratitis parenchimatosa, rossz hallás, Hutchinson-fogak. Széles süppedt orrgyök, satnya fejlődés, sárgás bőrszin, luesre jellegzetes arc és fejforma. A szülők lueses anamnézise.

V. s. gyanus: Negativ seroreactio, általános adenopathia, satnya fejlődés, a szülők gyanut keltő kórelőzménye.

Minden esetben az orvos vagy a vődőnő kutatása ki kell hogy terjedjen a szülőkön kivül a testvérekre is. Apától régebbi (esetleg a háború alatt végzett) antilueses kúra után, anyától halott születések, nem életre való gyermekek után kell érdeklődni.

Tekintettel arra, hogy a hatósági orvos nem szakember és a v. s. tüneteinek megitélésében kevésbé járatos, nagy súlyt kellett vetnünk a serologiai kémlésre. A régi szerzők felfogása az volt, hogy a v. s.-ben szinte 100 %-ban positiv a serologiai próba. Ez a megállapitás helyes akkor, ha azokat a súlyos tünetekkel vizsgálatra kerülő lueses szülötteket tekintjük, akiket a régebbi időkben az orvoshoz vittek. Amióta azonban számos tömegvizsgálat végeztetett mind tanulókon, mind más korcsoportban lévő gyermekeken, tudjuk, hogy a v. s.-ben legfeljebb 60—70 %-ban találunk positiv reactót. (*Zich*, Munkaügyi Szemle 1938., 67%.) Ez a véleménye *Neuber*nek, különösen a vitézi gyermekeken végzett vizsgálatai alapján és erre a meggyőződésre jut *Blazsóné Liszka Irén* is, pedig ő a v. s. által elsősorban veszélyeztetett anyagot — a szegedi kisegitő iskola növendékeit — vizsgálta.

Saját magunk már régebbi vizsgálataink során ugyanezt a megállapitást tettük és a nyilvántartásunkban szereplő sokgyermekes lueses családok adatai is mindenképen támogatják e felfogás helyességét. Mint érdekességet, csak a legutóbb gondozásba vett öt gyermekes B. cigány családot melitjük. Az első vizsgálatkor — amikor az apát, anyát és 4 gyermeküket scabies miatt vettük kezelésbe — feltünt az, hogy három gyermeknek süppedt az orrgyöke és e három közül egyik idiota. Felhivásunkra bemutatták az ötödik gyermeket is, aki karonülő csecsemő és akinek süppedt orrgyöke, náthája és szájkörüli berepedései vannak. Csak egyik gyermek serareactiója volt erősen positiv. Antilueses kúra után újabb serologiai kémlést végeztünk és ekkor már két másik gyermeknek is positiv lett az eredménye, a provocatio következményeképen. Megjegyezük, hogy bár a szülők a luest tagadták, a zöldkeresztes védőnő az anya több abortusát, sőt halott gyermekét is kideritette.

Munkánknak egyik fontos alapelve volt az, hogy nagy tömegű vizsgálatot lehetőleg rövid idő alatt és kis költséggel végezzünk el. Épen ezért célszerünek látszott a serologiai átszürésre nem a költséges és körülményes Wassermann próbát, hanem valamely kicsapódási kémlést használni. Az *Országos Közegészségügyi Intézet hódmezővásárhelyi állomása* már több mint egy évtizede a Wassermann mellett kiegészitő vizsgálatul a *Kiss-féle reactiót* is használja, ami érzékenyebb, mint a Wassermann. Átnézve a hődmezővásárhelyi O. K. I. állomás naplóit, azt láttuk, hogy az 1931—37. években elvégzett több mint 25.000 Wassermann és Kiss közül a Wassermann 2219, a Kiss ellenben 2755 esetben volt positiv. Minthogy az állomás anyagát majdnem egészében módunkban volt klinikai vizsgálattal ellenőrizni, bizvást állithatjuk, hogy a Kiss-reactio valóban lueses betegek savójában volt több esetben positiv, mint a Wassermann. A székesfővárosi Közegészségügyi és Bakteriologiai Intézet 1936. évi jelentése szerint anyagukban hasonló volt a helyzet. Ott 5123 Wassermannból 880 és 5110 Kissből 916 volt positiv.

Meg kell emlitenünk azt, hogy vizsgálataink kezdetén megkiséreltük különösen a német szerzők *(Spiethoff, Morshhauser,* stb.) által dicsért *Cheviak*-féle beszáradt vércsepp-vizsgálatot (T. B. R.) alkalmazni. Ettől azonban eltértünk, mivel a hatósági orvosok vállalták a venából való vérvételt, s minthogy minden gyermekből legalább 4—5 ccm. vér vétetett, jutott arra is, hogy minden esetben, amikor annak a szüksége felmerült, a classikus Wassermann-vizsgálatot is végrehajthattuk. Ezen a módon nemcsak minden Kiss-positiv esetben végeztük azt el, hanem mindazon esetekben, mikor akár az anamnesis, akár a klinikai tünetek miatt indokoltnak látszott a serologiai kémlés kiegészitése. A Kiss-reactiót sajátmagunk végeztük, a Wassermann elvégzését az 0. K. I. hódmezővásárhelyi állomása volt szives vállalni. Körülbelül az egész anyag 10%-ában végeztetett el mind a két kémlés és ezenkivül 60 szülőn is Wassermannt végeztünk.

Munkánk céljának megfelelően *Csongrádvármegye kiskúndorozsmai* és *mindszenti járásában*, továbbá *Hódmezővásárhely thj. város határában* különböző jellegű községekben, illetőleg tanyavilágban végeztük a vizsgálatokat.

Kiskundorozsma nagyközség. Az 1930. évi népszámlálás szerint a község határa 32.349 kat. hold, a lakóházak száma 4080, lakóinak száma 18.956. Ebből a községben lakik mintegy 10.000 lélek, a határban elszórt tanyákban pedig 8000 lélek. A község és határa területén 22 elemi iskola van. A népsűrűség négyzetkilométerenként 101.8. A tényleges szaporodás 2.4‰, a természetes szaporodás 11.5‰. Az iskoláskorú gyermekek megoszlása a következő: 6—9 éves: 1703, 10—11 éves: 783, 12—14 éves: 585, összesen: 2141 a község és tanyavilága területén. Kiskundorozsmán 1937 óta, a községhez tartozó kistemplomtanyai és forráskúti egészségvédelmi körzetben 1935., illetőleg 1937. óta működik a Zöldkereszt. Az orvosok tapasztalata szerint a

községben kevés a venereás beteg. A hatósági orvosok 1930—1937. években összesen 136 luesest és 56 kankóst kezeltek. Kiskundorozsma 2 belterületi iskolájának 1002 tanulóját vizsgálva, a következőket találtuk:

6—10 éves tanulók száma 719. Biztosan v. s.-ben szenved 5 (0.69%), v. s.-re gyanús 6 (0.83%).

11—15 éves tanulók száma 283. Biztosan v. s.-ben szenved 2 (0.7%), v. s.-re gyanús 4 (1.4%).

Az 1002 tanuló közül tehát biztosan v. s.-ben szenved 7 (0.69%) és gyanús 10 (0.99%).

Mindszent község. A község határa 10.339 kat. hold, a házak száma 2276, a lakosok száma 9946, a községben és határában 9 elemi iskola. A népsűrűség négyzetkilométerenként 167.2. Tényleges szaporodás minus 1.2‰, a természetes szaporodás 8.5‰. 1930-ban a tanulók megoszlása a következő volt: 6—10 éves: 849, 10—11 éves: 411, 12—14 éves: 301, összesen: 1561. A községben 1937. nyara óta működik a Zöldkereszt. Mindszent egyike azon alföldi községeknek, amely egy nagybirtok mellett húzódik meg s a lakosok igen kis részének van saját földje, nagyrészük mint napszámos, fuvaros és főleg mint kubikos keresi kenyerét. A férfiak közül sok az év nagy részében nincs otthon. Tanyákban is tekintélyes számban laknak. Mindszent belterületi iskoláiban 1004 tanulót vizsgáltunk meg:

A 6—10 éves tanulók száma: 513. Biztosan v. s.-es 7 (1.36%), gyanús rá 13 (2.53%).

A 11—15 éves tanulók száma: 303. Biztosan v. s.-es volt 4 (1.32%), gyanús 9 (2.9%).

A 15 évesnél idősebb tanulók száma: 168. Biztosan v. s.-ben szenved 1 (0.59%), gyanús 10 (5.9%).

Összesen az 1004 tanuló közül tehát biztosan v. s.-es 12 (1.10%) és v. s.-re gyanús 32 (3.18%).

Szegvár község. Határa 14.709 kat. hold, 1855 lakóháza, 7979 lakosa, 6 elemi iskolája van. Az iskolás gyermekek megoszlása: 6—9 éves: 653, 10—11 éves: 306, 12—14 éves: 204, összesen: 1163 a község és a határ területén. Népsűrűség négyzetkilométerenként 93. A tényleges szaporodás 1.4‰, a természetes szaporodás 10.0‰ (1936-ban 5.5‰, csecsemőhalálozás 12.5%). Hasonlóan Mindszenthez, uradalom árnyékában élő község. Lakosságának nagy része napszámos, a férfiak kubikusok. A szomszédos derekegyházi uradalom inségakciója nagy segítség a keresetnélküli téli hónapokban.

A venereás betegségekre vonatkozólag kevés számszerű adat van. Kivétel a terhesek lueses fertőzöttsége, melyre vonatkozólag az 1935. óta működő Zöldkeresztes szolgálat a következő felvilágosítást adja: 1936. évben jelentkezett 46 új terhes, ezek közül 31-en végeztetett vérvizsgálat és közülük 2 (6.43%) bizonyult luesesnek. 1937. évben 44 új terhes jelentkezett, akik valamennyién elvégeztetett a vérvizsgálat és 10 (22.7%) bizonyult luesesnek. Szegvár belterületi 3 iskolájának 781 tanulóját vizsgáltuk meg a következő eredménnyel:

A 6—10 éves tanulók száma 548. Biztosan v. s.-es 3 (0.55%), gyanús 4 (0.7%).

A 11—15 éves tanulók száma 233. Biztosan v. s.-e van 1-nek (0.42%), gyanús 0.

Összesen tehát a 781 gyermek közül biztosan v. s.-ben szenved 4 (0.51%) és gyanús ugyancsak 4 (0.51%).

Derekegyháza község. Határa 11.171 kat. hold, a házak száma 216, a lakosok száma 1449. A népsűrűség négyzetkilométerenként 26.6; tényleges szaporodás 21.4‰, természetes szaporodás 18.2‰; három elemi iskola. Az iskolás gyermekek megoszlása: 6—9 éves: 331, 10—11 éves: 142, 12—14 éves: 325, összesen: 590. Derekegyháza typusa az ú. n. „eszményi" községeknek. Eredetileg a község maga a Weisz Manfréd örökösök uradalma volt. A földbirtokreform alkalmával a nagybirtokból többezer holdat lehasítottak oly módon, hogy a kisajátított terület beleékelődik az uradalom testébe. A reform céljaira igénybe vett részekre vitézeket és földigénylőket telepítettek. Ez a körülmény magyarázza meg a tényleges szaporodás nagy számadatát. Derekegyháza község lakóinak száma az 1935. évi népszámlálási adatok szerint az 1800-at megközelíti. E számból uradalmi alkalmazott és családtagja kb. 1200 lélek, míg az osztott földeken, illetőleg a közigazgatásilag Derekegyházához tartozó, de egyébként Hódmezővásárhelyre gravitáló Kenyere nevű határrészen kb. 600 lélek lakik. A község 3 iskolája a három nagyobb majorban van elhelyezve. Ezekbe az iskolákba járnak mind a többi majorokban lakó cselédek és más uradalmi alkalmazottak gyermekei, mind a tanyarendszerbe letelepedett telepes családok gyermekei. Derekegyháza tehát — letelepülési viszonyait tekintve — inkább számít a tanyavilághoz, mint a község-typushoz.

Az uradalom és a község régi orvosának felvilágosítása szerint friss lues több mint egy évtizede nem észleltetett és kankó is igen elvétve és csak fiatalabb férficselédeken fordul elő. Az uradalom által fenntartott anya- és csecsemővédő intézmény egy évtizedre visszamenő feljegyzései szerint elenyészően csekély a koraszülések vagy halott szülések száma, macerált magzat pedig nem fordult elő. Az egészséges szülések száma évente 40—50. A csecsemőhalandóság 10 év alatt minimálisan 3%, maximálisan 5%. Ezek a jelenségek magyarázzák a természetes szaporodás magas voltát.

Tekintettel arra, hogy az új községi orvos a tanév végén neveztetett ki és kapcsolódott be a vizsgálatokba, Derekegyházán csupán a központi majorban lévő iskola 124 6—15 éves korcsoportba tartozó tanulóját vizsgálhattuk meg. Ezek közül uradalmi alkalmazott gyermeke volt 63, a többi pedig az osztott földeken lakó családok gyermeke. A vizsgálatok örvendetes eredménye az volt, hogy *sem v. s.-ben szenvedő, sem erre gyanús gyermeket nem találtunk.*

Nagymágócs község viszonyai sok tekintetben hasonlók a Derekegyházán tapasztaltakhoz. Ez is uradalmi eredetű községnek számítható, azzal a különbséggel, hogy a nagybirtok feloszlása és ezzel a tanyarendszerű széttelepülés régebbi keletű és ezért előbbrehaladott. Határa 14.332 kat. hold, a házak száma 709, lakosai száma 4777. A népsűrűség négyzetkilométerenként 40.1, a tényleges szaporodás 35.1‰, a természetes szaporodás pedig 23.2‰ (1936-ban a természetes szaporodás 15.4‰). A tényleges szaporodás oka a kiosztott házhelyeken való tömeges letelepülésben rejlik. A természetes szaporodás magas volta az uradalom által biztosított jobb anyagi és egészségügyi helyzet javára írandó. A község és határa területén összesen 7 elemi iskola van, melyekbe 1930-ban 527 6—9 éves, 238 10—11 éves, 145 12—15 éves, összesen tehát 910 tanuló járt. A Zöldkeresztes szolgálatot vezető orvos jelentése szerint lueses terhes vagy csecsemő még nem jelentkezett. A nagymágócsi központi iskola és a már teljes mértékben tanyai környezetben lévő Árpád-telepi iskola 39, illetőleg 42, tehát összesen 81 6—15 éves korcsoportba tartozó tanulóját megvizsgálva, *v. s.-es, vagy erre gyanús gyermeket nem találtunk.*

Hódmezővásárhely thj. város határában a Vásárhelykutas és *Pusztaközpont* elnevezésű határrészeken végeztük a vizsgálatokat. Hódmezővásárhely 60.000 lakosú város, belőlük kb. 23.000 lélek a 140.000 kat. hold. kiterjedésű határban lakik a legtypikusabb tanyavilág-

ban. Az 1931—32. tanévben végzett I. elemi iskolás vizsgálatok alkalmával a külsőerzsébeti, feketehalmi, téglaszéli, tegehalmi, szőrháti, vereskutasi, rozsai, szentkirályi, répásháti, szikáncsi, vásárhelykutasi, mártélyi, vajháti, bodzásparti, rácútféli, csókási, belsőerzsébeti, hatrongyosi, alsókopácsi, felsőkopácsi és batidai határrészek iskoláiban összesen 220 tanulót vizsgáltunk meg és ezek között 3 (1.3%) gyermekben találtunk v. s.-t.

Vásárhelykutas Hódmezővásárhely thj. város egyik tanyai közigazgatási kirendeltségének székhelye. E körül és a két újabban épült templom körül máris kb. 120 ház csoportosult, mintegy magját képezve egy kialakuló községnek. Eltekintve ettől a kis magtól, a határrész határozottan tanyatypusú letelepülés. A vásárhelykutasi iskolában 149 6—15 éves korcsoportú és a legközelebb fekvő *Sóshalom* határrész iskolájában 35 ugyanilyen korcsoportú gyermeket vizsgáltunk meg. *E csoportban 1 v. s.-es gyermeket találtunk.*

Pusztaközpont ugyancsak tanyai közigazgatási kirendeltség, ahol azonban egyelőre csak a hivatalos épületek (csendőrség, orvosi lakás, stb.) jelzik a szilárd magot. Egyébképen a letelepülés teljesen tanyatypusú. A pusztaközponti iskolában 96 6—15 éves korcsoportú gyermek került vizsgálatra és *1 v. s.-t állapítottunk meg.*

Kerekszámban 3500 falusi és tanyai gyermeket vizsgáltunk annyira különböző jellegű területeken és viszonyok között, hogy az eredményeket csak községenként külön-külön bírálhatjuk. Ahhoz, hogy általánosíthassunk akár az ország összes faluira, akár a tanyavilágra, a vizsgálatok száma kevés. Tájékozódásra és áttekintésre azonban véleményünk szerint elegendő.

Ha elemezzük a számadatokat és összehasonlítjuk a már eddig hasonló környezetben végzett vizsgálatok eredményével, akkor azt látjuk, hogy Kiskundorozsma (0.69%) és Szegvár (0.51%) számai egyeznek *Aszalós* derecskei tapasztalataival (0.5%). Mindszent adata (1.19%) *Röthler* békéssámsoni 1935. évi adatával egyezik (1.5%). A Derekegyházán és Mágócson tapasztaltak (0%) igen jó színben tüntetik fel a tanyavilágot a v. s. szempontjából. A helyzet Hódmezővásárhely tanyavilágában koránt sem ilyen kedvező és majdnem azonos (1.2%) a Mindszenten tapasztalttal.

A népmozgalmi adatok összefüggenek a közegészségügyi viszonyokkal és nagy mértékben éppen a népbetegségek (tbc.-venereák) elterjedettségével. A halálozások számát, különösen bizonyos korcsoportokban, a gümőkór befolyásolja, a születések számát inkább a lues.

Félreértések elkerülése végett kijelentjük, hogy a művelt államokban mindenütt tapasztalható születéscsökkenésben nem tulajdonítunk túlságos jelentőséget a luesnek, mivel ez a csökkenés számos más okból származik. A természetes szaporodási számot tehát jelen esetben csak mint egy támpontot kívánjuk felhasználni.

Ha azoknak a községeknek és tanyavilágnak, amelyben vizsgálatainkat végeztük, a népmozgalmi adatait figyeljük, bizonyos fokig igazolva látjuk a v. s. elterjedettségét jelző százalékszámokat. Nem minősíthető véletlennek az, hogy Derekegyházán és Mágócson nem találtunk a vizsgált gyermekek között v. s.-ben szenvedőt, ha tudomásul vesszük, hogy Derekegyházána természetes szaporodás 18.2 ezrelék és Mágócson 23.2 ezrelék. És ennek ellentétekép meg kell hogy legyen az összefüggés a mindszenti 8.5 ezrelék természetes szaporodás és az 1.19% v. s. között is.

Szegvár érdekes kivétel. Összehasonlítva a terhesek lueses fertőzöttségének adatait (6.43% és 22.7%) a v. s. %-kal (0.51%), feltűnő ellentétet látunk. Ha magyarázni akarjuk ezt a jelenséget, figyelembe kell vegyük azt a tényt, hogy a természetes szaporodás 1930-tól 1937-ig 10.8 ezrelékről 5.5 ezrelékre csökkent és hogy a csecsemőhalálozás 12.5%. A terhesek adatai tehát kétségtelenül helyesek és a nagyszámú lueses terhesnek sok vetélése, koraszülése lehet. *Sok v. s.-es csecsemő is jöhetett a világra, ezek azonban korán elpusztultak és csak egy töredék jutott el az iskolás korig.* Annak az okát, hogy Szegváron miért feltűnően sok a lueses terhes, a férfiak foglalkozásában kell keresnünk. A kubikos az egész országban vándorol, távol a családjától és bőven van alkalma luest szerezni.

Arányosságot a terhesek lueses fertőzöttsége és az iskolás gyermekek v. s.-e között Békéssámsonban látunk. *Zsíros* közlése szerint 1936-ban 50 terhes közül 49-en elvégezve a vérvizsgálatot, 6%-ban találta fertőzöttnek a terheseket. Békéssámsonban 1935-ben az iskolásgyermekek 1.5%-a és 1937-ben 4.1%-a volt lueses.

A hódmezővásárhelyi adatok is bizonyos arányosságot mutatnak. A terhesek lueses fertőzöttsége 1931-ben, amikor az Országos Társadalombiztosító, Erzsébet közkórház és a Stefánia terhes-anyagát először vizsgáltuk, 6% volt. 1937-ben a Stefánia terhes-anyagának adata a következő: 269 új terhesen elvégezve a vérvizsgálatot, a lueses fertőzöttség 3.1%-nak bizonyult. A terhesek és iskolásgyermekek aránylag nagy fertőzöttsége (a városban 4.6%, a határban 1.0%) minden bizonnyal a sok közül egyik oka annak, hogy Hódmezővásárhely természetes szaporodása mindössze 3 ezrelék.

Vizsgálataink nem mentesek a hibaforrásoktól. Az adatgyüjtést olyan területeken is végeztük, ahol a Zöldkeresztes munka még nincs megszervezve, ahol tehát az iskolásgyermekek orvosi vizsgálata nem rendszeresen történik. A Zöldkereszt munkarendje szerint — mint azt már fentebb említettük, — elsősorban az I—III. és IV. elemi osztályok vizsgáltatnak át alaposan, a többi osztály vizsgálata csak ez egy alkalommal, kivételesen a v. s. tömegvizsgálatok miatt történt meg. Az egyéb betegségekre való vizsgálás elmaradt. A gyermekek egy részének tehát klinikai vizsgálata nem tökéletes, éppen így az anamnesis is hiányos. Ha ezt összevetjük azzal, hogy a v. s.-ben a serologiai vizsgálat legjobb esetben 70%-ban positiv, akkor kétségtelen, hogy bizonyos hányada a v. s.-nek nem állapíttatott meg. Gyakorlati szempontból ennek a hiányosságnak nem tulajdonítunk nagy jelentőséget, mivel a vizsgálatok a következő években is folytatódnak és az iskolás gyermekek rendszeres vizsgálatával a lueses fertőzöttség előbb-utóbb ki fog tűnni.

Azonban a v. s. utáni kutatást nemcsak az iskolás gyermekek érdekében végezzük. Legalább olyan fontos az a körülmény, hogy felkutatva a v. s.-es iskolás gyermeket, egyúttal a szülők fertőzöttségéről is tudomást szerzünk. A lueses apa gyógyítása a családfenntartó egészségének visszaállítását és munkabiróképességének meghosszabbítását jelenti, az édesanya gyógyítása egyúttal még *antenatalis lues praeventio is.* Különösen fontos szerepe van ebben a munkában a Zöldkeresztes általános egészségvédelemnek, amelyben ugyanaz a szervezet veszi gondozásba az egész családot.

A veszteség, amely a jelen vizsgálatunk során felismeretlenül maradt v. s.-ből származna, kiegyenlítődik azáltal, hogy habár függetlenül az iskolás gyermekek vizsgálatától, de azzal egyidejűleg a Zöldkereszt is, a Stefánia is, lassan minden állomásán meghonosítja a

terhesek vérvizsgálatát és így ha nem a gyermek, de legalább az anya betegsége egy újabb terhességgel kapcsolatban nyilvánvalóvá válik. A cél elérése szempontjából mellékes az, hogy milyen úton haladunk és hogy a fertőzött család melyik tagjával kapcsolatban találtuk meg a betegséget.

Éppen úgy, mint ahogy a v. s.-es gyermekek felkutatásában a munka súlypontja a hatósági orvosi karon és a Zöldkeresztes e. ü. védőnőkön nyugodott, a betegnek talált gyermekek és családtagjaik *gyógykezelése* is őket terhelte. A gyógykezelés az Országos Közegészségügyi Intézet Külső Munkák Osztálya, illetőleg az Országos Antiveneriás Ügyek Miniszteri Biztossága által kiadott köriratban *(Somogyi Zsigmond dr.)* megrögzített elvekhez igazodott. A szegénybetegeknek antiluetikumokkal való ellátására ugyanez intézmény utalt ki a Hódmezővásárhelyi Egészségvédő Intézet által arsenobenzol- és bismuth-készítményeket.

Fentebb már tárgyaltuk azokat a nehézségeket, amelyekkel munkánkban találkoztunk. Ezek nagyrészét a hatósági orvosok és a Zöldkeresztes védőnők igyekeztek leküzdeni. A siker hol több, hol kevesebb volt. Azonban a nehézségek nem csüggesztettek el, mert tudatában vagyunk annak, hogy a falvakban és tanyavilágban minden egészségügyi újítás eleinte nehezen megy. A legkomolyabb nehézség az volt, hogy az elfoglalt, vagy az orvos lakásától távol lakó betegek kezelését miképen intézzük. Ennek az akadálynak leküzdésében segítségünkre sietett *Dr. Egger Leo* vegyészeti gyár rt., amely nagyobb mennyiségű ötvegyértékű arsenkészítményt *(Arsoral)* bocsátott rendelkezésünkre. Ezzel a gyógyszerrel, mely összetételében egyezik a gyakorlatban már bevált spirociddal, stovarsollal, stb., rendszeres gyógyító kísérleteket végeztünk a hódmezővásárhelyi Egészségvédő Intézetben. Megismerve a gyógyszer hatásmódját, azoknak a lueseseknek, akik az orvost semmiképen sem tudták felkeresni, arsoral-t adagoltattunk, természetesen a hatósági orvos ellenőrzése alatt. A lues per os kezelését nem tartjuk tökéletes gyógyító módnak, azonban több a semminél és főleg a v. s. kezelésében igen hasznos. Gondunk volt arra, hogy a beteg ne tekintse a kezelést a tabletták szedésével elintézettnek és hogy figyelme felhívassék arra, hogy amint azt az ideje és munkaviszonyai megengedik, az injectiós kezelést ne mulassza el.

Összefoglalás: Csongrád vármegye falvaiban és tanyavilágában kerekszámban 3500 iskolásgyermeket vizsgáltunk meg annak a megállapítására, hogy a v. s. ezekben a letelepülési rendszerekben és ebben a korosztályban milyen mértékben van elterjedve. A Hódmezővásárhelyi Egészségvédő Intézet a hatósági orvosi karral és a Zöldkeresztes szolgálatokkal szoros munkaközösségben végezte a munkát. Az együttműködés megteremtésére azért volt szükség, hogy a vizsgálatokat és ezeknek eredményei alapján a gyógyító munkát a jelenleg érvényben lévő egészségügyi igazgatás kereteiben végezhessük el. Megállapítottuk, hogy Kiskundorozsmán 1002 tanuló közül 0.69%, Mindszenten 1004 tanuló közül 1.19%, Szegváron 781 tanuló közül 0.51%, Derekegyházán 124 tanuló közül 0%, Nagymágócson 81 tanuló közül 0% és Hódmezővásárhely tanyavilágában 500 tanuló közül 1.0% szenved v. s.-ben. A vizsgálatok eredményét nem tartjuk általánosításra alkalmasnak.

A vizsgálatok és a gyógyító munka folyamán meggyőződtünk arról, hogy az Intézet és a hatósági orvosi kar között létesített munkaközösség életrevaló és alkalmas arra, hogy az iskolásgyermekek v. s.-e elleni küzdelemre a jövőben is felhasználtassék.

Azokban a közületekben, ahol az 1937—38. tanévben az összes tanulókat átvizsgáltuk, a jövőben csak az I. elemi osztály vizsgálatára lesz szükség, a munka tehát tetemesen kevesbedik. Ott, ahol ez alkalommal vizsgálat nem végeztetett, megelégedhetünk az I., III., IV. elemi osztályok tanulóinak megvizsgálásával.

Nem mulaszthatjuk el, hogy köszönetünket ne fejezzük ki *Gaál András dr.* e. ü. főfelügyelő, egyetemi m. tanárnak, *vitéz Tóth Béla dr.*, m. kir. tisztifőorvosnak és *Ormos Pál dr.* kórházi főorvosnak, az O. K. I. hódmezővásárhelyi állomása vezetőjének azért a támogatásért, melyben munkánkat részesítették.

Az Erzsébet Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: vitéz Berde Károly ny. r. tanár) és kórbonctani intézetének (igazgató: Entz Béla ny. r. tanár) közleménye.

Néhány adat az erythematodes acutus tünettanához és kórszármazásához.

Irták: *Dziobek László dr.* és *Cseh Imre dr.*

Sokat vitatott kérdése a dermatologiának még ma is az erythematodes (e.) származása. A tünetek sokfélesége, a lefolyás változatossága, a boncolási leletek ellenmondásai mind alkalmasak arra, hogy a betegség eredetét még ma is homály fedje.

A klinikai tünetek, az általános lefolyás és a végkimenetel szempontjából az e. kórképében *Ehrmann* szerint három alakot különböztetünk meg: a heveny, az idült és a hevennyé váló idült alakot. Az első kórjóslata az élet szempontjából rossz, a másodiké jó, a harmadik átmenet az első két alak között, néha jó, máskor rossz végű.

Az idült alak klinikai megnyilvánulása eléggé jellemző, a heveny alak ellenben igen változatos. Épen e tarkasága miatt megállapítása sokszor nagyon nehéz. Ez az oka annak, hogy az e. acutus kórképébe olyan elváltozásokat is belesoroltak, melyekben a kórjelzés kétes, vagy legalább is erősen vitatható volt. Emiatt azután a klinikai és laboratoriumi vizsgálatok ellenmondók voltak, ami természetesen befolyásolta az e. a. származása felőli véleményeket is.

Másrészt kétségtelen azonban az,hogy kiváló szerzők által észlelt és a kimerítően pontos vizsgálatok egész sorával támogatott, biztosan e. a. -nak kórismézett esetek adatai között is vannak lényegbevágó ellenmondások, amik már nem magyarázhatók diagnostikai tévedéssel, hanem arra utalnak, hogy különféle kórokokra a szervezetek reactiója ugyanaz lehet.

Az e. létrejöttében fontossággal birnak bizonyos praedisponáló körülmények, ilyenek: kor, klima, rossz keringési viszonyok, seborrhoea, a hószám zavarai stb. Másrészről vannak olyan külső behatások, melyeknek az elváltozások fellépésében szerepük van, így: a természetes és mesterséges sugarak (napfény, quarz, röntgen stb.), fagy, rovarcsipések, egyéb fizikai ártalmak, chemiai behatások, gyógyszerek, stb. *Hutchinson, Warde, Jackson, Möller* az e.-t fénydermatosisnak tartják.

A szerzők egy része a toxikus származás mellett foglal állást. *Mac Leod* szerint az e. a. nem specifikus okú kóregység, hanem különböző toxikus, vagy septikus kórokok által létrehozott bőrtünet, amiben különösen a streptococcusnak van nagy szerepe.

Máskor fertőzéses eredetünek gondolják. Igy *Barber, Roberts, Reiner* a góc-fertőzés (focalis infectio) mellett tör lándzsát. *Volavsek* egy hevennyé váló idült esetben septikus hőmenet mellett a vérből staphylo-, majd pneumo-coccust tenyésztett ki és a kórboncolási lelet is lebenyes preumonia képét mutatta.

Egyesek a syphilisszel hozzák kapcsolatba, minthogy antisyphilises kúra kapcsán, gyógyulást, vagy javulást észleltek. Ezzel szemben mások ennek elkezdése után a folyamat fellángolását tapasztalták.

Végül sokan a gümőkórt mondják az e. a. kórokának, bár a gümő-bacillus kimutatása a beteg gócban még senkinek sem sikerült. Sikerült ellenben e. góc morzsalékával állatokon gümőkórt előidézni, ez azonban egymagában még egyáltalán nem kétségtelen bizonyíték. Még kevesebb eredménnyel jártak azok a törekvések, amelyek a tuberkulin-oltás utáni helyi visszahatásból igyekeztek a származásra következtetni. *Zieler* 20 éven keresztül észlelt ugyanazon betegen egymás mellett lupust és e.-t. Tuberkulin befecskendésére a lupusos góc mindig jól reagált, az e. ellenben sohasem. Igen eltérők a statisztikai adatok is az e. és tbc. viszonyára vonatkozólag. Igy *Martenstein* 16%-ban, *Ehrmann* pedig 98%-ban talált tbc.-t e. mellett. A tbc-bacillus kimutatásának gyakori sikertelenségét számosan a bacillus szürhető alakjának lehetőségével igyekeznek megmagyarázni. Mások ezt tagadják. Ez a kérdés azonban még ma sincs eldöntve. *Kren* szerint az e. a. tbc-s sepsis. *Grosz* és *Volk*-nak sikerült elölt gümő-bacillusok emulsiojával tengeri malacokat fénnyel szemben érzékennyé tenni. Szerintük emberben is hasonló folyamat játszódhat le: a fény csak kiváltja az e.-t. *Kren* 66 pontosan átvizsgált esetében mindig megtalálta a tbc valamilyen fennálló, vagy lezajlott formáját. Az eseteknek majdnem fele részében ez a szemen foglalt helyet chorioiditis tbc alakjában.

Mindezekből kitünik tehát, hogy az e. származása terén igen nagy a bizonytalanság. Alább közlendő esetünk részben az e. a. eredetéhez szolgáltat néhány adatot, részben pedig a klinikai tünetek mozaikjához ad néhány új követ.

N. M. 23 éves tehenész. Első felvétele 1935. V. 27-én. Négy évvel ezelőtt tüdőgyulladása volt. Jelen betegsége szünetekkel mintegy másfél éve tart, amikor homlokát egy szöggel felhasította s helyén seb keletkezett, mely 3 hét alatt begyógyult, azonban időnkint azóta is ki-kiújul. 1 éve a bal arcát egy tehén szarvával sértette meg, rajta ugyancsak egy ki-kiújuló fekély keletkezett.

A felvétel alkalmával a hajas fejbőrön baloldalt elől, továbbá a bal arcfélen egy-egy csecsemőtenyérnyi, nagyjából kerek, éles határú, némileg a szint alá süppedő, sárgásbarna pörkkel fedett, vérzékeny fekély látható, melyek közvetlen környéke heges. A homlokon és a hajas fejbőrön számos apró heg. A törzs és a végtagok bőre tele van vakarási nyommal, heggel, festékes folttal, pontszerű vérzéssel. Kórjelzés: ekthyma simplex. Közömbös kenőcs alkalmazására az elváltozások egy hét alatt teljesen behámosodtak s a beteg 1935. VI. 3-án gyógyultan távozott.

Már egy hónap múlva, 1935. VII. 6-án ismét jelentkezett. Előadta, hogy hazamenetele után 1 héttel „egy erős napsütés után a sebei kifakadtak", majd ezután 4 nappal csuklói és térdei megdagadtak. Állandóan láza volt, a hideg többször is rázta. Három nappal bejövetele előtt mindkét kezének ujjai is megduzzadtak és a napfénynek kitett területeken viszkető kiütések keletkeztek.

Jelen állapota: Az arcon, — a homlok kivételével, — a kézhátakon, az ujjak háti felszínén (1. ábra) és az alkarok feszítő oldalán számos gombostűfejnyi, lencsényi, kerek, vagy kerekded, elmosódott határú, kiemelkedő, szederjes-vörös göbcse. A felső végtagok gócai helyenkint ujjbegynyi nagyságúvá folynak össze. A kezek ujjainak végpercén, a hajlító felszínen, továbbá mindkét tenyéren is elszórtan számos lencsényi, ujjbegynyi, legtöbbnyire éles határú, kiemelkedő, kettős tagoltságú elváltozások vannak. Ezek közepe halványabb szederjes-vörös, sőt némelyiké szürkés-fehér. E körül élénk vörös udvar foglal helyet, mely az elváltozás közepénél jobban kiemelkedik. Színük nyomásra legtöbbnyire elhalványodik, némelyikben azonban ily módon vérzés mutatható ki. Emellett egyesek közepén kölesnyi, lencsényi, szürkés-fehér szarumegvastagodás is van, ezek azonban a fenti gócoktól függetlenül is észlelhetők a tenyereken. A bal homlokdudor fölötti tájon és a bal arcfélen helyet foglaló régebbi elváltozások hegét nagyrészt barnás-sárga pörk fedi. Vérkép: vvt. 3,640.000, fvs. 3400, hgb. 70%, fi. 0.9. Schilling: lebenyes magvú 54%, lympho. 36%, pálcika magvú 2%, eosinoph. 8%. Wa. R., S. G. R., M. T. R. negativ. Vizeletében semmi kóros. Pirquet: ∅. Widal: ∅. Haemokultura: ∅. Hőmérsék: 38.2 C°. Érverés: 102. Belső szervek: nincs kóros eltérés.

1. ábra.

2. ábra.

Lefolyás: 1935. VII. 19. Újabb gócok a tenyereken, alkarokon, a régiek közepe részben hámlik, részben tetejük leemelődött és élénk vörös, nedvező felszín látható helyükön (2. ábra). Az orcák nyálkahártyáján, a kemény- és lágy szájpadon néhány lencsényi, elmosódott határú, élénk-vörös folt, közepükön kendermagnyi, szürkés-fehér elszíneződés. A bal arcon és a bal homlokdudor fölötti, részben pörkkel

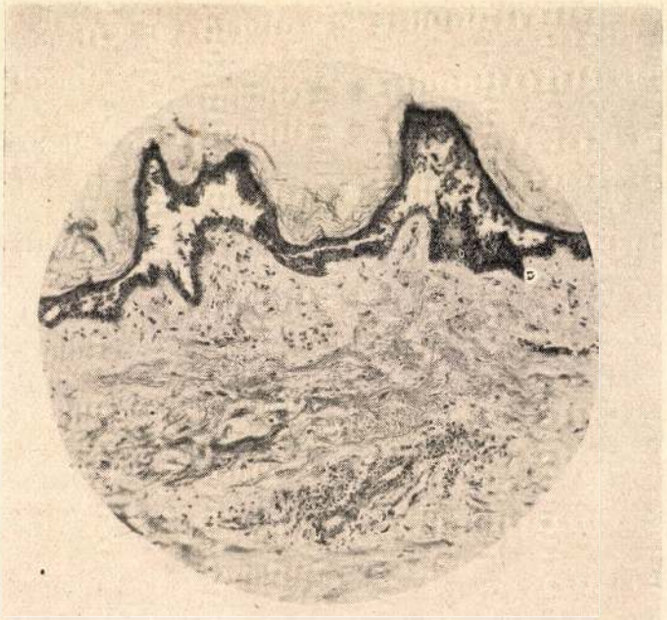
fedett heges területeken a hám levált és kb. gyermektenyérnyi, élénk-vörös, vérző alapú, kissé beszűrődött fekély alakult ki, melyek környéke élénk-vörösen elszíneződött (3. és 4. ábra). — VII. 25.: Láza emelkedik, ezzel kapcsolatban a fülek előtt, az áll alatt a nyirokcsomók olyan nagy mértékben megduzzadtak, hogy a fej alakját szembetűnő módon elváltoztatták (5. ábra). A törzsön és a szájban újabb elváltozások keletkeztek, melyek részben kifekélyesedtek. Widal: ∅. A szegycsont felett egy friss elváltozást szövettani vizsgálat céljaira teljes egészében kimetszünk és ez a következő képet adja (6. ábra): A laza szaruréteg kissé megvastagodott. A szemcsés réteg mindenütt kifejezett. A tüskés réteg általában keskeny, csupán 4—6 sejtsorra terjed ki. A chromatin-dús magvak körül a plasmában világos udvar foglal helyet. Az elváltozás szélein a tüskés réteg sejtjei között repedésszerű, mikroskopikus rések vannak, melyek a közép felé sűrűbben helyezkednek el, egymással összefolynak, végül is laza födelű, több rekeszes, egymással közlekedő hólyagok állnak elő, melyek alapját legtöbbnyire csak az alapréteg alkotja. A hólyagokban kevés savó mellett levált hámsejtek, illetve ezek törmelékei találhatók meg. Az alapréteg sejtjei között helyenkint meglazult az összeköttetés és mind ezekben, mind pedig a tüskés réteg legalsó sejtsoraiban bőven találunk pigment-szemcséket. Az irha szemölcsös és hálózatos része duzzadt, savósan beivódott s az erek mentén igen kisfokú gömbsejtes beszűrődés van. A hólyag alatt a szemölcsös rétegben a rugalmas rostok megkevesbedtek, vagy pedig helyenkint egészen hiányoznak, míg a str. reticulareban megduzzadtak, széttöredeztek. Koch-bacillust kimutatni nem tudtunk.

VIII. 3.: A törzsön újabb gócok, a combokon apró vérzéses foltok jelentek meg. — VIII. 20.: Lázas. Belorvosi lelet: ∅. Fehérvérsejtszám: 13.400. Vörösvértestsüllyedés Westergreen szerint: 1/75, 2/115, 24/148. — IX. 1.: Újabb véres foltok, majd fekélyek keletkeztek a kéz és láb ujjainak hegyén. Az arc és törzs régi gócai közepén szürkésfehér hyperkeratosis, körülöttük erősödő pigmentatio. Pirquet (II.): ∅. Haemokultura: ∅. Köpet: Koch neg. — IX. 18.: A megduzzadt mirigyekben egymásután hullámzás támadt, feltárásra véres geny ürült belőlük, amelyekben semmilyen kórokozót sem találtunk. — X. 10.: Vérkép: vvt. 3,200.000, fvs. 9100, hgb. 70%, fi. 1.0. Schilling: lebenyes magvú 55%, lympho. 30%, fiatal sejtalakok 5%, pálcika magvú 2%, eo. 7%, mono. 1%. Pirquet (III.): 24 óra múlva határozott pir, 48 óra múlva göbcse és 1 cm. átmérőjű pir. Góci reactio nincs. — X. 27.: Újabb Pirquet (IV.), amely az előbbinél jóval erősebb reactiót adott, a hőmenet is magasabb lett (7. ábra), góci reactiót ez sem okozott. A bőr tü-

3. ábra.

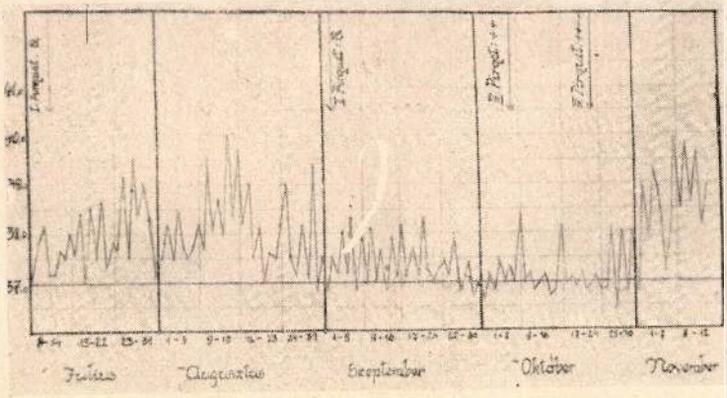
4. ábra.

5. ábra.



6. ábra.

netei csupán az idült e. képét mutatják. — XI. 6.: Feje fáj, étvágytalan, állandóan lázas, néha septikus jellegű. Belgyógyászati lelet: mája és lépe megnagyobbodott. Widal: ∅. — XI. 12-én a belklinikára helyezzük át, ahol tarkómerevsége támad. Röntgenátvilágítás: Dús hilusok, foltosan árnyékolt tüdőmezők. Gerinccsapoláskor sugárban, 370 mm. nyomással víztiszta gerincagy-folyadék ürül. Sejtszám: 286/3. Pándy, Nonne-Appelt, Weichbrodt, Queckenstedt: positiv. Wa. R., SGR.: negativ. Állandó magas láz és fokozódó gyengeség közben 1935. XI. 17-én meghal.



7. ábra.

8. ábra.

A boncoláskor talált főbb elváltozások a következők: Mindkét tüdő mellhártyáján, valamint a tüdők metszéslapjain is számtalan buzadarányi, szürkés-fehér szemcse, továbbá egy-két, ezeknél nagyobb, kölesnyi, borsónyi, fakósárga göbcse. A jobb tüdőben az apró szemcsék a hilus szomszédságában sokkal sűrűbben helyezkednek el, mint baloldalon. A jobb tüdőkapubeli nyirokcsomók heges állományában egy-két borsónyi, fakósárga terület van. A kissé megnagyobbodott lépben, májban, vesében és a szívburkon is megtalálható a fentebb leírt kétféle nagyságú és színű göbcse. A lágy agyburkok agyalapi részén csupán sok apró, szürkés-fehér szemcse látható. A szöveti vizsgálatkor a lágy agyburok kivételével, a fenti szervekben kisebb számban fiatal kötőszöveti tokkal körülvett, sajtos gümőket találunk, nagyobb számban pedig apró, tulajdonképen csak gömbsejtes beszűrődés benyomását keltő tüszőszerű lymphocytahalmazokat, némelyikükben már egy-két Langhans-óriássejt is megjelenik. Kórjelzés: Tbc. caseosa inveterata nodulorum lymphaticorum hili dextri. Tbc. miliaris universalis. Meningitis basilaris tuberculosa.

Összefoglalva: 23 éves férfin, részben előző traumák helyén, erősebb napsugárzásra kiujuló fekélyek keletkeznek, amely után először a karok fedetlen részén, majd a takart tájakon is véres-savós hólyagok s ezek helyén elhalások támadtak. Ugyanekkor lázas volt, továbbá mirigyduzzanat is állott fenn, amely csírátlanul elgenyedt. A heveny tünetek visszafejlődése után a chronikus e. jellegzetes bőrtünetei alakultak ki. Ekkor a folyamat megnyugodni látszott, mikor is újabb lázas időszak közepett fokozódó tarkómerevség és a test erőinek állandó gyengülése közepette a beteg meghal. A boncolás általános miliaris tuberculosis képét mutatta.

Polland egy, 1906-ban leírt esetében az e. a. gyógyulása után jelent meg a csak klinikailag megállapított miliaris tbc.

Ez adatok birtokában mindenekelőtt a klinikai tünetek elkülönítő kórjelzése tarthat . érdeklődésre számot. Kezdetben ekthyma simplex-re, vagy más pyogen fekélyre gondoltunk, ezt azonban sem a laboratóriumi vizsgálatok, sem pedig a betegség lefolyása nem tudták megerősíteni s ekkor alakult ki bennünk az e. a. lehetőségének gondolata. Ki kellett azonban zárnunk az erythema exsudativum multiformé-t, minthogy a testszerte, de különösen a kezeken megjelenő újabb gócok ezzel nagy hasonlatosságot mutattak. Az idült e. typusos gócainak megjelenése azután tisztázta a kérdést és többé nem merült fel kétely kórjelzésünk helyessége felől.

Esetünk tehát egy hevenyen kezdődő és részben heggel gyógyuló, részben pedig az idült alakba átmenő e. (8. ábra). Az idült e. tünetei részben a heveny tünetek fennállása alatt, részben azok után jelentek meg és egészen a beteg haláláig állottak fenn. A heveny e. idültté válása meglehetősen ritka, ilyenről csak *Van der Valk, Ramel* és *Siemens* számoltak be egy-egy esetben. Ezzel szemben *Ehrmann* és *Falkenstein* ennek lehetőségét kereken tagadják. *Saját észlelésünk alapján mondhatjuk, hogy — ha talán ritkán is, — mégis meg van a lehetősége az e. a. idültté válásának.*

Ki kell emelnünk a tünetek közül a környéki nyirokcsomók hatalmas duzzanatát és steril elgenyedését. A genyet mind kikent készítményben, mind pedig különféle táptalajon vizsgálatnak vetettük alá több ízben is, sőt állatoltásokat is végeztünk vele, azonban egyszer sem találtunk baktériumot és állataink is életben maradtak, illetve boncolásukkor a gümősödés jelét nem mutatták. A nyirokcsomók steril genyedéséről szóló közlést e. a. kapcsán az irodalomban nem találtunk.

Kevés adatot kaptunk az e. a. vérképére vonatkozólag. Így *Templeton* 3 esetében thrombopenia, az egyikben ezenfelül leukopenia is volt. *Spiethoff, Ehrmann* és *Falkenstein, Grütz, Stokes, Wendt* leukopeniáról, relativ lymphocytosisról és az eosinophilia hiányáról számolnak be. *Nicolau* és *Blumenthal* azonban csekély (2%) eosinophiliát talált a fentieken kívül. Esetünkben megállapíthattuk mind a leukopeniát és relativ lymphocytosist, mind pedig a határozott eosinophiliát (7—8%).

Esetünk kórszármazására — úgy gondoljuk — némi világosságot vet a betegség lefolyása és a boncolási adatok között található összhang. Betegünk a heveny bőrtünetek mellett súlyos általános állapotban, lázasan került klinikánkra és heveny tünetei az első időben csak fokozódtak. Hőmérséke állandóan 39—40 C° között mozgott, gyengült, fogyott. 3—4 hét múlva a heveny tünetek alább hagytak, hőmenete alacsonyabb lett, összeszedte magát. Már hazamenetelének időpontját latolgattuk, midőn láza ismét magasba szökkent, a

beteg egyre gyengült, étvágytalan lett. Végül is tarkómerevség fejlődött ki és néhány nap múlva meghalt. A boncvizsgálatból azután kiderült az, hogy általános miliaris tuberculosisának kiindulópontja a jobb tüdőkapu nyirokcsomóinak sajtos folyamata. Innen történt a szétszóródás, még pedig két ízben, amint ez a gümők szövettani elemzése alkalmával kiderült. Találtunk eszerint egy kevesebb számú gümőféleséget, amelyben elsajtosodás van és amelyet keskeny kötőszövetes tok vesz körül, jeléül annak, hogy e gümőféleség már bizonyos ideje fennáll. Emellett nagyobb számban találtunk olyan gümőket, amelyekben még csak gömbsejt és elvétve egy-egy Langhans-sejt van, vagyis ezek egész fiatal gümők. Egybevetve ezeket a klinikai lefolyással, feltehető, hogy az első szétszóródás a szervezetben a beteg bejövetele előtti időben történhetett. Ez legtömegesebben a bőrt érhette, tekintve a nagyszámú bőrjelenséget és a kisszámú idősebb gümőt a belső szervekben. Ez az idő a beteg halála előtti kb. negyedik hónapra tehető, aminek az első gümőféleség kórszövettani érettsége meg is felel. Hogy a bőr elváltozásaiban a gümőbacillust kimutatni nem tudtuk és ez másoknak sem sikerült, annak talán az az oka, hogy a bőrbe az elpusztított és lebontott bacillusoknak — egyelőre előttunk ismeretlen ok folytán — csupán méreganyagai kerülnek. Ezt a nézetet támogatni látszik az a különbség, amely a biztosan gümős és csak valószínűen gümős bőrbetegek kórszövettani képe között fennáll. *Lewandowsky* szerint ott, ahol a baktériumok szinte akadálytalanul szaporodhatnak, a szervezet nem specifikus gyulladással reagál, ott ellenben, ahol ellenanyagok közbejöttével lassan bontja le a kevés számú baktériumot, gümő képződik. Hasonló jelenségek idézhetők elő allergiás szervezetben elölt gümőbacillusok, vagy tuberkulin befecskendezésével is. Ott tehát, ahol kevés a bacillus, vagy a toxin, typusos gümő képződik legtöbbnyire (pl. lupus), ahol pedig nagy mennyiségben van jelen a baktérium, vagy a toxin, ott a szöveti kép nem fajlagos gyulladás képét mutatja (pl. erythematodes). Ugyancsak igazolni látszik feltevéseinket *Grosz* és *Volk* előljárójában már ismertetett kisérletsorozata, továbbá *Bloch* és *Fuchs* észlelete is. Utóbbi szerzők az e. góc kivonatának sejtmentes szüredékét gümős egyéneknek fecskendezték be és olyan reactiókat kaptak, mint híg tuberkulin alkalmazása után. Emellett későbbi tuberkulin-adagolás után a kivonat korábbi befecskendezésének helyén a reactio ismételt fellángolását tapasztalták.

Visszatérve esetünkre, megállapíthatjuk továbbá, hogy a második szétszóródás a beteg halála előtt kb. két héttel történhetett, mielőtt az utolsó lázas szak elkezdődött volna. Hogy ekkor a bőrön nem támadtak elváltozások, azzal magyarázható, hogy az első disseminatio alkalmával a bőr elegendő védettséget nyert. A szervezet védettsége azonban még nem volt teljes, viszont ekkor olyan nagyfokú volt a szétszóródás (erre utal a nagyszámú fiatal gümő), hogy a rendelkezésre álló csekély védőerők gyors lekötése után a gümőbacillusok szinte akadály nélkül áraszthatták el a szerveket.

Ezen állításainkat támogatják immunbiologiai vizsgálataink is. Betegünk bejövetele alkalmával végzett Pirquet-próba negativ volt, noha akkor is jelen volt a szervezetben egy activ gümős góc (a jobb tüdőkapubeli sajtos nyirokcsomó). Ugyancsak negativ eredményt adott egy későbbi időpontban megismételt Pirquet-oltás is. Ez arra mutat, hogy a szervezet anergiás volt. Azután megindult a védőanyagképzés, amit a III. és IV. positiv Pirquet-oltások erősségbeli különbsége is jelez. A második szétszóródás kb. az utolsó Pirquet-oltás idejével esik egybe, ez után jött az utolsó lázas időszak, amely után a beteg meghalt. Természetes az a gondolat, hogy a második disseminatiót talán ez oltás után megnyilvánuló nagyfokú reactio indította meg. Ennek lehetősége elméletileg elképzelhető, noha az ily módon a szervezetbe kerülő tuberkulin mennyisége ehez kevésnek tetszik.

Szó sincs róla, hogy ebből az egy esetből az elmondottak alapján végleges következtetést vonjunk le, mégis a klinikai és boncolási adatok egyezése és párhuzama mellett nem mehetünk el minden észrevétel nélkül. Ezek alapján minden valószínűséggel mondhatjuk, hogy az e. a. ezen esetének kórszármazásában a gümőbacillus közreműködése kétségtelennek látszik. Nem hagyható azonban figyelmen kívül az előzetes erőművi behatások előkészítő és a napfény kiváltó szerepe sem.

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

A fajlagos antitestek viselkedése sulfamid-kezelés alatt.

Írta: *Szép Jenő dr.* egyetemi magántanár
és *Árokháty Vilmos dr.* egyet. tanársegéd.

A kankó korszerű chemotherapeutikumainak, a két sulfamid-csoport által jellemzett vegyületeknek hatása — mai tudásunk szerint — az alábbi 4 tényezőből tevődik össze: 1. közvetlen csíraölő hatás *(Domagk, Bürger)*, 2. a baktériummérgek semlegesítése *(Levaditi* és *Vaismann, Domagk, Bürger)*, 3. a csírák tokképződésének megakadályozása a szervezetben *(Levaditi* és *Vaismann)*, 4. a szervezet véderőinek fokozása *(Domagk, Bürger)*.

E közleményünk tárgya a legutóbbi tényezővel kapcsolatos. E chemotherapeutikumok hatásában a szervezet védőanyagainak jelentőségét az állatkisérletes vizsgálatokon kívül a klinikai tapasztalat is támogatja. Éppen ezért, de több más szempontból is jelentős annak megállapítása, hogy a *kankós beteg vérének fajlagos védőanyagtartalma és e vegyületek gyógyhatása között van-e összefüggés? Felke, Oppenheim* és *Wanderer, Schreus* és mások szerint akkor hatásos az uliron-kezelés, amikor már kellő mennyiségű fajlagos védőanyag is van a szervezetben. A klinikai tapasztalat ugyanis azt bizonyítja, hogy az uliron elsősorban az idült folyamatokban hatásos, bár frisebb esetekben is eredményes lehet, amint azt régebben már egyikünk *(Szép)*, újabban pedig *Bernhardt* is közölte.

Gonorrhoeások vérében a fajlagos védőanyagok jelenlétére és mennyiségére a gyakorlatban ma a gonococcus-complementkötési reactio (go. c. r.) eredményéből következtethetünk. Mi az uliron-hatás tanulmányozásának megkezdése óta *figyelemmel kisérjük a go. c. r. viselkedését az uliron-kúra előtt és után annak a megállapítása végett, hogy a kórisme, kórjóslat és gyógyítás szempontjából mennyiben értékelhetők ezek az eredmények.*

31 ulironnal kezelt betegünkkel kapcsolatban egyikünk *(Szép)* már több helyen (Bőrgy., Urol. és Venerolog. Szemle 1938. 3. sz.; Debreceni Orvosegyesület, 1938. március 3.; Magyar Dermatologiai Társulat szegedi vándorgyűlése, 1938. április 9.) beszámolt arról, hogy a go. c. r. az uliron-kezelés után az esetek nagyobb százalékában (58%) erősen

positiv, kisebb százalékában (36%) gyengén positiv és csupán 6%-ban volt negativ. *Oppenheim* és *Wanderer* nézete szerint a go. c. r. értékes útbaigazítást nyujthat az uliron-kúra megkezdésének időpontjára nézve. *Brill* a go. c. r.-t nem tartja biztos kritériumnak a gyógyulás lefolyásának és kilátásainak megitélésében. *Schubert M.* érinti még ezt a kérdést. 84 esetben végezte el a go. c. r.-t és nem talált összefüggést a go. c. r. erőssége és aközött, hogy a szervezet az ulironra hogyan válaszol.

Mostani vizsgálataink kapcsán az alábbi kérdésekre igyekeztünk megfelelni: *Sulfamid-készítményekkel végzett gyógyítás után hogyan viselkedik a go. c. r.? Van-e különbség gyógyulás tekintetében e gyógyszer adása előtt positiv go. c. r.- és a negativ go. c. r.-esetek között? Értékelhetők-e továbbá ezek az eredmények a kórisme, kórjóslat és gyógyítás szempontjából?* E végett 86 kankós beteg vérsavójával végeztük el a go. c. r.-t. Ezek közül 31 (22 nő, 8 férfi, 1 fiúgyermek) beteg *uliron Bayer*-t, 55 (32 nő, 23 férfi) beteg *elektyl Chinoin*-t szedett. Betegeink e sulfamid-készítményekből 2—3 kúrát kaptak. Egy-egy kúra 3—5 napos volt, naponta 3x2 tablettával. Minden egyes betegünk baja idősebb volt kéthetesnél..

Ellenőrzésképen még 5 pyodermás beteg vérsavójával is elvégeztük a go. c. r.-t. Két elektylkúra (3—3 napos, közöttük 1 hét szünet) bevezetése előtt, alatt és 1 héttel azután. Egyik esetben sem kaptunk positiv reactiót; ez azt bizonyítja, hogy maga *az elektyl nem teszi positivvá a go.-mentes egyének vérsavóját.* Itt tartjuk megemlítendőnek, hogy *Dóczy* és *Horváth* tapasztalatai szerint az elektyllel és ulironnal rokon vörös- és fehér prontosil, valamint a prontosiloldat egymagában a tengerimalacok normál opsoninjaira alig van hatással.

A gyógyeredményeket nem ismertetjük. E tekintetben utalunk egyikünknek *(Szép)* már fentebb említett közleményére és előadására. Itt megjegyezzük, hogy az uliron és a vele azonos összetételű elektyl gyógyítóhatásban megegyezik. Éppen ezért e két szerrel végzett vizsgálataink eredményeiről is együttesen számolunk be. Olyan kellemetlen melléktüneteket, melyek miatt az elektyl adását abba kellett volna hagyni, egyszer sem tapasztaltunk.

A go. c. r.-t elvégeztük e készítmények adagolásának megkezdése előtt és 4—8 hét múlva azután. A complementkötési reactiót compligonnal és saját készítésű roncsolt antigennel végeztük.

47 (55%) esetben. *A positiv go. c. r.-k száma tehát a kezelés után 9%-kal több volt, mint a kezelés előtt.*

Kitűnik táblázatunkból az is, hogy a kezelés végén változatlan maradt a reactio 35 (41%), gyengült 21 (24%), erősbödött 30 esetben (35%). *Eszerint a szokásos 2—3 kúra uliron- és elektyl-kezelés végén a complementkötő antitestek mennyisége az esetek többségében vagy változatlan maradt, vagy megszaporodott.*

Kiszámítható továbbá táblázatunk adataiból, hogy az összes (19) negativ go. c. r.-eset közül a kezelés végén positivvá vált 16 (84%), melyből erősen positiv volt 7. Ez utóbbiak közül 6 a gc.-negativakra esik. Az összes gyengén positiv (27) go. c. r.-eset közül a kezelés végén negativvá vált 5 (18%), változatlan maradt 8 (30%), erősen positivvá vált 14 (52%); ez utóbbiak közül 10 a gc.-negativ esetek közé tartozik. Az összes a kezelés elején erősen positiv (40) go. c. r.-esetek közül a kezelés végén negativvá vált a go. c. r. 3 (8%), gyengén positivvá vált 13 (32%), változatlan maradt 24 (60%) esetben; ez utóbbiak közül 13 a gc.-negativakra esik. Összegezve: *a negativ és gyengén positiv go. c. r.-k a kezelés végén az esetek legnagyobb százalékában positivvá váltak, az erősen positiv reactiók pedig változatlanul erősen positivak maradtak. Ez elsősorban azokban az esetekben volt észlelhető, melyek ben a sulfamid-kezelések végén gonococcust nem találtunk.* A sulfamid-kezelés utáni gyógyulásra vonatkozó véleményünket illetőleg utalunk egyikünknek *(Szép)* már fentebb is említett munkáira. Hangsúlyozzuk ez alkalommal is, hogy nem beszélünk gyógyult, csak gc.-negativ esetekről, mert ezekben még hiányzott az a néhányhónapos megfigyelési idő, melyet a provokálásokkal együtt szükségesnek tartottunk a gyógyulás kimondásához.

Különválasztva a gc.-negativ, javult és nem javult eseteket, azt találtuk, hogy a 43 gc.-negativ eset közül a kezelés végén a reactio gyengült 8 (19%), változatlan maradt 16 (37%), erősbbödött 19 esetben (44%). A 33 javult eset közül a kezelés végén a reactio gyengült 10 (30%), változatlan maradt 15 (46%), erősbödött 8 esetben (24%). A 10 nem javult eset közül a kezelés végén a reactio gyengült 3 (30%), változatlan maradt 4 (40%), erősbödött 3 esetben (30%). Ebből látjuk, hogy

1. Táblázat.

Go. c. r. eredménye kezelés előtt	esetek sz.		Go. c. r. eredménye kezelés után																	
			gc. — negativak						javultak						nem javultak					
			neg.		+		++		neg		+		++		neg.		+		++	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♁	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
ngativ	5	14				3		6	1	1	2	2	2			1				1
+	5	22		2		3	1	9	1	1	1	2	2			1		2		2
++	22	18		1	2	3	4	9	1		6	1	8	2	1			1		1
Összesen	32	54		3	2	9	5	24	3	2	9	5	12	2	1	2		3		4

Eredményeinket részletesen táblázatban mutatjuk be, melyek közül a következőket tartjuk kiemelendőknek:

A 86 beteg közül kezelés elején negativ volt a go. c. r. 19 (22%), gyengén positiv 27 (31%), erősen positiv 40 (47%) esetben; a kezelés végén a go. c. r. negativ volt 11 (13%), gyengén positiv 28 (32%), erősen positiv *a kezelés végén a gc.-negativokban a go. c. r. az esetek legnagyobb százalékában erősbbödött, a javultakban és nem javultakban pedig változatlan maradt.*

Most pedig csupán azokat az eseteket tekintve, melyekben a kezelés előtt negativ és gyengén positiv volt a go. c. r., azt látjuk, hogy a 24 gc.-negativvá vált eset közül a kezelés végén a reactio erősbödött 19

(79%), a 15 javult eset közül 8 (53%), a 7 nem javult eset közül 3 esetben (43%). Ha pedig a kezelés előtt erősen positiv eseteket vesszük a gyengülés szempontjából, látjuk, hogy a 19 gc.-negativ eset közül a kezelés végén a reactio erőssége csökkent 6 (32%), a 18 javult eset közül 2 esetben (67%). Ezek szerint tehát *a gyógyulás és a reactio erőssége egymással párhuzamosan haladt, vagyis a kezelés végén negativ gc.-lelet és erősen positiv go. c. r. jó prognosist jelent.*

Arra vonatkozólag, hogy jobb eredményt adtak-e a gyógyulást illetőleg a kezelés előtt gyengén és erősen positiv go. c. r.-t mutató betegek, mint a negativak, azt kaptuk, hogy a 19, kezelés előtt go. c. r. negativ eset közül a sulfamid-kezelés után gc.-negativvá vált 9 (47%), javult 8 (42%), nem javult 2 (11%); a 27, kezelés előtt gyengén positiv go. c. r.-eset közül a kezelés után gc.-negativvá vált 15 (56%), javult 7 (26%), nem javult 5 (18%); a 40, kezelés előtt erősen positiv go. c. r.-eset közül a kezelés után gc.-negativvá vált 19 (47%), javult 18 (45%), nem javult 3 (8%). *A gyógyulás szempontjából tehát egyenlő értékeket kaptunk a kezelés elején negativ és erősen positiv esetekben.* Egyesítve a gc.-negativvá vált eseteket a javultakkal, már észlelhető valamelyes különbség: 89%, 82%, 93%. Ilyen szempontból is az erősen positivakra esett a legnagyobb százalék. Hozzá kell ehhez tennünk még azt, hogy *a kezelés elején, erősen positiv go. c. r.-esetek közül került ki a legkevesebb nem befolyásolt eset (8%).* Figyelemre méltó, hogy a kezelés előtt gyengén positiv go. c. r.-esetek közül vált a legtöbb (56%) gc.-negativvá a sulfamidos kezelés végén, de ugyancsak a legtöbb esetben itt nem vált be a sufamid (19%).

E közleményünkben felvetett kérdésekre minden tekintetben határozott választ csak több vizsgáló nagy anyagon tett észlelése után kaphatunk, de a mi fentebb közölt észleléseinket támogatják klinikánkon *Dóczy* és *Horváth* opsonin-vizsgálatai állatkisérletekben, melyeket a sulfamid-kezelésekkel kapcsolatban végeztek.

Nincs nagyobb tapasztalatunk arravonatkozólag, hogy később ben, e kezelések után 3—4 hónap múlva hogyan viselkedik a go. c. r. Megemlítjük egyik arthritis go.-ás betegünket, akinek a kezelés elején a go. c. r.-ja erősen positiv volt és aki 4 elektyl-kúrában és 10 pyrifer-oltásban részesült. E kezelések bevezetése után 3 hónap múlva elvégzett provokáláskor gonococcusokat találtunk bő folyással, a go. c. r. pedig már negativ volt. Ez az eset is támogatja fenti megállapításainkat.

Fontos azt tudnunk, hogy a sulfamidos kezelések végén a go. c. r. általában positiv marad azért is, mert sok esetben e kezelések kapcsán a gonococcusok csupán átmenetileg tűnnek el a váladékból, vagyis a gyógyulás csak látszólagos. Segítségünkre lehet tehát olyan prostituáltak és go.-gyanús egyének vizsgálatában, akik valamilyen sulfamid-kezelésben részesültek. Eredményeink szerint a go. c. r. nem ad útbaigazítást a sulfamid-kezelés bevezetésének időpontjára nézve, vagyis éppenúgy hatásos vagy hatástalan lehet a kezelés, ennek bevezetése előtt mind negativ, mind positiv esetekben. A prognosis szempontjából — fenti eredmények szerint — az kedvező, ha a kezelés végén erősen positiv a go. c. r. Eredményeink arra is mutatnak, hogy nem lehet párhuzamot vonni a salvarsannak a syphilisre és a sulfamid-vegyületeknek a kankóra gyakorolt hatása között.

Közvetlenül eredményeink közlése előtt jelent meg a Dermatologische Wochenschrift szep. 3-iki — akkor legutóbbi — számában *Marquardt* hasonló tárgyú közleménye. 60 ulironnal kezelt kankós beteg vérsavójával végzett go. c. r.-k eredményeiből arra következtet, hogy friss seronegativ go.-esetek 1—2 uliron-kúra után meggyógyulhatnak, anélkül, hogy a complementkötési reactio positivvá válna. A friss esetek gyógyulási készségét erősebbnek találta a seropositiv szakban. Idült esetekben a seroreactio positiv, vagy negativ eredménye csekély jelentőségűnek látszik az uliron gyógyhatása tekintetében. Megállapíthatta továbbá, hogy az uliron-kúra bevezetésekor positiv reactiók gyakran még hosszú időn keresztül positivak maradnak a kúra után; a negativvá válás nem jelenti a gyógyulást. *Marquardt*-nak e közleménye tehát támogatja megállapításainkat.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Ádám Lajos ny. r. tanár.)

Az alsó végtag sérülései, különös tekintettel az előző alkati elváltozásokra.*

Írta: *Valkányi Rezső dr.* egyet. tanársegéd.

Az alábbiakban az alsóvégtagsérülések általános ismertetésén kívül elsősorban az alaki elváltozások szerepét szándékozunk megvilágítani 1. a sérülés létrejöttében, 2. a gyógyulás lefolyásában és 3. a gyógyulás kimenetelében. Csak az idült és az irreversibilis alkati rendellenességeket vettük figyelembe, átmeneti, múló, heveny betegségeket nem. Messzire vezetett volna, ha a néhány héttel heveny angina után, könnyű sérülések kapcsán fellépett heveny osteomyelitisekkel is foglalkoznánk. Hasonlóképen nem foglalkozunk a finomabb alkati változatok befolyásával sem, mert ehhez külön e célra megszerkesztett kórtörténetek volnának szükségesek a vércsoport, testhossza, testsúly, hajszín, szemszín, koponyaalak, belső elválasztási működés adataival. Vizsgálódásunk alapja elsősorban a III. sz. sebészeti klinika fekvőbeteganyaga. — 1927. I. 1.—1938. VII. 1. között a klinikára 34.833 beteget vettünk fel, ezek között 4329 volt sérült, közülük 822 fej-, 24 nyak-, 337 mellkas-, 13 rekesz alatti törzs-, 695 felső végtag-, 2338 alsóvégtagsérülés. A 34.833 fekvőbetegen 21.706 nagyobb műtétet végeztünk, a 4329 sérültön 399-et, a 2338 alsóvégtagsérültön 162-t (amputatio, meniscus-műtét, patella-varrat, idegentesteltávolítás, sequestrotomia, osteo raphia, nagyobb érlekötés, invarrat, inátültetés, bőrátültetés, traumás aneurysma műtéte, kontraktura miatti plastika, stb.). A többi esetekben vagy kisebb műtéteket végeztünk ambulans műtőnkben (sebvarrat, incisio, stb.), vagy vértelen beavatkozást (gipszkötés, nyujtás). Fentiek alapján az alsóvégtagsérülések anyagunkban a sérülések 55%-át, a fekvőbetegek 7%-át teszik.

A 2338 (1599 F, 739 N) alsóvégtagsérülés következően oszlik meg: *a)* 383 fedett lágyrészsérülés 8 alkati elváltozással (2%), *b)* 193 nyilt lágyrészsérülés 5 alkati elváltozással (2%), *c)* 1095 fedett csonttörés 61 alkati elváltozással (6%), *d)* 131 szövődött (nyilt) törés 2 alkati elváltozással (3%), *e)* 407 sérüléses következményes lágyrészbetegség 32 alkati elváltozással (8%) és *f)* 129 sérüléses következményes csontbetegség 21 alkati elváltozással (16%). Lásd A), B), C) és D) táblázatokat, melyek a sérülés eredetéről és a töréseknél a kor szerinti megoszlásról is felvilágosítást nyujtanak.

Külön kiemelünk néhány érdekesebb esetet. A nyilt lágyrészsérülések körében észleltünk néhány súlyos, gázolás folytán létrejött térd- és bokaizületi sérülést. Hogy a beteg életét megmentsük, illetve hogy a csonkolást elkerüljük, az erősen szennyezett izületi rés kitisztítása és a tok zárása után a bőrt teljesen nyitva

*) 1938. IX. 29-én a VIII. nemzetközi baleseti orvostani congressuson (Frankfurt a. Main) tartott előadás.

A) TÁBLÁZAT.

129 (80 F, 49 N) alkati elváltozás:

I. a) Veleszületett általános alkati elváltozás 20
1 hyperadip.-imbecill.
1 epilepsia,
1 alkoholismus hered.,
1 hysteria,
15 osteoporosis (fr. recid. iterat. et multiplex).
I. b) Veleszületett helyi alk. elváltozás 1
1 pes equinus congenitus.
II. Veleszületett hajl. alap. szerzett alkati elváltozás 43
18 tumor malignum,
13 tumor benignum,
11 diabetes,
1 morbus Basedowi.
III. a) Szerzett általános alkati elváltozás 53
3 sclerosis muscul.,
1 arteriosclerosis,
2 nephropathia,
4 apoplexia,
2 vitium cordis,
2 climacterium,
1 graviditas,
1 rheumatismus, 1 ischias,
1 arthr. def., 1 intox. cum CO,
12 lues,
22 tuberculosis.
III. b) Szerzett helyi alkati elváltozás 12
1 rupt. cicatr., 4 mutil. e bello,
5 mutil. ex amp., 2 osteomyelitis.

Összesen: 129

B) TÁBLÁZAT.

2338 sebesültből:

véletlen baleset	828	
közlekedési baleset	415	
öngyilkosság	9	
verekedés	62	
alkoholos eredetű	10	
sportsérülés	89	
hadi sérülés	106	
foglalkozási sérülés	819,	ebből
ipari, keresk. és házt. alkalmazott	591	
mezőgazd. munkás és kisgazda	217	
önálló foglalkozású	11	

C) TÁBLÁZAT.

Fedett törések:

0—20 éves	119	(101 F, 18 N)
20—40 „	333	(259 F, 74 N)
40—60 „	331	(181 F, 150 N)
60—80 „	250	(97 F, 153 N)
80—93 „	42	(15 F, 27 N)

D) TÁBLÁZAT.

Nyilt törések:

0—20 éves	22	(19 F, 3 N)
20—40 „	54	(49 F, 5 N)
40—60 „	41	(34 F, 7 N)
60—80 „	13	(8 F, 5 N)

hagytuk, a bőralatti kötőszövetet szélesen alátamponáltuk és a bőrhiányt másodlagosan átültetéssel fedtük. A nyilt lágyrészsérülések között a lábnak két esetben tüske szúrása, egy esetben lövési sérülése után 3 tetanus-esetet észleltünk, melyek közül azonos lappangási idő és azonos kezelés mellett egy idősebb férfi és nő meghalt, egy 14 éves fiú — bizonyára az ifjú kor nagyobb szívóssága folytán, bár épp oly súlyos eset volt, mint az előzők, — meggyógyult. Csonttöréseinkkel kapcsolatban is akad említésre méltó. Szövődött törésnek tekintettük nemcsak a bőrsérüléses, azaz nyilt töréseket, hanem mindazokat a fedett töréseket is, ahol a lágyrészsérülés oly lényegesen befolyásolta a csontújképződés gátlása révén, vagy attól függetlenül a sebgyógyulást, hogy nem egy esetben a végtag hasznavehetősége, megmaradása, sőt a beteg élete is kérdésessé vált. Ilyenek pl. a szeméremcsonttöréssel kapcsolatos húgyhólyag- és húgycsősérülések, amilyent 4 esetet észleltünk, továbbá szilánkos töréseknél előforduló nagyobb ér- és idegtörzssérülések. Az utóbbira példaként megemlítünk egy 43 éves férfit, aki gázolás folytán fedett tibia és fibula-törést szenvedett egy a térdalji árok felé irányuló fibulaszilánkkal. A törtvégek jól összecsontosodtak, de a sérülés után 3 hónappal az arteria poplitea traumás aneurysmája jött létre. A sérülés után 4 hónappal üszkösödés kapcsán csonkolás vált szükségessé. Ez esetben feltehető, hogy az érnek 40 éven felül physiológiásan is mutatkozó rugalmasságcsökkenése az eret a szilánk elől való kitérésben gátolta. Ezt a feltevésünket támogatjuk azzal a ténnyel is, hogy 21 hasonló szilánkos törést észleltünk, 15 térdizületbe hatoló tibia-töréssel és 46 felsőharmadban történt alszártöréssel kapcsolatban, mégis traumás art. poplitea-aneurysma csak ezen egy esetben jött létre. Mind fedett, mind szövődött töréseinkkel kapcsolatban, melyek összes száma 1226, hangsúlyozzuk, hogy azokat lehetőleg conservativ módon, gipszkötéssel vagy nyujtással kezeltük, kivéve 31 patella-csonthártyavarratot 39 eset kapcsán, 1 calcaneus-szegelést a tubernak az Achilles-in általi leszakítása miatt, 2 rosszul gyógyult bokatörés véres úton való helyretevését és 7 csontvarratot bécsi dróttal a combcsonton. Fontosabbnak tartjuk a beteg életének és végtagja működőképességének biztosítását a minden áron keresztül vitt, hajszálnyira tökéletes anatomiai repositiónál.

Az általános érdekességű tapasztalatok ezen vázolása után tekintsük kitűzött tárgykörünknek megfelelően közelebbről azon 129 (8+4+60+3+32+22 = 129) esetet, ahol az alsóvégtagsérülteken alkati elváltozást, illetve alkati elváltozást okozó betegséget találtunk (l. A) táblázatot). Nyilvánvaló, hogy mind a veleszületett idegrendszeri elváltozások, mind a veleszületetten talán belső elválasztású mirigyek révén porosus csontok nagyban elősegítik sérülések létrejöttét. Szintúgy érthető, hogy jó- vagy rosszindulatú daganatok által átszőtt szövetek sérülékenyebbek, másrészt a rákos senyvedés a járás bizonytalanná tevésével is elősegíti a sérülés létrejöttét. Fordított irányú kapcsolat, midőn előbb hat a trauma és annak helyén fejlődik daganat. Az izomsklerosis idősebb férfiaknál egész csekély trauma mellett is elősegíti az Achilles-in szakadását, itt már a kor is szerepet játszik. Az arteriosklerosis, a nephropathiák hypertonia útján szédülési rohamok alatt könnyítik meg a balesetet, ugyanez az eset a climaxban levőknél, szívbajosoknál, valamint ha valaki széngázmérgezést szenved. A járóképesség csökkentése útján segítik elő a sérülés létrejöttét az apoplexia, rheuma, arthritis deformans és a helyi elváltozások közül az ischias, a pes equinus, a bőrhegek, az alsó végtagokat ért hadisérülések, az osteomyelitis, az előző csonkolások. A cukorbajnak nagy gyakorlati jelentősége van a lágyrészsérüléseknek elhúzódó lefolyásában és sokszor a végtag gangraenájára, vagy az egyén sepsis általi halálára vezető kimenetelben. A gümőkór a csonttöréseknél játszik szerepet, elősegítve a törést pl. coxitis miatti sántítás révén, vagy a törés a tüdőtuberculosist fellobantva, halálossá teszi kimenetelét. A tuberculosis fordított összefüggése a traumával még gyakoribb, u. i. számos esetet észleltünk, ahol a traumával kapcsolatban utóbb csont- vagy izületi gümőkór jött létre. A lues szintén főként a csontsérülésekkel kapcsolatban szerepel, mégpedig mind a sérülés létrejöttében (gummás törések), mind az elhúzódó gyógyulásban, sőt néha a halálos kimenetelben sem lehet elvitatni szerepét.

A sérülések létrejöttében, lefolyásában és kimenetelében hasonló nagy szerepet visz az a részben physiologiás alkati elváltozás, amit az idős életkor vált ki, különösen a támasztószövetben, elsősorban a csontban. Ily alkati elváltozást állapíthatunk meg 257 combnyaktörést szenvedett betegünk közül 212-n, akik 60 évesnél idősebbek voltak és egész jelentéktelen erőművi behatásra szenvedtek törést. 2338 esetünk közül tehát legalább ezen 212 (8%) inkább az előrehaladott kornak, mint a behatott traumának köszönheti keletkezését. 74 (3%) elhalt betegünk közül 5 diabetesben, 4 lues-tabes-paralysisben, 2 gümőkórban szenvedett, 57 pedig 60 évesnél idősebb volt és nagyrészt combnyaktörés miatt került kezelésünkbe. Az életben maradt combnyaktörést szenvedett betegek közül 2-n (1 F, 1 N) álizületet észleltünk, ezek közül a nőbetegnél a fejecs is felszívódott. Főként az alkalmazott körültekintő conservativ kezelésnek tulajdonítjuk, hogy 1226 alsóvégtagtörésünk közül csak 2 további állizületet tapasztaltunk; mégpedig 1 lueses-tabeses idősebb férfin egész kis traumára létrejött nyilt tibia-törés után és 1 gümős coxitisben szenvedő középkorú férfin a combcsont-diaphysis fedett törése után. Részben a klinikán, részben az Országos Társadalombiztosító Intézet orvosaként szerzett tapasztalataimból megállapítható volt, hogy a 40. életévet meghaladott egyéneken a callus-képződés ideje a csont nagysága szerint átlag ¼—⅓-dal, azon idő, mely a callusképződés befejeződése, a consolidatio után a lágyrészműködés helyreállítására szükséges, s melyet rendszerint physikotherapiás kezeléssel igyekszünk csökkenteni, 1½—2-szeresére meghosszabbodott. *Braun*, vagy *Thiersch* szerinti bőrátültetés is többnyire öregebb vagy diabeteses, lueses vagy viszeres hajlamú egyének traumás fekélyei esetén vált szükségessé s olykor csak több ülésben sikerült Traumás vagy fagyási üszkösödést is rendszerint diabeteses vagy idősebb egyéneken észleltünk.

Összefoglalás. 1. Az alsóvégtagsérülések 5%-ában az alkati elváltozások legalább ugyanakkora szerepet vittek a sérülés létrejöttében, mint a trauma, még inkább a sérülés gyógytartamában és kimenetelében.

2. Sérültekre éppoly fontos, mint más betegekre is a helyi elváltozáson túl abeteg általános vizsgálata (vizeletvizsgálat, Wassermann-R., mellkas átvilágítás, esetleg belső secretió-vizsgálat, vércsoport meghatározás).

3. Az alsóvégtagsérülések legalább 8%-ában az élemedett kor jelentősége nagyobb a sérülés létrejöttében, mint a traumáé, még nagyobb mértékben felelős az éltes kor a halálos végért.

4. Tekintettel a mezőgazdasági foglalkozási sérülések nagy számára (l. B) táblázatot), kívánatos a mezőgazdasági munkásoknak az ipari munkásokhoz hasonlóan, széleskörű betegségi és baleseti kötelező biztosítása.

5. Az alkati elváltozások esetenkénti lelkiismeretes kutatása és az idevágó elméleti ismeretek fejlesztése kívánatos és nagyjelentőségű a baleseti kártalanítás szempontjából.

A fehérjés gyógytáplálék könnyen és gyorsan elkészíthető a Krompecher-féle *Caphosein*, dús calcium és phosphor tartalmú tejfehérje készítményből. A *Caphosein* felfőzés által colloidalisan jól oldódó, kellemes ízemlyeízű gyógytápszer. Adható minden esetben, mikor fehérjés tej rendelése indicált. Alimentáris eredetű láztalan nem toxikus dyspepsiák gyógyítására, kielégítő mennyiségű anyatej mellett, súlyban álló szoptatott, exsudativ és neuropathiás csecsemők súlygyarapodásának megindítására kiválóan alkalmas.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr.* és *Külley László dr*

A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

Az idegrendszer szerepe a mozgásoknál.

Figyelmünk csak a célt közvetlenül szolgáló, rendesen akaratlagos, szándékos mozgások felé irányul és hosszú ideig még az élettan is előtérbe helyezte az egyes mozdulatok tanulmányozását. Ma már tudjuk, hogy minden mozdulatunk az izmoknak és az idegkapcsolatoknak egész rendszerét hozza működésbe. A mozdulat és a mozgásnak megfelelő izombeidegzés csak igen kis része annak a bonyolult ideg és izommunkának, mely a folyamat alatt végbemegy. Már az izomműködésről szólva említettük, hogy izmaink nem az egyes mozdulatokat szolgáló erőtani egységek és még a legegyszerűbb mozdulat is igen sok izom koordinált működését jelenti.

Minden izomműködés az antagonista izmok együttműködését kívánja. Az antagonisták kellő beidegzése, vagy legalább is tónusuk változása okvetlenül szükséges a mozdulat sebességének és kiterjedésének szabályozásához, valamint a lendítőerő fékezéséhez. Az akciós áramok vizsgálata mutatja, hogy az antagonista izmok gyakran még valamivel korábban kapják meg az idegimpulzust ,mint a mozgást végrehajtó izom.

Minden mozdulat, testünk térbeli helyzetének minden megváltozása, az egyensúlyviszonyokat is megváltoztatja. Szervezetünk tökéletes berendezéssel nyomban gondoskodik olyan mozdulatokról, melyek a munkában nem szereplő tagok helyzetét úgy változtatja meg, hogy a súlyegyenes a megtámasztási sik területén belül maradjon. Tudjuk, hogy ebben, a mozgás szerveiből kiinduló centripetális ingerületeknek, a kisagynak, a labirintusnak, illetve idegkapcsolataiknak van számottevő szerepük. Az egyensúlyt megőrző reflexfolyamatokon kivül is a legkülönbözőbb reflexeknek egész sora működik minden szándékos mozdulatnál. A testtartás reflexek, a tónusmegoszlás változásai, melyek központjait a thalamus, a corpus striatum, a nucleus ruber és más magasabbrendű központok képezik, az egészséges ember akaratlagos mozgásainál is szerepelnek, de működésük nem olyan szembetünő, mint mikor elmaradásuk, vagy kóros fokozódásuk súlyos betegségek tüneteit képezik. A mechanoterápiának ismernie kell ezeket, mert az ataxiák, bénulások, görcsök reedukációs kezelésében éppen ezeket akarjuk befolyásolni.

A gyakorlásról.

Az egyensúly megőrzését és a testtartásokat biztosító reflexmozgások beidegzésére és egymás közötti összefüggésükre jellemző szigorú szabályozottságuk, mely szemléltetően érvényesül az élettani kisérletekben a magasabb idegrendszeri központoktól megfosztott állatokon, bizonyos torzszülötteken és egyes betegségekben. Az akaratlagos mozgások, mint szervezetünknek filogenetikailag újabb szerzeményei, kevésbbé szabályozottak. Minél újabb valamely mozgás, minél inkább eltér az ősi reflexmozgásoktól, annál változóbban kisérik az együttmozgások, annál szabálytalanabb vagyis annál ügyetlenebb. Az ujszerű és szokatlan mozgást a felesleges, sőt gátló együttmozgások, tartás és tónusváltozások egész sora kiséri, melyek a mozgás ismétlésnél egyre csökkennek és fogynak, mig végül a legjobb helyzet ala-

kul ki, melyben a mozgás a legcélszerűbb, a leggazdaságosabb és a legkevésbbé fárasztó. Ezt a folyamatot nevezzük a gyakorlat hatásának.

A gyakorlás élettani jelenség és az élet alapvető kérdéseinek egyike. Az a magyarázat, hogy minden ingerület csiszoltabbá teszi a pályát és könnyebben járhatóvá, melyen már kisebb erejű ingerület is érvényesül, vagy melyet könnyebben keres fel az ingerület, nem mindenben magyarázza meg a gyakorlást és a vele összefüggő jelenségeket. Tény az, hogy minden ujszerű mozgásunk kezdetben tökéletlen és nem gazdaságos. Sok olyan izom is működik, melynek munkájára nincs semmi szükség, tehát csak zavar, nemhogy segítene. A hasznosan működő izmok erőkifejtése és időrendi eloszlása sem célszerű. Minél nagyobb testi megerőltetést jelent az új mozgás, vagy minél nagyobb mértékben tér el a megszokottól, annál kiterjedtebbek, erősebbek és annál hosszabb ideig maradnak meg a felesleges együttmozgások.

A gyakorlás első feltétele a mozgás ismétlése. A pályacsiszolás elmélete szerint az ismételt mozgásoknál nem mindig azonos a beidegzések összege, csak a célravezető és lényeget képezők közösek. Ezek csiszolódnak ki a legtökéletesebben és végül a központi ingerületek megfelelő gyöngülésével csak ezek szerepelnek. A gyakorlatoknál az a helyzet, hogy minden új mozgásnak van már valamilyen útja. Ez az út rendszerint hasonlít a mindennapi élet begyakorolt mozgásaihoz: járáshoz, ütéshez, harapáshoz, stb.

Innen van, hogy annál könnyebben gyakorolható egy mozgás, vagy mozgáscsoport, minél több olyan eleme van, melyek a kéregalatti reflexeknek megfelelnek. Rendkivül nehéz olyan mozgást begyakorolni, amely a rendes élettani mozgásokkal ellentétes. (Például, járásnál a lépő lábbal azonos oldalú kart lendíteni).

A mindennapi élet mozgásaiban adott hasonlatok megkönnyítik az új mozgások begyakorlását. Aki már 4—5 tornagyakorlatot tud, az könnyen megtanulja a következőket is, de azért mindegyiket külön is kell gyakorolni. Észlelések azt bizonyítják, hogy a legkisebb eltérés a magszokott mozgástól külön gyakorlást tesz szükségessé. (A sportolók teljesítményén visszatükröződik minden olyan mozgás, amelyik a megszokottól eltér.)

Az emberek képessége a mozgások begyokorlására különböző. A gyakorlatok megszerzésére való képességet és a begyakorlott mozgások érvényesítését nevezzük ügyességnek. Ez alkatilag megszabott tulajdonság, mely alig befolyásolható. Viszont a gyakorolhatóság nagyon széles körű, amit az is bizonyít, hogy vannak emberek, akik a gyakorlati életben soha elő nem forduló beidegzéseket is be tudnak gyakorolni és az akarat hatalmába venni. (a pupilla tágasságának, az érverés ritmusának a befolyásolása, stb.

A begyakorlás folyamata az akarattól és a tudattól függetlenné válik, mert éppen az a lényege, hogy ne készszerüljünk a mozgásainkat állandóan figyelemmel kisérni. Kivételes, hogy valaki tudatos észleléssel állapítsa meg az együttmozgások felesleges voltát és tudatosan igyekezzen azt legyőzni. Azonban ennek is megvan a lehetősége és fel is használjuk a mechanoterápiában. Hogy a gyakorlatok lényegét nem a tudatos mozgások szabályozása képezi, az kitünik az állatlélektani kisérletekből is. Thorndike kisérleteiben az emelő és rekesz szerkezettel elzárt „büvös ketrec"-be zárt állatok meglepően rövid idő alatt megtanulták ketrecüket kinyítni, pedig valószinüleg nem értették a zárak rendszerét és kinyítási módját. Rendszerint olyan mozdulatokat tanulunk, olyan tökéletességgel végezni, melyeknek még physikai elemzésére is képtelenek vagyunk. (Pl. a teniszezők, vagy az autóvezetők reflexszerűen és igen pontosan végzett mozgásaik.)

A gyakorlásban a tudatnak több szerepe van a felesleges és célszerütlen mozgások észrevevésében és elhagyásában, mint a célszerüek megkeresésében. A legnagyobb tökéletesedést éppen a tudatossá nem váló centripetális ingerületek értékesítése mutatja.

Az egyszer megszerzett gyakorlat hosszú időn át megmarad és ha idők multán el is vész, könnyen visszaszerezhető. (Aki egyszer megtanult uszni, az sohasem felejti el, és igen könnyen szerez újra gyakorlatot.) Az ilyen lappangó állapotban levő mozgáscsoportot nevezzük készségnek.

Az automatikus mozgások.

A gyakorlat végső eredménye a mozgások automatikussá vállása, amivel azt jelezzük, hogy a reflexszerüen folynak le. Legkönnyebben válnak automatikussá a ritmusosan ismétlődő mozgások, különösen, ha filogenetikailag ősi mozgáscsoportra vezethetők vissza, de automatikussá válnak bonyolultabb csselekvések is (öltözködés). Még a külvilágra vonatkozó mozgások is válhatnak olyan gyorssá és mégis célszerűkké, hogy a reakcióidő rövidsége már magában is kizárja a legmagasabb központok közreműködését (vivás, gyorsirás, stb.).

Az automatikussá vált mozgás abban is hasonlóvá vált a reflexmozgáshoz, hogy sokkal kevésbbé fárasztó, mint a tudatosan végzett.

Az automatikus mozgás sem végezhető a végtelenségig elfáradás nélkül és jellemző, hogy az elfáradás csalhatatlan jele az automatizmus megszünése. A mozgás újra olyan, mintha gyakorlatlan ember végezné. Ha kezdő tornázó és elfáradt, de gyakorlott tornász ugyanazon mozgását chronocyklographos, vagy minigraphos felvételeken vizsgáljuk, mindkét esetben azt látjuk, hogy a mozgás pályája nem szabályos, hanem zegzugos, kilengő és ismétlődések esetében külön vonalakon mozgó. Még az olyan ősi automatikus mozgás is, mint a járás, vagy a futás, elfáradáskor elveszti automatikus jellegét és akaratlagos, számos célszerütlen együttmozgásoktól kisért izommunkává válik. (Az elfáradt ember nem jár, hanem rakja a lábát.)

A központi idegrendszer elfáradása.

Az elfáradás első jele és állandó kisérője a mozgások rendezettségének és koordináltságának a csökkenése. A szinergista és az antagonista izmok harmónikus együttműködése romlik, a kimértség és a pontosság csökken, a művelet hatásfoka és gazdaságos volta roszszabb. A koordináció zavara az elfáradás jeleként mutatkozó reszketés is. A mozdulatok bizonytalanná válását az elfáradás megállapítására és mérésére is megkisérelték felhasználni. (*Mosso:* ponometer, *Miles:* pursuimeter, *Brezina:* palmograph, továbbá *Marey, Gilberth, Atzler, Lehrmann,* és mások készülékei.)

Valószinű, hogy ez a zavar, a fáradtság első jele, a központi idegrendszer sejtjeinek az elfáradásával magyarázható, mint ahogy a gyakorlati életben az elfáradás elsősorban az idegrendszer működésével összefüggő jelenség. Az idegrendszer jelentékeny szerepét mutatja az a kisérlet, melyben valakit ergográfon dolgoztatunk egész a kimerüléséig. Mikor már az elfáradás teljes és kisérleti egyén a súlyt megemelni nem birja, villamos ingerléssel idézzük elő az előbb még akaratlagos mozgást. Néhány percig tartó villamos ingerlés után, mely alatt sem az izom, sem az ideg nem pihenhetett, ismét áttérünk az akaratlagos mozgásra, mert a kisérleti

egyén most már ismét rendszeresen tudja emelni a súlyt. Nyilvánvaló, hogy az elfáradás és ennek következményeképpen a munka abbanhagyása a központi idegrendszer, illetve az akaratlagos ingerület küldésnek volt a kimerülése, mely pihenés útján megszünt, bár közben a mozgás környéki szervei dolgoztak. Tapasztalás szerint leggyorsabban valamely egyszerű mozgás szakadatlan ismétlése fáraszt, mert mindég ugyanazokat a mozgási szerveket veszi igénybe. Önkénytelenül is mindig arra törekszünk, hogy idegsejtjeinket és izomrostjainkat is váltakozva használjuk *(Stilles, Wacholder)*. Fokozódó fáradtságnál egyre távolabbi rendszereket állítunk célunk szolgálatába és esetleg egészen más izmokkal, más tagmozdulatokkal igyekszünk ugyanazt a célt elérni. Innen származik az együttmozgások egyre szélesedő köre is. Az ingerület, illetve az együttmozgások terjedésében rendszer van, mely az egyéni eltérések ellenére is mutatkozik. Azonos mozgási eredmények különböző izmok foglalkoztatásával való elérését jól lehet észlelni hosszú távfutók vagy klinikailag a miaszténiás betegek mozgásait megfigyelve.

Aránylag nagyon fáraszt a statikus munka. Ugyanis a beidegzésnek ez a módja fárasztja az akaratot és másrészt az izom érzőidegei révén kellemetlen érzéseket kelt *(Frumerie)*, melyek ismétlése központi befolyással kényszerítenek a munka abbahagyására. A statikus munkában nem kielégítő az izom időközönkinti ellazulása és így az izom tartósan ischaemiás, minek folytán a termelt bomlásanyagok helyben maradnak és felhalmozódnak. A statikus munka után gyors a kipihenés, sőt elég jól végezhető utána kinetikus munka.

A központi idegrendszer elfáradásának egyik jele az idegről elvezethető akciósáram hullámainak a gyérülése. Mig rendes viszonyok között a működő idegről 150—160 periódusú áram vezethető el, elfáradáskor a szám jelentékenyen csökken. A központi idegrendszer elfáradásának további jelei a sejtekben kimutatható elfajulásos elváltozások és az agyvelő vegyi összetételének a megváltozása. Több nitrogén tartalmú és lipoid természetű anyag oldható ki a fáradt agyvelőből, mint a pihentből. *(Winterstein.)*

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

Belgyógyászat.

Megfigyelések az alapanyagforgalom meghatározása folyamán előforduló légzéstypusokról. *Bühler.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 10.)

Az alapanyagforgalom vizsgálatakor nyert egyes légzéshullámok magassága rendesen 2 és 3 cm. közt ingadozik (férfiaknál valamivel magasabb, mint nőknél).

Különböző pajzsmirigymegbetegedésekben, így thyreotoxicosisban és myxoedemában e hullámok magassága megváltozik és pedig csökken, majd megfelelő kezelésre ismét a rendes lesz; thyreotoxicosisban a légzésgörbe meredek, míg myxoedemában lapos. Ezen egyszerű megfigyelés alapján a javulást nemcsak az alapanyagforgalom értéke, hanem a légzéstypus javulása is jelzi. Ennek nemcsak a therapia és prognosis, hanem a diagnosis szempontjából is van jelentősége. A legkülönfélébb betegségek, így decomp. vitiumok, gyomorfekély, gyomorrák, cachexia, diab. mell., stb. esetében viszont, ahol szintén magasabb az alapanyagforgalom és thyreotoxicosis minden bizonnyal kizárható, a légzéshullámok norm. nagyságúak.

A szerző cikkének végén foglalkozik a Bellergal (Sandoz) nevű készítménnyel, melytől már sokan láttak lényeges javulást Basedow-kóros és hyperthyreosisos betegeken. Szerinte is valóban enyhülnek az ilyen betegek ideges panaszai és csökken az alapanyagcsere is, anélkül azonban, hogy a légzéshullámon bármilyen javulás mutatkoznék. A tünetek enyhülése is csak addig tart, míg a beteg szedi a gyógyszert, tehát valószínű, hogy nem a pajzsmirigybetegségre van befolyással, hanem a hypophysis köztiagy-systemára van nyugtató hatása, akárcsak a prominálnak.

ifj. Kring Jenő dr.

A Bang-féle betegségről. *Hostmann* és *Leusden* (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 32.)

1927—1932-ig a Bang-fertőzések száma emelkedett, 1932-től kezdve a mai napig már nem észlelhető szaporodás. A férfibetegek száma nagyobb. 1928. óta a kieli közegészségtani intézetben 583 Bang-eset került feldolgozásra. Összefoglalja a Bang-féle betegség tüneteit: 1. Leggyakoribb a grippére emlékeztető alak, melyben hurutos tünetek, undukáló láz, lépduzzanat van jelen. 2. Ritkább a gastrointestinalis alak, amely legtöbbször hirtelen kezdődik vakbéltáji fájdalommal és hasmenéssel. A lépduzzanat ennél az alaknál sem marad el. 3. Legritkább az arthritises-myalgiás megjelenési alak, amelyben részint múló, részint állandóbb jellegű izületi és izomfájdalmak jelentkeznek. Nem tisztázott lázas, hasmenéses, izületi betegségek alatt végzett bekteriologiai vérvizsgálat és Widal-reactio sokszor a helyes diagnosishoz vezet.

Teveli Zoltán dr.

A máj működésének vizsgálatára szolgáló újabb módszer. *Serianni* és *Lolli.* (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 8.)

Az eljárás abban áll, hogy előbb éhgyomorra, azután pár nap múlva vegyes kosztból álló próbaebéd után a vizsgálandó egyén testsúlykilogrammonként 0.5 ccm. alkoholt fogyaszt el 20%-os oldatban, s ezután 10, később 15 perces időközönként meghatározták a vér alkoholtartalmát. Azt találták, hogy ilyen módon határozott különbség észlelhető az egészséges és a májbeteg emberek között. Normális egyénekben u. i. a vér alkoholtartalma az ebéd elfogyasztása után mintegy 15—30 perc múlva éri el a legmagasabb értéket (20—30 mg%-ot) és 2 óra múlva a kiindulási értékre száll alá. Próbaebéd után átlagban 50—60%-kal alacsonyabb értéket mutat az alkoholgörbe, mint az éhgyomorra történt alkoholfogyasztás után. Ezzel szemben a súlyos májzavarokban szenvedőknek véralkoholgörbéje ugyanolyan a próbaebéd után, mint éhezés állapotában, azaz a görbe értékei nem csökkennek az étkezés hatására. Eljárásukat további kipróbálásra ajánlják.

Geldrich dr.

Szülészet.

A C-vitamin lepényi felszívódásáról. *W. Neuweiler.* (Klin. Wschr. 1938. 47.)

A C-vitaminra vonatkozó kisérletes vizsgálatainak legújabb eredményei: 1. a köldökzsinór vére több ascorbinsavat tartalmaz, mint az anya könyökgyüjtőerének vére; 2. a köldökzsinór gyüjtőerének vére 0.1 mg%-kal magasabb C-vitaminszintet mutat, mint a köldökzsinór utőerének vére, amiből arra következtet, hogy a lepényből C-vitamin szívódott fel; 3. a lepény mögött keletkező vérömleny C-vitaminszintje valamivel magasabb, mint a könyökgyüjtőérvérben. E tényből a C-vitaminnak egy ellentétes irányú felszívódását is lehetségesnek tartja. 4. Közvetlen összefüggés ismerhető fel a lepény absolut C-vitamintartalma és az anyai vér C-vitaminszintje között. 5. Ha a szülés előtt röviddel gyüjtőérbe C-vitamint adott, az egy meghatározott időre emelte az anyai vér C-vitaminszintjét, ugyanakkor a magzat C-vitaminnak a kétszeresét vette fel.

A C-vitaminmeghatározásokat *van Eekelen, Emmerie* és *Wolff* módszere szerint végezte.

Kováts Károly dr.

Erosio-kezelés helyileg alkalmazott folliculin injectiókkal. *Juan Vanrell.* (Gyn. Obst. 1938. jul.)

Megfigyelte, hogy azoknak a betegeknek az erosiói, akiket különböző okok miatt folliculinnal kezeltek, gyorsabban gyógyultak, mint az eddigi eljárásokkal kezelt esetek. A gyors javulást, illetve gyógyulást a folliculinnak tulajdonítja. Elgondolásának igazolására a folliculin olajos oldatát az erosio körül a méhnyakba, illetve a nyálkahártya alá fecskendezte kétnaponkint 500—1000 egységnyi adagokban. Friss esetekben az eredmény nem volt kielégítő, mert a bő méhnyálkaváladék akadályozta a hámosodást. Régi esetekben azonban, ahol a folyás már enyhébb volt, néha meglepően gyors gyógyulást észlelt. Néhány injectio után az erosio kezdett hámosodni és fokozatosan felvette az egészséges nyálkahártya színét. Ilyen gyors gyógyulást ért el olyan

esetekben is, melyekben minden egyéb helyi kezelés eredménytelen volt. Azt lehetne mondani, hogy annyi nap alatt gyógyult az erosio feolliculin-kezelés mellett, mint ahány hét volt szükséges a gyógyuláshoz az eddig alkalmazott eljárásokban. Egyes esetekben az újonnan képződött nyálkahártya megvédésére perubalsamot, vagy közömbös vízszívó (bolus alba) hintőporokat használt. A havivérzés ideje alatt a kezelés szünetelt. Ha az erosio begyógyult, egy ideig még folytatta a folliculin adagolást, de most már nem helyileg. 50, kizárólag folliculinnal kezelt esetben tartós gyógyulást ért el. Csak 5 esetben kellett collumamputatiót, vagy valamilyen edző eljárást alkalmaznia. A betegeket hónapokig, egyeseket pedig évekig tartott megfigyelés alatt. Az eljárás ellenjavallt járulékos függelékgyulladás esetén.

Cserényi László dr.

Szemészet.

Velősrostok és dyskrania. *Franceschetti.* (Francia Szemorvos Társaság. 1938.)

A *fibrae medullares*-t jelentőségnélküli fejlődési hibának ismerik. Szerző 12 esetéből 8 koponya-anomáliával járt, ezek közül 2 oxykephal., 10 esetben általános, főleg idegrendszeri tünetek. Egy ízben myasthenia. Gyakran csupán abortiv jelek észlelhetők: gótíves szájpad, prognathismus, röntgennel kimutatható koponyaelváltozások, stb. A velősrostok kérdése tehát sokkal complexebb, mint eddig hittük; gyakori szövődése koponyaanomáliákkal azt jelenti, hogy constitutionalis syndromával van dolgunk.

Grósz István dr.

Typhusvaccina szemészeti alkalmazása. *Kapuscinski jr.* (Francia Szemorvos Társaság. 1938.)

Szerző a poznani szemklinikán tett tapasztalatait ismerteti. Az oltóanyag 1 milliárd csírát tartalmaz ccm-enként. Kezdő adag 1 cg. intravenásan. Ha 39 C° alatt marad a láz, úgy 3 cg.-ot ad. Összesen 10 befecskendezés; a láz minden alkalommal érje el a 40 C°-ot. Ennek elérésére emelkedve, eleinte kétszeres, majd másfélszeres adagokat ajánl. Ha a beteg érzékeny a vaccinával szemben, úgy az emelkedés lassan történjék. A vérnyomás esése jelentéktelen; a vérképelváltozások jellegzetesek. Az oltás nem okoz shockot; valójában láztherapia. Javallatok: sympathiás szemgyulladás, dendritica, blenorrhoea, fiatalkori vérzések, tabeses látóidegsorvadás, stb. Gümős eredetű szembántalmakban nem aqánlatos alkalmazni.

Grósz István dr.

Rádium keratitis parenchymatosa ellen. *Kapuscinski* sen. (Francia Szemorvos Társaság. 1938.)

Technika: 66 mg. rádium-elem, 1 mm. platina-filter; besugárzás 2 cm-ről, próbakeretre erősítve, 6 órán át. A gyógytartam megrövidül: 1—2 hónap 32%-ban. Teljes látásélesség 22%-ban. A korai reactio könnyezésben áll. A késői reactio néhány nap múlva jelentkezik; több szakaszból áll. Hályogképződés 2 esetben (14 év alatt). A helyesen alkalmazott rádiumbesugárzás kiváló therapiás tényezőnek bizonyult.

Grósz István dr.

Bőrgyógyászat.

Viszkető bőrbajok kezelése octinummal. *Egon Ettinger.* (Med. Klinik. 1938. 21.)

Az ma még nem tisztázott, hogyan jön létre az a viszketés, amely a legtöbb dermatosisnak a következménye. Kétségkívül igen komplikált mechanismusról van szó, amelyben — mint általában felveszik, — mindenekelőtt az agy, a a vegetativ idegrendszer és a bőr véredényei vesznek részt. Így *Königstein* kimutatta, hogy az agyra ható narkotikumok, mint pl. a luminal, viszketőcsillapítólag hathatnak, éppen úgy, mint a sympathicus bénító szerek (gynergin, jochimbin). *Perutz* atropin adagolást ajánl a túlságos izgalomban lévő vagus kikapcsolására. A bőr localis hyperaemizálása — pl. meleg alkalmazásával — kedvezően befolyásolhatja a viszketést. Ezek a szerek azonban csak egy-egy tényezőre hatnak, újabban ismerünk azonban olyan szert, mely mind a három támadási pontra, tehát az agyra, a vegetativ idegrendszerre és a véredényekre egyformán hat. Ez a szer a Knoll által előállított octinum (régebben octin). Szerző viszkető dermatosisoknak 47 legkülönbözőbb esetében próbálta ki ezt a szert, amely injectiók, cseppek, suppositoriumok alakjában jön forgalomba. Emellett indifferens helyi kezelést is alkalmazott. Mintegy 65%-ában eseteinek már 10—15 perc múlva a subcutan injectiót követőleg a viszketés eltünt és 24—48 óráig szünetelt. Ilyen esetekben kitünő altatónak is bizonyult. Tapasztalatai alapján megállapítja, hogy ez spasmolytikum és antidolorosum parenteralisan, vagy enteralisan alkalmazva ekzemák, pruritus, urticaria, neurodermitis, scabies, dermatitis eseteiben általában kiváló viszketéscsillapító hatást eredményez. A prompt és emellett veszélytelen hatás alapján ajánlja e szernek a dermatologiai gyógyszerkincsek közé való besorozását.

Nyáry Lenke dr.

Elektro-galvanikus leukoplasia. *Jacoues.* (Bull. de Derm. et de Syph. 1938. 5.)

Az elektro-galvanikus leukoplasiát *Ulmann* írja le, eredetét a fém fogprotesisekből származó galvánáram hatására vezeti vissza. Szerző 42 éves betegéről számol be, akinek a nyelve jobbszélén makacs fekély fejlődött ki. Azonos oldalon az őrlőfogakra helyezett aranyhídja és több amalgan tömése volt. Conservativ kezelésre a folyamat nem javult, sőt a széli részeken a beszűrődés fokozódott. Szövettanilag rákos elfajulást mutatott. Szerző esetével kapcsolatban rámutat arra, hogy ezek a még bizonytalan aetiologiai alapon álló elváltozások fokozott elővigyázatot igényelnek az orvos részéről.

Árokháty Vilmos dr.

Az arc, a láb és a kézfej symmetriás disseminált lupus erythematodese. *A. Turaine* és *G. Solente.* (Bull. de Derm. et de Syph. 1938. 5.)

Szerzők a lupus erythematodes disseminatus különleges symmetriás formájával foglalkoznak. Az elváltozások az arcon, a kéz és az alkar dorsalis felszínén és a talpakon jelentkeznek, ezzel szemben a tenyér, a lábfej és gyakran a test egyéb részei mentesek az elváltozásoktól. A kórkép különbözik az erythematodes exanthaematikustól a symmetriás elhelyeződésben, lassú kifejlődésében, gyógyszerekkel szembeni resistens viselkedésében és az általános tünetek hiányában. Ritka megbetegedés, az irodalomban mintegy 15 ismeretes. Ezek után egy 35 éves nőbetegükről számolnak be, akin az elváltozások először 15 évvel ezelőtt a kézfejeken kezdődtek. Jelenlegi elváltozások 5 évvel ezelőtt az arcon, orron keletkeztek és 1 évvel ezelőtt pedig a talpakon és a törzsön léptek fel. Az elváltozás keletkezésében bizonyos mechanikus hatásoknak, mint ismételt sérüléseknek és nyomási ingereknek tulajdonítanak szerepet.

Árokháty Vilmos dr.

Urologia.

A szervezet vízforgalom egyensúlyának alapvonalairól. *Walter G. Maddock.* (Journ. of. Urol. 1938. 4.)

A szerző a vízforgalomról és a beteg szervezet folyadékellátásáról közöl tanulmányt. 18 műtét utáni dehydratiót figyelt meg, a betegek vérzés, hányás, vizelet és párolgás, izzadás útján kb. 1 liter folyadékot veszítettek. Egy 4 órás emlőcsonkolás alkalmával a legnagyobb folyadékveszteség 2500 gr. volt. E folyadékveszteség pótlásáról gondoskodnunk kell, ahol a beteg sok folyadékot ad le, ott Ringeroldat mellett destillált vízben adjuk a cukrot. Míg ahol a beteg folyadékfelvételre képtelen, úgy postoperativ oedemák elkerülésére 5%-os dextrosét adjunk destillált vízben és nem sóoldatokban.

Ascher Ferenc dr.

A transurethralis prostataresectio eredményei és javalatai. *Gayet* prof. és *Cibert* prof. (La Presse Medicale 1938. XI. 16.).

A műtéti halálozás a Mayo-klinika általános halálozási statisztikája szerint 7%. A halál-ok legtöbbször a húgyutak fertőződésére és ennek következtében beállott uraemia. A műtét sikerének titka a helyes időpont megválasztása, a húgyutak előzetes fertőtlenítése. Vannak operatőrök, akik a nagy prostatákat is resecálják, de abba nemcsak vályút vágnak, hanem valóságosan kimetszik az egész prostatarészt, amely az akadályt fenntartja. Ezeknek az eredményei a legjobb prostatectomiás eredményekkel vethetők össze. Késői eredményei nem érik el a Frey-féle prostat-

ectomiás eredményeket, de ez nem ok arra, hogy az eljárást elvessük. Előzetes, tökéletlen eredményt adó prostatectomiák után a resectio jó szolgálatot tesz, mert nem kell a hólyagot újból megnyitni. Rák esetén a folyamat fellángolása, illetőleg áttételének veszélye miatt ellenjavallják. *Cibert* szerint az eljárása hólyagnyak betegségeinél ugyanazon eredményeket adja, mint a prostatectomia, emellett a műtét gyakorlott egyén kezében sokkal kisebb beavatkozás. A vérzés könnyen csillapítható.

Vizkelety Gyula dr.

Nephrosklerosis műtéti kezelésének eredménye 49 eset kapcsán. *Chabanier, Gaume* és *Lobo-Onell.* (La Presse Medicale. 1938. 99.)

A megbetegedés sebészi gyógykezelése kétféle lehet. Az egyik eljárás a vese vasomotoros functióira hat (enervatio, decapsulatio), más eljárások az adrenalin elválasztás csökkentésére irányulnak (egyoldali teljes, kétoldali részleges mellékvesekiirtás, splanchnikus kimetszés). *Max Bonmy* újabban az aortico-renalis gangliont is kiirtja. Indicatio szempontjából a betegek két csoportba oszthatók: 1. a végső stádiumban operált betegeknél csak egyoldalú decapsulatio végezhető. Az eredmény mindig csak ideiglenes, pár hónapig, legfeljebb egy-két évig tart; 2. a végső stádiumban operált betegek, ezeknek általános állapota kielégítő. A vesék functiója szempontjából állandó eredmény a műtét után a bőséges polyuria, amely a beavatkozások után mindig bekövetkezik. A különböző műtéti beavatkozások nagyjából és általában hasonló eredményt adnak. A szerző műtéti megoldásképen az enervatióval egybekapcsolt decapsulatiót ajánlja.

Vizkelety Gyula dr.

Nephrektomia arterialis hypertensio esetében. *C. H. Boyd* és *L. G. Lewis.* (Journ. of Urol. 1938. 5.)

Sebészi érdekességgel biró esetét közli, ahol a kétoldali mellékvese-feltárás, majd utána az egyik vese eltávolítása világosságot derített a vérnyomásemelkedés kóroktanára. Egy 31 éves férfi állandó fejfájásokról, látászavarokról panaszkodik. A vizsgálatkor kiderült, hogy vérnyomása 200 Hg. mm., egyéb szervi elváltozás, vese- vagy mellékvesebetegség nem volt kimutatható. Mivel mellékvesedaganatra volt gyanú, kétoldali mellékvese feltárást végeztek *Joung* szerint. Daganatot nem találtak, a jobb vesében kiterjedt vértelen infarctus miatt nephrektomiát végeztek. A beteg meggyógyult, vérnyomása 124 Hg. mm.-re szállott alá. Az eset annyiban tanulságos, hogy a klinikai vizsgálatok malignus hypertoniára mutatva, műtéti beavatkozást ajánlottak. A feltáráskor daganatot nem találtak, ellenben a kivett vese szövettani feldolgozása kiderítette a vérnyomásemelkedés okát. A vesében kiterjedt, főleg a kis- és közepes nagyságú ütőerek arterioklerosisát találták. A vese eltávolítása jó eredményű volt és az eset csatlakozik *Leadbetter* és *Berkland* hasonló esetéhez.

Ascher Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A sebészorvos. (Fundamenta studii Chirurgici. *Bugyi István.* (Budapest 1939. Eggenberger könyvk. 406 oldal.)

Jó sebész, jó orvos és jó ember írta ezt a könyvet. Nem könnyű beillesztése az orvosi irodalom megszokott lajstromai közé, annyira egyéni és különleges a szerkezete, belső és külső alakja. „Nem tankönyvet, hanem szórakoztató olvasókönyvet akarok átnyujtani" — mondja az előszó. — „Kaptam, tanultam én is és most egy kis részét megrostálva, átszűrve, a sebészorvos egyéni nézeteivel és tapasztalataival fűszerezve, szórakozásul, okulásul adom tovább." A címlapra *Kocher*-nek mondását illeszti: „Nem okvetlenül szükséges, hogy a gyakorló orvos sebészkedjék, ám elengedhetetlen követelmény: tanuljon meg sebészileg gondolkozni." Ebből következik a cél kitűzése: „Kartársamnak, az Orvosnak és nem a szakorvosnak szántam írásomat."

Ebből a szempontból értékelve a könyvet, azt az általános sebészet birálatának minősíthetjük. Ez a birálat teljesen egyéni és érdekes, ahogy vitát indító, életet serkentő és ezzel hasznos kritika más nem is lehet.

Szerencse, hogy *Bugyi István* bíráló szeme emmetrop. Tisztán, világosan meglátja a sebészet nagy távlatait, de ép oly élesen tud alkalmazkodni a legapróbb, legközelebb eső részletekhez is.

Ha nem is tankönyvnek készült, megvagyok arról győződve, hogy abból nemcsak a gyakorló-, hanem a szakorvos is többet okulhat, mint akárhány hivatalos tankönyvből.

Rövid történeti tallózás után a sebészet két alappillérét, az asepsis és érzéstelenítés kérdését tárgyalja. Majd a sebész ellenségeivel: a kórokozó baktériumokkal, a műtét utáni szövődményekkel, az ismeretlen ellenségekkel (ájulás, shok, collapsus), az alkati kórformákkal, az allergia és anaphylaxia kérdésével, a vérmirigyek szerepével és a daganatokkal foglalkozik. A sebész jó barátaihoz számítja a vérnek, szöveteknek, a láznak és az egészséges szervezetnek segítő szerepét. Az utolsó fejezetben a kórhatározó eljárások összefoglaló birálatát adja.

A könyv megírása annyira könnyed és egyszerű, hogy valóban úgy olvasható, mint valami érdekfeszítő regény. Hogy ebbe a behízelgő, kedves keretbe mekkora irodalmi és gyakorlati részletmunka van bedolgozva, csak az látja meg, aki végigböngészi a 17 oldalt elfoglaló név- és tárgymutatót. Olvasás közben ennek a nagy tudományos apparatusnak nyomát sem érezzük.

Hogy ne csak dicséretet halmozzak és az elfogultság vádjával ne illessenek — hisz volt munkatársaim legkedvesebbjeinek egyike írta a könyvet, — rámutatok ennek egy-két oly megállapítására, amelyek nézetem szerint ellenőrzésre szorulnak. *Bugyi* a tetanus elleni védősavó-oltások helyett az anatoxin (toxid) oltás mellett tör lándzsát. Az bizonyos, hogy ez hosszabb időre és biztosabban védi a szervezetet tetanus ellen, mint a serum. A két eljárás a gyakorlatban azonban nem állítható egymással szembe. A tetanus békeidőben oly ritka szövődmény, hogy a lakosság anatoxin-oltására gondolni sem lehet. Háború esetén a különlegesen veszélyeztetett katonaság védőoltására sor kerülhet, úgy mint a vaccinálás egyéb formáira. De békeidőben és háborúban is a mögöttes országrész nem oltott, főleg a trágyás földdel szennyezett sérülteknek oltása kórelőző védősavóval olyan óvóintézkedés, amelyet nem volna célszerű elhanyagolni. Csak azt kell tudni, hogy a védettség 2—3 héten belül elmúlik és csak akkor hatékony, ha a megfelelő sebellátás a méregtermelő csírák kiküszöböléséről gondoskodik.

Kiegészítésre szorul véleményem szerint a rosszindulatú daganatok sugárkezeléséről szóló fejezet is. Az eredmények, amiket jól fölszerelt és jól vezetett sugárkezelő intézet elérhet, lényegesen jobbak azoknál, amelyekre *Bugyi* hivatkozik. Ezt azért kell hangsúlyozni, mert csak akkor remélhetjük, hogy a közületek (állam, klinikák, kórházfenntartók) a szükséges, költséges berendezéseket megszerzik, ha ezeknek fokozott teljesítményeiről meg is győződtek.

Ezek a kifogások azonban elenyésznek a munka egyéb, kiváló tulajdonságai mellett. Annyi bizonyos, hogy a szerző azt a feladatot, amelyet maga elé kitűzött, teljesen és jól megoldotta.

Manninger Vilmos dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 3-i ülése.

Bemutatások:

Friedrich L.: *A lamblia intestinalis új és eredményes gyógymódja.* Az eddigi kezelésmódok: festékanyagok (methylenkék, trypaflavin), salvarsan intraduodenalisan vagy intravenásan, stb., a duodenalis mosások nem voltak eredményesek. 1½ év óta a német Bayer cég által gyártott *acranilt* alkalmazza peroralisan. Ez egy akridin-készítmény. 5 napi használata után a lambliák teljesen elpusztulnak. Recidiva nincs. Úgy, hogy a lamblia kezelésmódjának kérdése megoldódott. 34 esetben alkalmazta és úgy a duodenalis sondás ellenőrzés, mint a székvizsgálat egyöntetűen a lambliák eltűnését mutatták. 19 esetben a betegek panaszai ezzel megszüntek, jeléül annak, hogy a lambliák voltak az okai a panaszoknak. A többi esetben a fennálló enteritis vagy egyéb gyomor-bél-epebaj még egyéb gyógykezelésre is szorult.

Rácz B.: *Üvegszilánk okozta szívsérülés spontán gyógyult esete.* (Kézirat nem érkezett.)

Előadások:

Pólya J.: *Az epehólyag és epevezeték működése ép és kóros viszonyok között.* 455 esetben volt alkalma az epehólyag histologiai képét *(Zalka* prof., *Habán)* s az epehólyagtartalom chemiai leletét *(Bence prof.* osztályán *Lendvai* és *Székely)* összevetni a műtéti lelettel és a klinikai tünetekkel. A köves epehólyagnak működési értéke többnyire egyáltalán nincs és ahol valamelyes van is, az egyáltalán nem áll arányban azokkal a szenvedésekkel, károkkal és veszedelmekkel, melyeket a köves epehólyag hordozójának

okoz és ezért nem lehet érv az epehólyag eltávolítása ellen. A kőnélküli epehólyag működési értéke többnyire nagyobb, de sohasem annyi, hogy érdemes volna szenvedni miatta és mindenesetre jobb epehólyag nélkül fájdalommentesen élni, mint fájdalmas epehólyaggal. Ennek előrebocsátása után részletezi azokat a nehézségeket, amelyekkel az ép és kóros epehólyag működésének megitélése, valamint az ép és kóros működés hatásának megállapítása jár és néhány példán (epehólyag feltelődés és kiürítés lefolyása, acut pangásos epehólyag keletkezése, choledochuskövek eredete) mutatja, hogy az általánosan elfogadott nézetek mennyire nem helytállóak.

Landgraf E.: *Dentalis eredetű csonthártya- és csontlobok bekteriologiai vizsgálati eredményeiről.* A stomatologiai klinikán végzett ötéves vizsgálatait demonstrálta. A vizsgálatokat 2 csoportban végezte. Az első csoportban 72 dentalis eredetű heveny osteoperiostitis esetet, a másodikban pedig 31 gyökércsúcs körüli idült csontgócot (granulomát) vizsgált. A vizsgálatok lényeges alapja volt, hogy a hozzátartozó gyökércsatornákat is vizsgálat tárgyává tette.

Külföldi szerzők állításaival szemben leszögezte, hogy a gyökércsatorna vegyes baktériumflórás képe mindenkor az ottlévő genykeltők időlegesen épen saprophyta jellegét tükrözi vissza, mivel e vegyesflóra ott, ahol gyulladás támad, tehát az egyik-másik genykeltő pathogen lesz, többé ki nem mutatható. Ezért céltalan a gyökércsatornák vegyes flórájának tanulmányozása. A granuloma vizsgálatakor éles határt vont klinikailag tünetmentes és klinikai tüneteket okozó granulomák között. Positiv tünetek mellett csupán az egyik vagy másik genykeltő volt kimutatható. Tünetmentes esetekben a granuloma vagy csíramentes volt, vagy 4—5 virus társfertőzéses képe bontakozott ki. Utóbbi képet előadó a gyökércsatorna vegyesflórás képéhez hasonlította, mely szintén az időlegesen épen saprophyta jelleget tükrözi vissza. A csíramentes granulomát a gócfertőzés szempontjából nem tartja jelentéktelennek a fertőzött csontgócokkal szemben, mivel a góc a fertőzött gyökércsatorna felől bármikor reinficiálhatódik. A granuloma csíramentességét csupán időleges, fakultativ jelenségnek tartja.

Molnár L.: Minthogy a dentalis fertőzés úgy helyileg, mint távoleső szervekben súlyos elváltozásokat okozhat, fontos a megelőzés: a legkisebb szuvas góc kezelése és tömése. Ha már a gyökér körül a csontban vannak granulomák vagy tályogok, a fertőzött fogat csak akkor kell eltávolítani, ha anatomiai viszonyok miatt (görbe gyökércsatornák, denticulusok) a góchoz nem tudunk hozzájutni, mert újabban az elektromos árammal végzett gyökérkezelések (iontophoresis, diathermia) után sokszor már pár hét múlva azt látjuk, hogy a granuloma ürébe az ép csont felől csontgerendák nőnek be, ez pedig a fertőzés megszüntének biztos jele. Gócfertőzés esetén fontos az activ góc elkülönítése a lappangó góctól. Erre a célra igen alkalmas a gócok rövidhullámú besugárzása. Erre *Gutzeit* és *Küchlin* elektrodokat szerkesztettek, melyekkel minden fogat külön sugározhatunk be és így az activ gócot meg tudjuk keresni. Az activ gócon gyökeres, sebészi beavatkozást kell végezni.

ifj. Barla-Szabó J.: Az OTI. központi kórházának sebészi osztályán 10 év alatt 504 fogeredetű genyedést kezeltek. Az állcsontokról tovaterjedő gyulladás 32-szer járt életveszélyt jelentő, súlyos szövődménnyel. E 32 súlyos beteg közül csak 20-at sikerült megmenteni, 12 meghalt. A halált okozó genyedések 75%-át, a meggyógyult, de súlyosan lefolyt eseteknek pedig majdnem a felét rothasztó kórokozók idézték elő. E kórokozók részint a gázoedema csoport különböző törzseiből, részint légkerülő streptococcusok, részint pedig a spirochaeták és fusiformisok csoportjából kerültek ki. E genyesztők sohasem fordultak elő tiszta tenyészetben, hanem mindig más törzsekkel keverten. Jellemző rájuk, hogy terjedésre hajlamos kötőszöveti lobosodást okoznak, melynek gátat vetni néha igen nehéz. Ebből a gyors terjedési hajlamból következik az is, hogy beolvadt tályogot csak ritkán képeznek, hanem inkább kemény, roszszul elhatárolt beszűrődést hoznak létre. A lobos területekből bemetszéskor bűzös savó ürül, melyben szennyes színű szöveti törmelékek, sőt gázhólyagok is lebeghetnek. A rothasztó kórokozók csak ritkán terjednek az érrendszer útján. Kedvenc helyeik a szövetközti rések, izomközti rejtett hasadékok, melyek mentén rohamosan tudnak tovaterjedni. Egyik betegünket súlyos nyelvalatti kötőszövetlobbal, lázas állapotban és a fertőzéses mérgezés általános tüneteivel hozták kórházukba. Széles feltárásokat végeztek az állkapocs alatti tájon és a nyakon, de a gátorüreg elgenyedését mindez nem akadályozta meg. Boncoláskor kiderült, hogy a nyak mély izomzata és a gerincoszlop körüli szövetek egész tömegükben elhaltak és helyüket szennyes-zöldes, törmelékes, rendkívül bűzös szövetcafatok foglalták el. A bakteriologiai vizsgálat rengeteg különböző alakú és nagyságú Gram-positiv pálca mellett, May-Grünwald-Giemsa festéssel számos fusiformist és spirillumot tudott kimutatni.

Egy gyógyult esetükben a nyak felé terjedést az állcsúcstól az állkapocsszögletig húzódó széles bemetszés akadályozta. Ekkor a kötőszöveti lob felfelé kezdett terjedni, úgy hogy még a szem alatt is kellett egy metszést ejteni, mely oldalt a halántéktájékra is ráterjedt. A műtéti sebekből sűrű, barna, cafatos szövettörmelék ürült és a váladék olyan volt, mintha mákszemekkel lenne elkeverve. A bakteriologiai vizsgálat spórákat képező, Novy-typusú légkerülő pálcákat mutatott ki.

A kezelést illetőleg csak egész röviden említjük, hogy a széles és alapos feltárás mindeneknél fontosabb. E mellett gyógyult eseteikben jó hatást mutatott a polyvalens gázoedema-savó visszérbe fecskendezése, valamint a salvarsan alkalmazása. Helyileg kedvező hatású volt a Mező-féle keverék használata is.

Hattyasy D.: *Landgraf* vizsgálatainak érdemét különösen abban látja, hogy a granulomák vizsgálata a klinikai tünetek szigorú egybevetésével történt. A granuloma fennállása mindig a gyökércsatorna fertőzöttségét jelenti. Amennyiben a fertőzött fog conserváló kezelése nem lehetséges, úgy annak radicalis eltávolítása indokolt.

HETI KRÓNIKA

Az amerikai orvosszövetség közel 100.000 példányban megjelenő hivatalos hetilapja: a *„Journal of the American Medical Association"* rendszeresen közli *„Deaths"* című rovatában időközben elhalt tagjainak névsorát. Van szám, amely 120—130 nevet sorol fel egymásután. A rovat rendkívül tanulságos, mert a személyi adatokon kívül legtöbb esetben a halál-okot is ismerteti.

Tudjuk: az orvos is halandó. Találóan olvassuk *Shakespeare* drámájában: *„By medicine life may be prolong'd yet death. Will seize the doctor too . . ."* Feltűnik azonban az említett rovatban, mint amerikai különlegesség, az *autószerencsétlenség következtében elhunyt orvosok* nagy száma. Az Egyesült Államokban az autó nem luxuscikk, hanem a mindennapi kenyérkereső élet fontos tartozéka s így érthető, hogy a nagy autóforgalom áldozatai között, akár mint vezető, akár mint gyalogjáró, orvos is nagy számmal akad. Ugyancsak a mindennapi élet modern kor okozta mechanizálódásának következménye — e téren persze ismét Amerika vezet, — hogy a repülőgépszerencsétlenségek áldozatai között is egyre növekvő számmal találkozunk orvosokkal.

A halálokok között azonban gyakoriságra nézve első helyen állnak *a szív megbetegedései.* Minden bizonnyal nemcsak az Egyesült Államokban van így ez, de ilyen kíméletlen őszinteséggel sehol sem tárul a szemünk elé. Amerikából származik a mondás, hogy a jó orvosnak — elsősorban a jó sebésznek — a 3 nagy H betű a legfontosabb kelléke *(Hand, Head, Heart).* A három közül a legutóbbit, a szívet főleg az operativ szakmák izgalmas tevékenysége, még sikeres műtét után is a betegért való hosszú aggódás nem hagyja megviseletlenül. Ugyanígy nyomot hagynak az orvos szívén az egyéb szakmákban a betegágy mellett eltöltött évek és a legszomorúbb éppen az — mint az amerikai adatok is bizonyítják, — hogy az elhaltak legnagyobb része a férfikor delén, a legtevékenyebb életszakaszban hagyja itt áldásos működése színhelyét. Érthető ezekután, hogy ritka kivétel a *„Journal"* halálozási rovatában *John E. Wilkinson,* a 100 éves korban elhunyt Jowa állambeli orvos, akinek személyi adatai után csak a *„died . . . of senility"* megjelölés olvasható.

*

Régi orvosi érmek előszeretettel alkalmazott felirata, amely az orvosi hivatás egész lényegét magában foglalja: *„Aliis inserviendo consumor"*. Ugyanezt fejezte ki a fiatal *Balassa János* 1838-ban még latin nyelven írott orvosdoktori értekezésében: *„Vivere aliis non sibi, constituit essentiam medici"*. Valóban áldozatok láncolatából áll az orvos élete és befejezése, úgy az orvos, mint betegei számára egyformán a Horatiusi *„summa dies"*.

*

A halál pusztítása ellen hivatásból küzdő orvosnak ellenfeléhez való viszonya mindig felkeltette a közérdeklődést. *Holbein*-nek a baseli *Kunstsammlung*-ban őrzött világhírű haláltánc sorozatának egyik képe éppen az orvost ábrázolja, amint betegének vizeletét vizsgálva vállára nehezedik a halál csontos keze. A halál gondolatával foglalkozó latinnyelvű költészet egyik terméke (ú. n. *Vado mori*-vers) is a gyógyszerrel már meg nem gyógyítható orvos sírbaszállásával foglalkozik.

A leendő orvos már tanulmányai során gyakran találkozik a halállal. Ez a találkozás szükségszerű, amint ezt a freiburgi anatomiai intézet *„Mortui vivos docent"* és a *Sorbonne* kórbonctani intézetének *„Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae"* feliratai egyaránt kifejezik. Ebben a vonatkozásban legszebb és legköltőibb, mert az *Arany János* lelkéből fakadt *„Toldi szerelmé"*nek egy sorát képezi, amit *Balogh* professor intézete könyvtártermének díszítésére választott ki: *„Mit az élet megvon, megadják a holtak."*

Az elméleti tudományokat felváltja a gyakorlat s előbb-utóbb mindnyájan ott állunk az első halottas ágy lábánál. Az elsőt később több is követi, de az elsőízben szerzett benyomás az egész életen át elkisér. *Hoche*, a nagynevű freiburgi psychiáter élete alkonyán emlékezéseiben a közvetlen élmény élénkségével írja le, amint 1887 farsangjának egy estélyén — mint a berlini szülészeti klinika praktikánsa — megrendülten állott egy pincelakásban élete első halottas ágyánál, amelyen egy harántfekvés miatt végzett fordítás folytán létrejött méhrepedés következtében elvérzett munkásasszony feküdt. A műtétet végzett két orvos a klinika értesítése után azonnal eltünt. Az utcáról behallatszott a vidám farsangi zene és a kicsiny pinceablakon keresztül a sűrű hóesésen át időnkint bálbasietők csillogó ruhája tünt át.

Hoche hangsúlyozza: minél többször látjuk a halált, annál inkább eltompul bensőnkben az elmúlás folyamatának borzasztósága, de nem a megszokás miatt, hanem azért, mert megtanuljuk, hogy: *„dass Sterben in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht schlimmes ist..."* Ugyanúgy járunk, mint *Andersen* meséjében a kisgyermeke elvesztése felett kesergő Édesanya, akivel a Halál megérteti, hogy az elmúlás nem mindig a legnagyobb rossz.

Milyen állarcban közeledik az orvoshoz a halál? Nincs a halálnak az a formája, amely orvosnak az idők folyamán osztályrészül ne juthatott volna. Csak néhány példát említünk.* *Servetus*, a kis vérkör felfedezője máglyán halt meg Genfben, *Vesalius*, az anatomia reformátora hajótörés áldozataként, *Laennec* tüdővészben *Flór Ferencet* a Rókus-kórház igazgató-főorvosát a pesti lóvasút gázolja halálra, a különcéletű, genialis *Gruby Dávidot* holtan találják reggel szobájának padlózatán, *Bossi*, a genovai nőgyógyászt egy betegének férje lövi agyon, s az 1908. december 28-iki messinai földrengés áldozatai között a rombadőlt szülészeti klinika orvosi személyzetéből *Scuderi* adjunctust, *Macri* és *di Giorgio* tanársegédeket gyászolja. *Schauta* bécsi nőgyógyász szarvasvadászat izgalmai közben holtan esik össze, miután elejtette kapitalis zsákmányát, *Opitz* freiburgi nőgyógyász autószerencsétlenség áldozata. *Gudden*-t, a nagynevű elmeorvost fejedelmi betege, az őrült *II. Lajos* bajor király fojtja a starnbergi tóba, *Wernicke*-t a Thüringer Wald-ban kerékpározás közben éri halálos baleset. *Nothnagel*-t a bécsi belgyógyászt angina pectoris öli meg, de utolsó rohamáról még feljegyzéseket készít. Az unokahuga halála miatt önmagát vádoló *Michaelis* Kiel-i nőgyógyász vonat elé veti magát és a nagy hygienikus *Pettenkofer* aggastyánkorban ugyancsak maga oltja ki életét. Az öngyilkos orvosok sorába tartozik *Wilms* berlini sebész is, aki tenotommal a torok felől sérti meg egyik nagy verőerét s a kicsiny metszést csak a boncoláskor *Virchow* fedezi fel. *Schwalbe*, neves rostocki pathologust 1920 márciusi zavargásaiban socialisták lövik le, nálunk egy évvel előbb *Berend Miklós* egyetemi magántanár vérzik el az utca kövén, mint az ellenforradalom egyik vértanúja. (Eszünkbe jut egy Strassburgból kiküldött német orvos-professzor nekrologjának egy mondata: *„Er starb an Kummer"*. A trianoni békeszerződést követően nálunk is ismeretes betegség!).

És hány orvos hal meg fertőző betegségben hivatása áldozataként, hiszen természetes, hogy a fertőző betegségek minden időben a fertőzésnek legjobban kitett orvost veszélyeztetik. *Obermaier*, a visszatérő láz kórokozójának felfedezője cholerában hal meg, éppugy mint *Thuillier*, az Egyiptomba küldött francia cholera-expedició egyik tagja, aki Alexandriában hunyta le szemét örökre. A párisi Pasteur-intézetben levő emléktáblájának felirata: *„Mort pour la Science"*. *Rickett, Prowazek, Jochmann* és még annyi más a kiütéses tifusz áldozatai, *Lazear, Carroll* és a japán *Noguchi* a sárgaláz ellen folytatott heroszi küzdelemben estek el és végnélkül lehetne folytatni a felsorolást.

A *Deutsche Röntgen-Gesellschaft* 1936. április 4-én babérkoszorúval diszített, nemesen egyszerű emlékoszlopot állított a hamburgi *Allgemeines Krankenhaus St. Georg udvarán*, amelynek négy oldalán a Röntgen- és radium sugarakkal foglalkozás minden nemzetből származó hivatásos áldozatainak nevei olvashatók.

Sok önfeláldozó — főleg orosz — orvos neve olvasható a szófiai Orvos- emlékművön is, akik a bolgár önállóságért vívott harcokban haltak meg, de hogy eltörpül most minden ez a világháború orvosáldozatainak óriási számához viszonyitva. Emléküknek maradandó megörökítése nálunk még a jövő feladata, de a Műcsarnok téli tárlatán már ott láthatjuk a Magyar Országos Orvosszövetség „hősi halott orvosok" emlékének megörökítésére beérkezett pályaterveket. *„Hősök hős orvosainak"* olvassuk *Orbán Antal* tervén a feliratot, *„Isten óvja az orvost önfeláldozó munkájában, mögötte mindig ott leselkedik a halál"* áll *Bory Jenő*én.

Orvos és halál: örök ellenfelek. Mégis milyen megragadóan tudnak írni orvosok a halálról, a *Madách* által megénekelt benne rejlő „nagyszerű költészetről". Elég, ha a régebbiek közül *Nothnagel* hires, minden művelt nyelvre lefordított értekezését, az ujabbakból *Perthes*, néhai tübingeni sebészprofesszor *„Über den Tod"* című kötetét, vagy *Hoche: „Jahresringe"* című könyvének *„Leben und Sterben"* című fejezetét említjük. *„Sterben ist nicht schwer"* irja *Hoche* és amikor ezt leirta bizonnyal szeme előtt lebegett *Aeschylus* mondása, amely szerint „a gyógyíthatatlan betegségek orvosa a halál". *Sonderegger*, a kiváló svájci orvos is kiemeli a halálba induló orvos személyes bátorságát. Az athéni börtöncellában halálra készülő *Sokrates* fenséges nyu-

*) Az időrendi egymásutánt nem vettük figyelembe.

galma, amit *Platon* Phaëdonjában megörökített, hányszor ömlik el orvosok halálos ágya körül is.

Van orvos, aki még holttestével is a tudománynak kíván használni. Jellemző példa rá *Hedinger*, a zürichi egyetem 1925-ben elhalt kórboncnok professzora, akit utolsó kívánsága értelmében *Wegelin* berni kórboncnok boncolt fel saját intézetében. A közelmultban elhunyt nagy magyar sebész, *Winternitz* professor ugyanígy intézkedett.

Kipling a *„Middlesex-Hospital"* 1908. október 1-i ünnepélyen tartott beszédében az orvosokat „állandóan mozgósított hadsereg"-hez hasonlította. Természetes, hogy ebben az egyenlőtlen küzdelemben végül is mindig a halál győzedelmeskedik, de a kidőlt harcosok helyét — még a mai nehéz viszonyok között is — új lelkesedéssel új erők foglalják el.

Mi ennek az áldozatos életnek a jutalma? Ércből öntött, kőből épült emlék csak keveseknek lesz osztályrésze. *Toppius*hoz intézett levelében szépen írta *Billroth*, hogy az orvosi hivatás jutalma többnyire csak a kötelességteljesítés felemelő tudatában áll. Mennyivel igazabb ez ma! A jótettek emléke, a becsületesen végzett munka tudata a hit vigasztalása mellett minden orvos számára egyformán megmarad és beragyogja a halál éjszakáját, amikor elindul a tulsó világ révpartja felé a shakespeare-i nem ismert tartományba, „melyből nem tér meg utazó". „Az élet" pedig — mint egyetemünk egy orvos-magántanárának a Kerepesi-temetőben levő siremlékén olvashatjuk „megy tovább . . . ".

Korbuly György dr.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának 1938 utolsó negyedévi munkája.

(League of Nations: Chronicle of the Healt Organisation 1939. I. 1. szám.)

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának különböző bizottságai közül az elmúlt esztendő utolsó negyedében a következők tartottak ülést:

1. Az *Egészségügyi Bizottság* szokásos — jelenleg a 29-ik — ülését tartotta Gerfben.

2. A *„Haláloki Nomenklatura"* revisióját előkészítő ötödik Nemzetközi Conferentiát Párisban tartották a Statisztikai Nemzetközi Intézettel karöltve. A conferentián elfogadott nomenklatura még nem jelent meg.

3. Tanácskozás folyt *orvos-socialis kérdésekről* — amelyben magyar részről *Johan Béla* államtitkár úr is részt vett, — amelynek eredményeképen a bizottság megszabta a kérdés megtárgyalandó pontjait a júliusban tartandó falu-egészségügyi conferentia részére.

4. Az *Egészségügyi Jelzőszámok Bizottsága* — amelynek magyar részről *Tomcsik József* professor úr is tagja — megszabta azokat a földrajzi, gazdasági, socialis és egészségügyi tényezőket, amelyeket figyelembe kell venni a lakosság vagy népcsoportok egészségügyi elbírálásában.

5. A *Biologiai Standardizálás Állandó Bizottsága* is fontos feladatot tölt be, amikor a „biologiai egységek" terén rendet igyekszik teremteni. Ugyanis egész sereg olyan gyógyszer van — serumok, mirigy-kivonatok. arsenobenzol-készítmények, vitaminok, hormonok, — amelyeknek hatásosságát állatkisérletekben és csak egy bizonyos „standard" egységgel összehasonlítás révén lehet lemérni. A Bizottság 1921. óta működik és a tudomány haladásával párhuzamosan és a kívánalmaknak megfelelőleg időről-időre újra szabályozza a standard készítményeket. A Bizottság munkáját mi sem jellemzi jobban, mint az, hogy az eddig standardizált 27 készítményt 39 állam fogadta el és néhány közülük kötelezőleg ismerte el őket a hivatalos gyógyszerkönyvek részére.

A Bizottság a legutóbbi ülésen három kérdéssel foglalkozott. 1. Újabb standardok felállítása azon serumok részére, amelyek még nincsenek a már elfogadott 20 közé sorolva. 2. Bizonyos nagyobb keresletnek örvendő standard-készítmények pótlása. 3. A már elfogadott standardoknak az elméleti és gyakorlati kívánalmaknak megfelelő újraszabályozása. A tárgyalás alá vett standardok a következők voltak: tetanus antitoxin, gázoedema antitoxin, kígyóméreg-, pneumococcus-, anthrax ellenes serum, tuberkulin, staphylococcus antitoxin, Sordelli antitoxin. Ezenkívül tárgyalták a Widal-reactio standardizálásának lehetőségeit.

6. A *Nemzeti Népélelmezési Bizottságok* kiküldöttei — közöttük *Beznák Aladár* professor úr — a táplálkozási viszonyok megismerésére vonatkozó felvételek, valamint a tápláltság megállapítására vonatkozó somatometriás és physiologiás vizsgálatok egységesítéséről tárgyaltak.

7. Az egészségügyi osztály *Keleti Hivatalának Tanácsa* (Hanoi-ban (Indokina) ülésezett. Az ülés tárgyát később fogjuk ismertetni.

8. Az egyptomi kormány kérésére egy bizottság foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy az Egészségügyi Osztály milyen módon és mértékben lehetne Egyptom segítségére *a bilharziasis leküzdésében.*

9. 1937 végén egy *Járványügyi Bizottság utazott Kinába* az ottani egészségügyi hatóságok járványellenes munkájának támogatására. A négytagú bizottság most tért vissza Kinából.

10. A *Lakásügyi Bizottság* egy fractiója falusi lakások terveit készítette el, amelyek a Faluegészségügyi Conferentián kerülnek majd tárgyalásra.

Petrilla Aladár dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 5. sz. *Schroeder:* B1-vitamin anyagcserevizsgálatok ép és beteg egyéneken. — *Vonkennel és Schmidt:* A vér-liquorgát permeabilitása sulfonamidekkel szemben. — *Mallinckrodt-Haupt:* Porphyrinuria és bélsaprophyták. — *Kreitmair és Steckmann:* 4.4' Dioxy α—β diäthylstilben: egy tüszőhormonhatású synthetikus vegyület. — *Buschbeck* és *Hausknecht:* A stilboestrol hatása emberen. — *Bock:* A szegycsontvélő bakteriologiai vizsgálatának értéke. — *Kohbrok:* Paroxysmalis tachykardia. — *Carlinfanti:* A lues liquordiagnosisa alvadási reactióval. — *Mahlo:* Quantitativ chemiai eljárás a gyomornedv nyál és köpet mucintartalmának meghatározására. — *Abderhalden:* A központi idegrendszer sensibilisálása az aneurin pyrimidincomponensével szemben meghatározott, egyébként teljes értékű diaetával. — *Stöhr:* Kutyák serummésztartalma NaF-mérgezésben.

Deutsche Medicinische Wochenschrift, 5. sz. *Haberer:* Az ileocoecum nem specifikus gyulladása. — *Jaschke:* Vesefejlődési rendellenességek klinikája. — *Schaefer:* Meningitis epidemica kezelése ulironnal. — *Nachtsheim:* A cardiazolgörcs jelentősége az örökletes epilepsia diagnosisában. — *Vogel:* Polyneuritis seruminjectio után. — *Werner:* Az ötnapos-láz kutatásának újabb eredményei. — *Noyan:* Anaemia perniciosa és idegszövődményei. — *Goglia:* Klinikai adat az anertan hatásához és indicatiójához. — *Köhler:* Új gőzzuhany-készülék. — *Lahme és Uffenorde:* Fül- és melléküregfájdalom. — *Neyrauch:* A lárma ártalmassága ipari üzemekben.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 5. sz. *König:* Accidentalis sebek orvosi ellátása. — *Jaeger:* Szükséges-e a tetanusprophylaxis? — *Kienle:* Az arborisatiós block kórjóslata. — *Blaich:* Az uliron hatása, kiválasztása és szervaffinitása. — *Leonhard:* A tiszta, túlhevülés nélküli napszúrás veszélye. — *Plahl:* Elastoplast sportkötés az alsó

végtagon és bokaizületen. — *Keller:* Magnesiumtherapia Magnesiumresorpta-val. — *Haag:* Egészséggondozás.

Wiener Klinische Wochenschrift, 5. sz. *Wagner-Jauregg:* A jódozott konyhasóról. — *Wachner:* Tüdőbetegség sugaras kezelése. — *Meller:* A halántékcsonti meningitis carcinomatosa kérdéséhez. — *Siegmund:* Irányelvek a női termékenység megtartására és helyreállítására. — *Holzer és Spitzy:* Készülékek a differentialis vérkép meghatározásának egyszerűsítésére. — *Köberle:* Adenomyosis uteri interna tuberculosa.

Medicinische Klinik, 5. sz. *Wiskott:* Skarlátutóbetegségek. — *Bennholdt-Thomsen:* A Möller-Barlow-betegség tünettana és aetiologiája. — *Beutel:* A bronchographia diagnostikus jelentősége. — *Saupe:* Szokatlan elhelyezkedésű tüdőrák és tüdőchondroma együttes előfordulása. — *Bernhardt:* Diabetes insipidus. — *Bartelheimer:* A neurogen diabetes kérdéséhez. — *Pfeffer:* Éveken át élvezett járadék marhavér ivás utáni látszólagos gyomorvérzés miatt. — *Wilde:* Nemi betegségek.

Presse medicale, 8. és 9. sz. *Abrami, Iselin és Wallich:* Veseeredetű hypertensio kezelése nephro-omentopexiával. — *Gautier:* Égési sebek kezelése infravörös sugarakkal. — *Avallone:* Izületi szalagok sérülésének kezelése érzéstelenítő injectiókkal. — *Ramond:* Másodlagos tüdőrák combamputatio után. — *Braine és Goury:* Sí-balesetek okai, gyakorisága és jelentősége. — *Chavany:* Sympathicus eredetű facio-cervico, thoraco-brachialis, neuralgiás tünetcsoport. — *Grimberg és Krauss:* A héparin.

The Lancet. Febr. 4. *Wood:* A szív röntgen-kymographiája. — *Anderson és Dowdeswell:* A tüdőgyulladás kezelése M. & B. 693-al. — *Hunter és Terence:* Idült, zsugorodó pericarditis. — *Mac Gowan:* A gerincoszlop elcsontosodása. *Mc. Kissock:* Neoplastikus, az agykamrákkal kommunikáló cysták. — *Riley:* Metabikus ekzema idiopastikus skatorrhoeában. — *Holmes:* A hátgerinc osteomalaciája chronikus hasmenéssel társulva. — *Schütze:* A pestis chemotherapiája.

British Medical Journal. Febr. 4. *Irwin:* A femur nyakának törései. — *Middleton Martin:* Tuberculosis — 60 év dogmái és kételyei. — *Gray:* Epidemiás nausea és hányás. — *Hay:* Sporadikus typhus-bacillus fertőzések. — *Schott:* 4 levezetésű elektrokardyogramm 53 órával a coronaria occlusiója előtt és után felvéve. — *Dunn:* Az olecranon törésének műtéte.

The Journal of The American Medical Association. Jan. 14. *Heck és Hall:* Myeloid typusú leukemoid reactiók. — *Rosenthal:* Thrombopeniás purpura. — *Murphy és Howard:* Tömény májkivonatok vészes vérszegénységben. — *Fowler és Barer:* Vérszegénység vashiány következtében. — *Long, Bliss és Feinstone:* Sulfanilamid. — *Singleton, Blocker és Galveston:* Hasi sebek felszakadása és postoperativ sérv. — *Coller, Jackson:* Hypoglykaemia.

VEGYES HIREK

Imre József professor, mint meghívott előadó tartotta február 10-én a *Royal Society* által a szemhéjplastikák fölött rendezett vita bevezető előadását Londonban.

A III. Nemzetközi Ideggyógyászati Congressus 1939. VIII. 21—25-ig lesz Kopenhágában, ahol az üléseket a Christiansborg kastélyban, a dán parlament épületében tartják. A congressus elnöksége sorában ott látjuk *Benedek László* professzort.

A referátum-themák a következők: 1. Az endokrin-vegetativ systema ideggyógyászati vonatkozásai. 2. A hereditaer idegbetegségek, különös tekintettel a genesisre. 3. Avitaminosis-problemák, különös tekintettel a peripheriás idegrendszerre. Egy napot vegyes themakörre tartottak fenn. A három referatum-thema mindegyikét többen referálják, a hereditaer betegségek referensei között *Schaffer Károly* professor is helyetfoglal. Az előadásokat legkésőbb III. 1.-ig be kell jelenteni a Nemzeti Comité-nek, amelynek magyarországi elnöke *Benedek László* prof. titkára *Lehoczky Tibor* egyet. magántanár. Az előadások nyelve: német, angol, francia, olasz és spanyol; a három főthemakörhöz tartozó előadások tartama 10 perc, terjedelme 3500 gépelt szó, amely a congressus titkárságának a Nemzeti Comité útján beterjesztendő. Az előadások kivonatait szintén be kell terjeszteni, terjedelmük legfeljebb 150 szó. A hozzászólások tartama 5 perc. A fő-themakörön kívüli előadások terjedelme legfeljebb 1500 szó. A congressus activ tagjainak tagsági költsége 40 dán korona, illetve annak megfelelő magyar pengő. A passiv tagok (nem orvosok, családtagok) e költségek felét fizetik. *A congressusra csak a Nemzeti Comité útján lehet előadást bejelenteni és a tagsági jegyeket is ennek útján kell beszerezni.*

Az elnökség ezúton is felkéri az érdeklődőket, hogy mielőbb jelentsék be részvételi óhajukat, előadási szándékukat és előadásuk címét.

HETIREND

Február 13-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Dobozy Elemér:* A vérszegénység elkülönítő kórismeje.

Február 14-én d. u. 6 órakor a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése (Gyermekklinika tantermében). — *Kraut Jolán:* Ostitis fibrosa cystica. *Fekete Antal:* Gyermekkori chorioiditis. *Hainiss Elemér:* Heveny hasi katasztrófa béltágulat folytán csecsemőben. *Geldrich János:* Simonds-kór esete. *Gerlóczy Ferenc:* „Ascites haemorrhagica" csecsemőben.

Február 14-én ½7 órakor a Budapesti Királyi Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya ülése (Bőr- és nemikórtani klinika tanterme). — Előadás: *Neuber E.:* A skleroma fajlagos reactiói és fajlagos gyógykezelése. — Bemutatás: *Lénárt Z.:* Két Neuber-féle vaccinakezeléssel gyógyított skleroma eset.

Február 14-én este ¾7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Décsi Imre:* Zománc tábla a kapu mellett.

Február 15-én d. u. 6 órakor a Közkórházi Orvostársulat ülése (Rókus-kórház). — Bemutatások: *Milkó Vilmos: a)* Teljes nyelőcső képzés; *b)* 22 év óta medencében fekvő projektil eltávolítása. *Csatári-Szücs István: a)* Oldalsó nyaksipoly műtéttel gyógyult esete; *b)* Érdekes aetiologiájú nyakcsigolyaficam reponált és gyógyult esete. — Előadások: *Gidró László:* Műtét utáni haematogen peritonitisek. *Szilágyi Pál:* A gyomorátfúródás műtéti kezelése.

Február 15-én tartja a Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulása a február 8-ára hirdetett ülését. — Bemutatások: *Hoffenreich Ferenc:* Pneumococcus meningitis esete. *Rajka Ödön:* Seroresistens syphilis esetek. — Előadások: *Frankl Zoltán:* Irányelvek a fogeredetű csonthártyalobok műtéti kezelésében. *Pesti Lajos:* Veleszületett choanalis elzáródás.

Február 15-én d. u. 6 órakor az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozata (II. sz. női klinika). — *Batizfalvy János:* Életveszélyes vérzések a szülészetben és nőgyógyászatban.

Február 17-én d. u. 6 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. — Sorozatos előadások havonta: Az újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából. III. előadó: *Boros József:* A szívizom betegségeinek Ekg. diagnosisa és prognosisa. — Hozzászólnak: *Egedy Elemér, Róna Andor.*

Február 20-án d. u. 6 órakor a Magyar Urologiai Társaság és a Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete együttes ülése. — *Huth Tivadar:* A contrastos röntgenvizsgálatok klinikai értékelése. *Herman János:* A röntgen-therapia jelentősége az urologiában.

A „LEO RETARD INSULIN" — protamin Insulin — standard készítmény, megbízható, egyenletes hatású

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik január 31—február 6. között. A hét első négy napja csak gyenge frontátvonulásokat hozott, február 4-ike pedig teljesen frontmentes nap volt. Február 5-ike a betörési frontok iránt sensitiv egyének számára valószínűleg súlyos megterhelést jelentett, mert gyors egymásutánban 6 betörési front érkezett és ezek közül 2 erős fejlettségű volt. Viszont a felsiklási frontok iránt érzékeny egyének számára a hét második fele is nyugalmas maradt. — A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei*
hó	nap	óra			
Január	31	4	betörési	gyenge	Kis széllökések, rövid hózápor o. 1 mm.
	31	13	felsiklási	„	Hirtelen felsikló borulás.
	31	14	betörési	„	Széllökések, gyenge hózápor.
	31	19	„	„	Kis szélelenkülés.
	1	4	„	„	Hirtelelen Szélélénkülés 6 m|mp.
	1	12	„	„	Szélélenkülés, 6 m|mp.
	2	16	felsiklási	„	Paefrontalis borulás csapad. nélk.
	3	10	betörési	„	Szélelénkülés.
Február	5	8	„	mérsék.	Szélrohamok, max. seb. 9 m|mp.
	5	10	„	erős	„ „ „ 14 m|mp.
	5	16	„	erős	Teljes szélfordulás, 17 m|mp.
	5	20	„	mérsék.	„ „ 14 m|mp.
	5	22	„	gyenge	Uj szélrohamok, 8 m|mp.
	5	23	„	„	„ „ 9 m|mp.
	6	2	„	mérsék.	Szélcsend után hirtelen szélrohamok.
	6	10	„	gyenge	Szélford. E-ról Ny-ra lö ések 5 m|mp.
	6	14	„	mérsék.	„ és hirtelen szélrohamok 8 m|mp.
	6	18	„	„	Uj szélrohamok 9 m|mp.

*) A táblázatban szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai.

91—1939. sz. Körmend nagyközség közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Körmend nagyközség közkórházában körorvossá történt kinevezés folytán megüresedett *alorvosi állásra* és amennyiben az alorvosi állásra a kórházban alkalmazott kisegítő orvos neveztetnék ki, a megüresedő *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a B. M. 300—1935. sz. rendelet értelmében a XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás és az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében elsőosztályú élelmezés.

A kisegítő-orvosi állás javadalmazása havi 80 pengő, egy bútorozott szobából álló lakás és első osztályú élelmezés, melyért megtérítést nem kell fizetni.

Az alorvos kinevezése két évre szól, mely idő elteltével állása pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű, bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. A kinevezés egy évre szól.

Magángyakorlatot sem az alorvos, sem a kisegítő orvos nem folytathat.

Az alorvosi állás betöltésénél sebész szakorvosok előnyben részesülnek.

Pályázni óhajtók kérvényüket Horváth Kálmán dr, alispánhoz címezve, hozzám nyujtsák be.

Pályázati határidő: *1939. március hó 15.*

A kérvényhez csatolni kell: a születési anyakönyvi kivonatot, hatósági erkölcsi bizonyítványt, magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét, szigorlati bizonyítványokat és közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Körmend, 1939. február hó 6.-án.

Remetei Filep Ferenc dr.
kórházigazgató-főorvos.

Vasvármegye és Szombathely város közkórháza.

237—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az igazgatásom alatt álló Vasvármegye és Szombathely város közkórházában megüresedett *két segédorvosi* és egy *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. o. 3 fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés.

A kinevezés két évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlatot folytatni nem szabad.

A kisegítő orvos alkalmaztatása egy évre szól. Javadalmazása bútorozott szoba ,fütés, világítással, havi 80 pengő dijazással, 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés.

A szabályszerűen felszerelt kérvények vitéz Szüts István dr. főispánhoz címezve, a közkórház igazgatóságához nyujtandók be. A beküldés *határideje 1939. évi február hó 22. déli 12 óra.*

A pályázati kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló, újkeletű tiszti orvosi bizonyítvány; 7. az eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok és 8. az Orvos Kamarai tagság igazolása.

Elkésve, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati főnökük útján nyujtsák be.

Szombathely, 1939 január 31.

Pető Ernő dr.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató-főorvos

93.128 mesterséges gyógyszer van
pillanatnyilag a svájci védjegyhivatalban regisztrálva. Érdemes ezen elgondolkodni. Minek a sok mesterséges szer, amikor a természet a maga csodálatos berendezkedésével és adottságával mindig bemutatja a legegyszerűbb és leghatékonyabb utat, melyen haladva az ember az ártalmak ellen kellőkép védekezhet és kifejlődött betegségeket megfelelően gyógyíthatja. Igy a természet megtanított arra is, hogy az epe-, máj-, gyomor- és bélmegbetegedések alkalmával a természetes „Mira" glaubersós gyógyvíz a legmegbízhatóbb. 4—6 héten át, kúraszerűen fogyasztva, reggelenként, éhgyomorra, melegen egy pohárnyival feltétlenül jó és biztos hatású.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Acitophosan*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

TRESFARIN szénhydrátmentes diabetikus tápszerek
GLUKONON szénhydrátmentes édesitőszer
PYROFARIN savkötő tápszerek gyomorbetegeknek
SLIMMING ½ kalóriás tápszerek fogyódiétához
TRESAL konyhasómentes asztali só sómentes kenyér vesebetegeknek.
DIÉTÁSHÁZ, Budapest, V., Gr. Tisza István-u. 7.
Ismertetőt kivánságra készséggel küld: TRES R. T., Budapest. 113.

ZEISS IKON vércukorkoloriméter
ZEISS IKON hämométer
ZEISS IKON bilirubinométer
ZEISS IKON xanthoproteinométer

JURÁNY HENRIK
BUDAPEST IV. Váci-utca 40 - Telefon 183-092
ZEISS IKON

Influenza és meghüléses megbetegedések esetén

PANAFLU KUP.-CHINOIN

5 kup dobozban

2152—1939. szám. Tolnavármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Tolnavármegye tulajdonát képező szekszárdi Horthy Miklós közkórházban lemondás folytán megüresedett egy alorvosi, három segédorvosi és két kisegítőorvosi, valamint Tolnavármegye m. kir. tisztifőorvosa mellett rendszeresített orvosgyakornoki állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az al- és segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osz. élelmezés.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, magángyakorlat megengedve nincsen. A kinevezés három évre szól, mely további három évre meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmazása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újabb betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása egy bútorozott szoba, fűtés, világítással, havi 80 pengő díjazással, 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés.

A Tolnavármegyei m. kir. tisztifőorvosi hivatal mellett rendszeresített orvosgyakornok illetménye havi 80 pengő fizetés, mely a második évtől 100, a harmadik évtől 120 és a negyedik évtől 140 pengőre emelkedik. Az orvosgyakornok minden tekintetben az ideiglenes minőségű díjtalan közigazgatási gyakornokkal kerül egy elbírálás alá. Magángyakorlat meg van engedve.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos Thuriki és Komjáthnai vitéz Thuránszky László dr., Tolnavármegye főispánjához címezve, hozzám nyujtandók be. A beadás határnapjául az 1939. évi február hó 25. napjának déli 12 óráját tűzöm ki.

A pályázati kérvényhez csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságáról is), 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány, 4. magyar egyetemen nyert vagy nostrifikált orvosi diploma, 5. Curriculum vitae, 6. testi és szellemi alkalmatosságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány és végül 7. az eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok.

A közszolgálatban állók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, minősítési táblázaton fel vannak tüntetve, törzskönyvi lap másolattal igazolhatják.

Késve érkezett, vagy a fenti követelményeknek nem megfelelően felszerelt kérvények figyelembe nem vehetők.

Szekszárd, 1939. február 3.

Szongott Edvin
alispán.

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

146—1—1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A m. kir. belügyminiszter által kórházunk részére engedélyezett *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető s végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és pályázat útján kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása: természetbeni lakás, fütés világítás 80 pengő dijazás és I. oszt élelmezés az önköltségi ár 50%-a ellenében.

A szabályszerűen felszerelt és kellően felbélyegzett pályázati kérvények *1939 február 20. déli 12 óráig* roffi Bor*bély György* Szolnok vm. főispánjához címezve hozzám nyujtandók be.

A kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. egyetemi orvosi oklevél; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. születési bizonyítvány 4. rövid életrajz, eddigi szolgálat és esetleges szakképzettséget, szakminősítés, illetve ezek hiteles másolatát.

Az alkalmaztatás után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Szolnok, 1939. január 31.

Szabó Elemér dr.
kórházigazgató, sebész-főorvos.

Mária Valéria Közkórház, Balassagyarmat.

230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő *kisegítő orvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendelet értelmében megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre szól és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítással és tiszti élelmezés, valamint 80 P havi dijazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. március 19-én déli 12 óráig* Soldos Béla dr. főispánhoz intézve a kórház igazgatójához nyujtandók be.

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

Balassagyarmat, 1939 február 2-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos.
kórházigazgató-főorvos

Svábhegyi Szanatórium

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosaikat, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrák Bircher—Benner-féle nyers-diéta

Savbáriseqyensúly helyreállitására:
Eugastrin mite et forte „Certa"
a bélműködést is szabályozza!

Magyarországon 1939 január 22-től 28-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	M
1. Abaúj-Torna	—	30	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.825	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
3. Baranya	251.877	1	—	—	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	15	—	—	—
4. Bars és Hont	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
5. Bereg és Ugocsa	—	4	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	2	4	—	—
6. Békés	338.711	—	—	—	—	—	1	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	15	14	2	4	—	—	—
7. Bihar	182.832	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	1	—	4	—	—	—
8. Borsod	—	4	1	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	5	6	23	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontál	174.906	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	17	5	2	4	—	—	—
10. Csongrád	148.042	2	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	8	3	4	3	—	—	—
11. Esztergom	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
12. Fejér	231.414	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	9	—	—	—
13. Gömör és Kishont	—	6	2	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
14. Győr-Moson	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.047	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	18	2	—	7	—	—	—
16. Heves	324.605	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	9	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	424.811	1	—	—	—	1	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	13	—	—	—
18. Komárom	—	2	—	—	—	—	—	9	2	10	—	—	—	—	—	—	—	11	2	14	4	—	—	—
19. Nógrád	—	1	—	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	18	6	3	7	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	—	—	—	—	—	—	—	6	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.488.044	6	1	—	—	4	—	21	—	60	—	—	—	—	—	—	—	8	25	24	101	—	—	—
22 Somogy	391.293	—	—	1	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	35	—	11	15	—	—	—
23. Sopron	142.161	—	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
24. Szabolcs	—	1	—	—	—	—	—	6	2	5	—	—	—	—	—	1	—	61	6	17	15	—	—	—
25. Szatmár	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	10	—	—	1	—	—	—
26. Tolna	265.128	1	—	—	—	1	—	5	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	8	—	—	—
27. Ung	—	5	2	—	—	—	—	2	—	2	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—
28. Vas	271 879	1	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	21	1	1	2	—	—	—
29. Veszprém	248.965	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12	—	6	4	—	—	—
30. Zala	369.809	1	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	11	29	2	—	—
31. Zemplén	—	5	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	4	1	4	—	—	—
I. Baja	31.249	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
II. Budapest	1 059.287	6	1	—	—	6	1	30	1	69	—	—	—	—	—	—	—	15	58	9	62	—	—	—
III. Debrecen	126.696	—	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	21	1	—	2	—	—	—
IV. Győr	51.043	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.184	—	—	—	—	1	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	3	—	—	—
VI. Kassa	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	4	1	—	1	—	—	—
VII. Kecskemét	83.010	1	1	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—
VIII. Miskolc	66.943	—	—	—	—	2	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	8	—	—	—
IX. Pécs	71.850	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	26	—	—	—
X. Sopron	35.918	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.341	1	—	—	—	1	1	3	—	6	—	—	—	—	—	—	—	11	2	—	10	—	—	—
XII. Székesfehérvár	41.999	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4	—	—	—
Összesen:*	—	86	8	1	—	20	3	156	11	250	—	3	2	2	—	2	—	333	158	127	424	7	1	—
Medián 1931—38		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Lakosság számának megállapítása folyamatban van.

VITAJECOL
Krompecher Budapest, V., Nádor-utca 15.
Természetes A és D vitaminban gazdag
iztelen és szagtalan standardizált
csukamájolaj
Tartalmaz: 1 gr-ban 1500 I. E. természetes A és
125 I. E. természetes D vitamin.

IMINOL

idejekorán alkalmazva

meggátolja

az asthmarohamot

Nem vezet megszokáshaz!

10 tabletta ára Pengő 2·20, 20 tabletta ára Pengő 3·85

C. F. Boeringer & Soehne G. m. b. H. Mannheim – Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza: Walter és Dummel, Budapest, V., Mérleg-u. 10.

Abauj-Torna vármegye II. Rákóczi Ferenc közkórháza, Szikszó.

107—1939. G. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Abauj-Torna vármegyei II. Rákóczi Ferenc közkórházban a sebészeti és szülészeti osztályon lemondás folytán megüresedett *2 segédorvosi* egyidejüleg *1 kisegítő-orvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti élelmezés. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, magángyakorlatot folytatni nem szabad. A kinevezés 2 évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Alkalmaztatása csak egy évre terjed és pályázat útján kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása egy bútorozott szobából álló lakás, fütés világítással, havi 80 P díjjazással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

A szabályszerűen felszerel pályázati kérvényeket báji Patay Sámuel főispánhoz címezve a kórház igazgatójához kell benyujtani. A beadás határideje *1939. február 28, déli* 12 óra.

A pályázati kérvényhez csatolandó: születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról), magyar állampolgárságot igazoló okmány, magyar orvosi diploma, curriculum vitae és végül az eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok.

Az állások bármelyike azonnal elfoglalható.

Szikszó, 1939. február 6-án.

Kiszty Jenő dr.
igazgató-főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Az egyetlen magyar kristályos digitalis lanata készitmény

LANACLARIN-CHINOIN

injectio, solutio, tabletta és suppositorium

A digitalis lanata összes szivreható glycosidáit tartalmazza kristályos állapotban elkülönitve.

GYORS ÉS TELJES DIGITALIS HATÁST AD!

Mellékhatásmentes!

Engedélyezések: Közgyógyszerellátás: inj., sol. O.T.I.; szabadon inj. sol. MÁV B.B.I. szabadon inj., Posta B.B.I.: szabadon az összes csomagolások, Dohányjövedék B.B.I.: szabadon inj. sol. Székesfőv. Közkórházak: összes csomagolások, M. Kir. Honvéd és Közrend. Kórházak: szabadon inj., sol. Pesti Izr. Hitk. Kórházai: szabadon inj. sol.

Centrum Kiadóvállalat rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál utca 14. Telefon: 14—44—22. Felelős: Welker József.

83. évfolyam. 7. szám. Budapest, 1939 február 18.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László: Postraumás látótelep és tobozmirigytünet együttes esete. (149—151. oldal.)
Podhradszky Lajos: Endokrin betegségekben végzett serumfehérje-vizsgálatok. (151—157. oldal.)
Halász Mihály: Diabetes és anaemia perniciosa. (157—158. o.)
Szép Jenő: Bőrkivonat hatása a staphylococcusopsinok termelésére. (158—159. oldal.)
ifj. Dax Albert: Hónaljhőmérsékletek különbsége epekólikában. (160. oldal.)
Benderek István: Gyógymasszázs és mechanotherapia. (160—162. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. oldal.)
Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Szemészet. — Orr-, gége- és fülgyógyászat. — Elméleti tudományok. (162—165. oldal.)
Könyvismertetés és gyülések: (165—167. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (167—169. oldal.)
Lapszemle, vegyeshírek és hetirend: (169—172. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Posttraumás látótelep és tobozmirígytünet együttes esete.

Írta: *Benedek László dr.* és *Angyal Lajos dr.*

Esetünk egy koponyasérüléshez csatlakozott látótelep-tünetegyüttes, amelynek számos klinikai érdekessége van. Így a látótelep sérülésére utaló tünetek a thalamus syndroma egyik alakjának, az arteria thalamogeniculata sérülése következtében fellépő alaknak meglehetős tisztasággal megfelelnek, emellett azonban jelentősek az agyalapi törés által létrehozott közvetlen környéki jellegű agyidegártalmak, nemkülönben a hypothalamus vegetativ magvainak bántalmára utaló klinikai tünetek is. Az eset a következő:

H. J. 18 éves, bérest 1938. I. 11-én vettük fel a klinikára. *Kórelőzmény:* A III. sebészeti klinika kórrajzikivonata szerint a beteg 1937. IX. 9-én gazdasági gép (darálógép) robbanása következtében a jobb parieto-temporalis táján sérülést szenvedett: a gép egyik faalkatrésze a fejéhez vágódott, eszméletét elvesztette, orra vérzett. IX. 10-én szállították a III. sebészeti klinikára. Ekkor már eszméletén volt, rajta külsérelmi nyom nem látszott, az orrnyilások körül kevés alvadt vér mutatkozott. Hőmérséke 37°, pulsusa 68. Többször hányt. Feltünő volt a beteg csaknem teljes süketsége és súlyos látás zavara. Idegrendszeri lelet: pupillái tágak, fényre reagálnak, conjugált deviatio balra, amelyet a szemész tekintési görcsnek tart. Szemfenék ép. Dobhártyák épek. Hallás j. o. hiányzik, b. o. nagyfokban csökkent. A fülész véleménye szerint a hallászavar magyarázatául fel kell tenni a törésnek a tegmenen és a tömkelegen való áthaladását. Inreflexei élénkek. Babinski j. o. positiv, b. o. jelzett. A *koponyaröntgen* b. o. a falcsontról lefelé a nyakszirtcsontra haladó, j. o. pedig a halántékcsontról a koponyaalapra terjedő törési vonalat mutatott ki. IX. 22.: A beteg nyugtalan, kiabál, tagjait dobálja, öntudata zavart, kérdésekre nem reagál. Ideggyógyászati lelete változatlan. X. 2.: A végtagok passiv mozgatásakor hirtelen tonusos feszülés mutatkozik. Ebből, valamint a beteg viselkedéséből az ideggyógyász consiliarius agyrázkódás utáni állapotot kórisméz, véleménye szerint a góctünetek mindkét agydomborulati felület, valamint az agyalap sérülésére utalnak.

A beteget X. 9-én a Szent István kórház idegosztályára, majd innen XII. 18-án az Irgalmasrend belgyógyászati osztályára helyezték át. A beteg állapota annyiban változott, hogy öntudata feltisztult és a jobb testfélen mérsékelt pyramissérülés tünetei alakultak ki, az alsó végtagon kóros reflexekkel. Már ekkor feltünő volt jobb kezének tartási rendellenessége. Minthogy az észlelés alatt a betegen sajátságos lelki változás volt észlelhető, továbbá kényszernevetéssel bevezetett és opistotonussal, valamint nagyfokú mozgási nyugtalansággal járó functiónalisnak látszó rohamok jelentkeztek, amelyeket rendszerint hosszabb-rövidebb ideig tartó zavartság követett teljes tájékozódászavarral és téveseszmeképződéssel, a beteget 1938. I. 11-én klinikánkra helyezték.

A beteg a felvételkor kódös tudati állapotban van, tájékozatlan, azt hiszi, hogy az intézetben alkalmazást kap. A vizsgálat során gyakran megokolatlan nevetésre fakad, amelyet nem tud abbahagyni. Később fokozatosan hozzáférhetővé válik és néhány nap alatt teljesen feltisztul. A balesetre vonatkozóan mindössze annyit tud elmondani, hogy eszméletét csak a következő napon a sebészeti klinikán nyerte vissza, hogy ugyanakkor csaknem teljesen vak és csaknem teljesen süket volt, úgy veszi azonban észre, hogy a látása azóta valamit javult.

Jelen állapot: Jól fejlett férfi. Feltünő a pubes szőrzet nőies határoltsága és az egyéb testszőrzet teljes hiánya, igy pl. hónaljszőrzete nincs. Bőre puha tapintatú, a bőr alatti zsirpárna megszaporodott, az izomkonturok elsimultak. Koponyáján külsérelem nyoma nem látható, a jobb fali táj kopogtatásra érzékeny. A balra és lefelé irányuló conjugált tekintési görcs kiegyenlítésére álla csúcsát mérsékelten a j. válla felé csavarja. Jobbkeze rendellenes tartásban van, még pedig az ujjak az alapizületben hajlítva, — a kisujj és gyürüsujj kisebb szögben, mint a középső és a mutató, — a középső izületekben, túlfeszítése és az utolsó ujjperci izületekben — különösen a középujjon — újból hajlított tartás észlelhető; a hüvelykujj kifeszített és mérsékelt adductióban van. A tartási rendellenesség mesterségesen legyőzhető, de utána az ujjak azonnal rugalmasan visszaugranak elöbb leirt helyzetükbe. A belső szervek részéről kóros nincs. *Idegrendszer:* Szemei állandó conjugált deviatióban balra lefelé tekintenek, felszólításra sem jobbra, sem fel, vagy lefelé mozdítani nem tudja őket. Chloraethyles altatásban szemgolyói jobbra-fölfelé átcsapnak, ébredéskor azonban nyomban elfoglalják előbbi helyzetüket. A szembogarak tágak, a jobb valamivel tágabb mint a bal, fényre mindkettő kissé renyhébben, közepes terjedelemben reagál. Cornealis reflex m. o. kiváltható. Mozgató trigeminus működése jó. Masseter reflex m. o. kiváltható. A j. o. orr-ajakredő elsimultabb, a jobb szájzug mimikai és akaratlagos be-

idegzésekor egyaránt elmarad, egyébként az arcidegek beidegzése jó. Nyelve kiöltve jobbra térül, mozgásai szabadok. A lágyszájpad jobb ive lecsüng, nyelvcsap jobbra tekint. Garatreflex csak baloldalról váltható ki. *Testmotorium:* Fejét jobbra csavarva tartja. Járáskor jobb lábát kissé csusztatja, a jobb kar együttmozgásai csökkentek. Behunyt szemmel sem megállni, sem járni nem tud, azonnal jobbrahátra zuhan. J. o. hemiataxiája a térd- sarokkisérletkor is feltünő. J. o. végtagok tonusa fokozott, még pedig a felső végtagon hajlitásos és feszítéses jellegű, az alsón feszítéses jellegű, a tonusfokozódás. Szorítóerő j. o. 10, b. o. 40 kg. *Reflexek:* A felső végtagi reflexek m. o. egyformán kiválthatók, Mayer reflex j. o. kissé csökkent. Has- és cremaster-reflex j. o. csökkent. Patella és Achilles inferlex j. o. fokozott, b. o. élénk. Jobb lábon Babinski-, Oppenheim-, Gordon-, Schäfer-, Stransky-r. positiv. A jobb kéz ujjaiban a bal kéz beidegzése alkalmával finom athetoid akaratlan mozgások jelentkeznek. *Sensorium és testérzékenység:* Látásélesség nagyfokban csökkent. Jobb szemen csak fénylátás van. Szemfenék ép. Szinlátás jó. Látótér nagyfokban beszűkült. N. VII. r. cochlearis: j. o. ∅ b. o.: ad concham. Tömkelegvizsgálat: bal vestibularis nem ingerelhető, j. o. 2 percig tartó. I. f. nystagmus. Izérzés a nyelv jobbfelén hiányzik, balfelén jó. Szaglás: j. o. nagyfokban csökkent, b. o. jó. A jobb testfélen végig a trigeminus területére is kiterjedően a középvonalat kissé tullépő érzéketlenség, amely tapintásra, szúrásra, melegre, mélynyomásra, bőrmozgásérzésre vonatkozóan teljes, a hidegérzést azonban a beteg hyperpathiásan kellemetlenebbnek, erősebbnek jelzi, mint az ép bal testfélen. Ugyancsak hiányzik j. o. a vibratiós érzés, valamint az izületek helyzet- és mozgásérzése. A jobb hüvelyk- és mutatóujj mozgásait a beteg néha helyesen jelzi. Az érzéstelenség a pofa nyálkahártyára, a szájpadra és garatívre is kiterjed. A testüregek körül megkiméltség „Aussparung" nincsen. Jobb tenyéren és talpon mérsékelt hyperhydrosis. Folyadékfelvétel napi kb. 3 liter. Nagyfokú álmatlanság, amely csak erős altatókkal szüntethető. Hizásra való hajlam. Beszéd, praxis és gnosis rendben. Vér ,liquor és vizeletvizsgálat mindenben negativ. A betegen időnként — főképpen lelki kiváltó okhoz társulva — működéses jellegű rohamok jelentkeznek, amelyeknek a lefolyására a következő példát hozzuk: I. 14.: Egy betegtársának tréfálkozására a beteg féktelen indulatkitöréssel, majd működéses jellegű, kb. 20 percig tartó mozgási rohammal reagál: hossztengelye körül hirtelen átfordul, jobb karját és lábát felemeli, jobb mutató- és hüvelykujját behajlítja, bal kezét ökölbe szorítja, karjaival csapójellegű hirtelen mozgásokat végez, közben a hirtelen átfordulás többizben megismétlődik. Roham alatt pupillái reagálnak. Az enkephalographiás vizsgálat — egyébként ép agykamrai viszonyok mellett egyetlen kóros tünetként azt mutatja, hogy a bal-jobb irányú oldalfelvételen a látótelep hátsó conturja kissé egyenetlen és erre felül és hátul félhold alakú, kevésbbé tömött árnyék borul, amely helyzeténél fogva valószínüleg a kamrai érfonatnak felel meg. Stenvers és Schüller felvételen a b. o. sziklacsonton a por. acust. int. táján durva, csillagos törés látható (l.: 1., 2., 3. ábrát). Ágyéki enkephalographiánál mind az intergyralis űrök, mind az agyalapi üregek telődése kifogástalan.

Kórlefolyás: II. 4.: Néhány nap óta feltünik a beteg féktelen viselkedése és fokozott nemi ingerlékenysége: más betegek ágyába fekszik, hozzájuk nemileg közeledik. Tulzott mozgásbőségével és állandó hangulatemelkedettségével betegtársainak terhére van. Előfordul, hogy egyik ágyból a másikba ugrik, hempereg, máskor az ajtó mögött megbujva az arramenő orvost vagy ápolót játékosan megijeszti. Időnként kifejezett kényszernevetések mutatkoznak, amelyeket néha enyhébb vagy súlyosabb, az ismertetett typusnak megfelelő roham kisér. III. 10. A conjugált tekintési görcs csökkenő irányzatú, jelenleg felszólításra is, önként is már a középvonalig tud tekinteni és a szemgolyók fel és lefelé is elmozdulnak. — Ugyancsak javult a beteg látásélessége: jelenleg mérsékelt hypermetropiáját kiegyenlítő üveggel ir, olvas. Jobb szemmel alakot állítása szerint még most sem lát. A bal szemen j. o. hemianopsia mutatható ki. A jobb kéz hüvelyk- és mutatóujján mind a felületes, mind a mély érzékenység visszatérőben van. Egyéb változás az idegrendszeri leletben nincs, de felemlítendő, hogy február első napjai óta gynaekomastia van kifejlődőben: először a kóros jobboldalon az emlőbimbó táján a beteg önkéntes és nyomási fájdalmakról panaszkodott, ezzel egyidejüleg a j. o. emlő tája fokozatosan elődomborodott és benne mirigyszövet vált tapinthatóvá; kb. 2 hét mulva ugyanez a folyamat a b. o. emlőben is megindult (l. 4. ábra).

Az eset kórtüneteit röviden a következőkben lehet csoportosítani: 1. Tekintési görcs balra; 2. A jobb szemen amaurosis, a bal szemen j. o. hemianopsia; N. VIII.: j. o. cochlearis ∅, vestibularis ingerelhető; b. o. cochlearis hypaesthesiás, vestibularis ∅; 3. A vizanyagcsere megváltozása, nemi átalakulás, másodlagos nemi jelleg változása, hizás (felvétele óta 72.2-ről 76.2 kg-ra hizott), j. o. mérsékelten fokozott verejtékezés; 4. Jellemváltozás: *a)* „apache type" *b)* indulati görcsrohamok; 5. Látótér-tünetegyüttes, úgy mint: j. o. felületes és mély érzéstelenség, hemiataxia, hyperpathia hidegre, thalamus kéz és mérsékelt pyramissérülés tünetei.

A kép tüneti elemzésekor és góchatározási törekvéseinkben természetesen figyelemmel kell lennünk az erőművi behatás helyére és a röntgenologiailag kimutatható változásokra. Az erőművi behatás helye, amint említettük, a j. o. fali-halántéki táj; a röntgenologiai elváltozások a következők: 1. j. o. a halántékcsontról a koponyaalapra, 2. b. o. a falcsontról a nyakszirtcsontra haladó törési vonal és végül 3. b. o. a sziklacsont csucsán kimutatható csillagos törés. Ha a felsorolt elváltozások mellett feltesszük még, hogy a sérülés következtében a b. o. art. cerebr. post.-ból eredő art. thalamogeniculata megrepedt, amely art. *Duret, Poppi, Foix* és *Hillemand* kutatásai szerint a látótelep hátsó-oldalsó részét látja el, még pedig alulról felfelé kb. félmagasságig, tehát elsősorban az oldalsó látótelepmag területét, amely az érzőpályák átcsatolási helye, — akkor az esetünkben feltalálható összes tünetek kellő magyarázatot nyernek még pedig a következőképpen:

1. A balra néző tekintési görcsöt úgy fogjuk fel, mint az erőművi behatás helyén beálló sérülés közvetlen következményét, vagyis mint a j. o. halánték-nyakszirti vidéken lévő hátsó tekintési központ izgalmi jelenségét. Ennek a központnak az izgalma tudvalevően ellentétes irányú conjugált tekintésű görcsöt hoz létre. Emellett a magyarázat mellett szól, illetve a conjugált deviatiónak izgalmi jellegét bizonyítja az az észlelet, hogy altatáskor a szemgolyók az ellentétes irányba csaptak át: ugyanis amig enyhe sérülés a kérgi tekintési központnak izgalmat jelent, ez az altatáskor mint locus minoris resistentiae szerepel, aminek következményeként a tuloldali tekintési központ hatása tulsúlyba jut. 2. A jobb szem amaurosisát és a bal szem j. o. hemianopsiáját a kétoldali koponyaalapi repedéssel magyarázzuk, illetve az ezáltal keletkezett intermeningealis vérömleny nyomása által előálló ártalomra vezetjük vissza. Megfelelően annak, hogy a b. o. koponyaalapi sérülés sokkal súlyosabb, amint ezt a röntgenkép bizonyítja, a bal tractus teljes sérülése teendő fel, mig a j. o. halántékcsontról a koponyaalapra terjedő repedés valószinüleg csupán a j. o. tractus oldalsó rost-kötegét bántalmazta. Ez a feltevés teljes magyarázatát adja a j. o. hemianopsiának és a jobb szemen a b. o. látótérfél kiesésének is. Ugyancsak a közvetlen többszörös agyalapi repedéssel kell magyaráznunk a n. VIII. részéről fennálló kétoldali kieséseket. Természetesen ezek a kiesések maradandó elváltozásoknak tekintendők, hiszen a sérülés óta és következtében a porus acusticus internus környékén már scleroticus csontlécek képződtek, amelyek az idegtörzsekre nyomást gyakorolnak. 3. Az anyagcsere megváltozása, a nemi zavarok, a másodlagos nemi jelleg megváltozása és a j. o. verejtékezés tünetei egyaránt az agylapi hypothalamus-structurák sérülésére, illetve működési zavarára utalnak. A nemi zavarokat illetően elegendő *Falta* és *Cushing* eseteire utalnunk, valamint a dystrophia adiposo-genitalis kórképére. Ismeretes, hogy az utóbbi kórkép létrehozásában a látótelep alatti központok is fontos szerepet játszanak. Ugyanezt bizo-

nyítják encephalitis esetekből származó tapasztalatok is, amelyekben a hypothalamus és tubercinereum elváltozásai jellegzetes elhizásra és késői eunuchoidismusra vezettek. Különösen fontos szerepe van *Pines* és *Greving* kutatásai szerint a nucleus supraopticus-nak és ennek az agyfüggelék középső és hátsó lebenyével való összeköttetéseinek. Ezek az összeköttetések életlánc („vitale Kette") néven ismeretesek. Ennek a tractus supraopticohypophyseos-nak a létezését illetően akromegaliás eseteiben klinikánkról *Horányi* is értékes adatokat közölt, ugyanis az agyfüggelék hátsó lebenyének pusztulása következtében a nucleus supraopticusban sorvadásos jelenségek fellépését észlelte. Egyébként ismeretesek a *Rathke* f. daganat eseteiben is nemi zavarok. Az infundibulum környékének a sérülésére utal esetünkben a mérsékelt erősségű polyuria és polydipsia. Megemlíteném még, hogy *Fiessinger* is hangsúlyozza az agyfüggelék melső lebenyének poly-endokrinialis szerepét különösen a *Cushing* féle basophil adenoma kapcsán, ahol egyébként hirsutismus és virilismus is megjelenhetnek.

De az emlőmirigyekben észlelhető elváltozásokra illetve a gynaekomastia megjelenésére vonatkozóan a tobozmirigy-hatás feltevésétől sem zárkózhatunk el, különösen ha tekintetbe vesszük a b. o. látótelep hátulsó-felső területének az encephalogrammon talált változásait. *Trendelenburg* megemlíti *Mackenzie, Ott* u. *Scott,* továbbá *Hofstätter* kisérleteit, amelyek szerint szoptató macskákon és kecskéken tobozmirigy-kivonatok befecskendezésére a tejelválasztás fokozódik. Azonos irányú ez a hatás a pajzsmirigy hormonhatásával, ugyanis pajzsmirigyhiány esetén kecskéken és nyulakon a tejelválasztás csökkent volt. 4. A betegen észlelhető jellemváltozások oka — tekintettel arra, hogy itt nemcsak a hangulat és az activitás, hanem elsősorban az indulati és ösztönélet kóros megváltozásával állunk szemben — abban található, hogy esetünkben a sérülés ugyanazokat a rendszereket bántalmazta, amelyek fiatalkoruak encephalitisében az u. n. pseudo-psychopathiás tüneti képek vagy az angol szerzők által leirt „apachetype"-nek a létrehozásához vezetnek. Ezekkel a tünetekkel *Thurzó* is részletesen foglalkozik ismert encephalitis-monographiájában. Tekintettel arra, hogy a traumatisatio itt is egy még nem teljesen kifejlődött agyra hatott, érthető, hogy az előálló reactio a gyermeki encephalitisek jellemváltozásainak és hypermetamorphotikus állapotainak a vonalába esik. Ezzel lenne magyarázható a beteg súlyos alvászavara és éjtszakai nyugtalansága is, amely jelenleg csak scopolaminnal szüntethető. Végül 5. a j. o. felületes és mély érzéketlenség, a jelzett hyperpathia hidegingerekre, a thalamus-kéz és a j. o. mérsékelt pyramistünetek egyaránt a b. o. látótelep ventrolateralis magterületének a sérülésére illetve minden valószinüséggel a b. o. art. thalamo-geniculata vérzésére utalnak. *P. Schuster* 7 esetében az art. thalamo-geniculata sérülésére fellépő lágyuláskor azt észlelte, hogy a lágyulás a belső toknak a látóteleppel határos részére is ráterjed egy sarlóalakú keskeny csik formájában. A tünetegyüttest a *Benedek* és *Thurzó, Chavany-Lévy* f. ál látótelep tünetegyüttestől elkülöníti a hypotonia és a kérgi góctünetek hiánya, valamint a hyperpathiának — bár csak jelzett formában való — jelenléte. Minthogy a látótelep tünetegyüttes agyalapi törés után meglehetősen ritka, felemlítjük *Benedek* és *Kulcsár* esetét, akik egy 16 éves fiatalemberen agyalapi törés után a látótelep tünetek *Déjerine-Roussy* által leírt alakjának a megjelenését észlelték, bár esetüket a nyakszirti lebeny együttes bántalmazottságára utaló tünetek is szinezték. Külön rá kell mutatnunk *Foerster*-rel szemben arra, hogy a hemianaesthesia esetünkben nem járt a testnyilások körüli tájak megkimélésével. Viszont megfelel *Foerster* észleleteinek az a tapasztalatunk, hogy a felső végtag singcsonti oldala az érzészavarban nagyobb mértékben szerepel, mint az orsócsonti, ugyanis az utóbbi hetekben a kéz orsócsonti részén az érzés visszatérése volt észlelhető.

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

Endokrin betegségekben végzett serumfehérje-vizsgálatok.

Irta: *Podhradszky Lajos dr.*

Myxoedemás betegek serumfehérjéire vonatkozó vizsgálataim (O. H. 1937.) azzal az eredménnyel zárultak, hogy ebben a betegségben a serum redukált kolloidosmosisnyomása az átlagosnál alacsonyabb. Azt találtam ugyanis, hogy rendes körülmények között a serum albumin-concentratiója és a redukált kolloidosmosisnyomás közti összefüggés a $p = 5.2A + 21.1 \pm 1.5$ egyenlettel fejezhető ki, myxoedemás serumokra pedig a $p = 4.0 A + 21.7 \pm 1.9$ egyenlet áll fenn. A nyomáscsökkenés oka a második egyenlet szerint az albumin specifikus nyomásának megváltozásában kereshető. (Egyenleteim kiszámításában *Wells* és munkatársainak gondolatmenetét követtem.) E vizsgálatok alatt néhány észlelésem arra útalt, hogy más endokrin betegségben is lehet a serumfehérjék viselkedése a rendestől eltérő. Ezek után most nagyobb és az endokrin mirigyek betegségeit szélesebben felölelő anyagon igyekeztem újabb adatok birtokába jutni. Biztosan endokrin eredetü betegségek mellett olyan kórformákat is vizsgáltam, amelyekben a pluriglandularis endokrin eredet valószínünek látszik, de véglegesen még nem bizonyított (myasthenia, sclerodermia).

Eljárásom ugyanaz volt, amelyet előző közleményemben már ismertettem.

A vizsgált kórformákat és az esetek számát az alábbi táblázat foglalja össze:

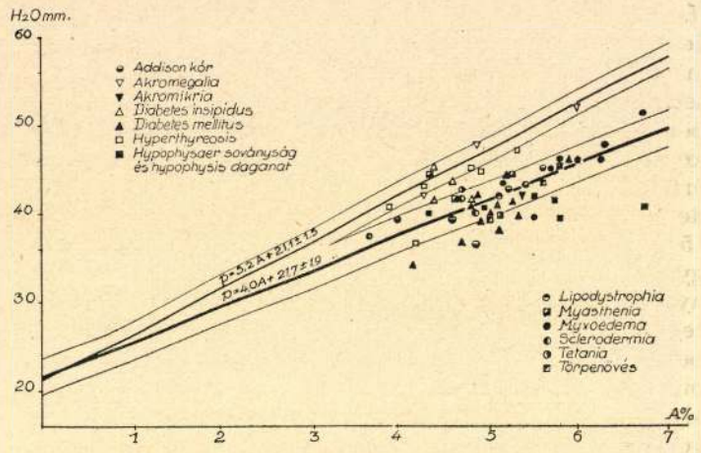
Addison-kór	6
akromegalia	3
akromikria	1
diabetes isipidus	4
diabetes mellitus	12
hyperthyreosis	6
hypophysis tumor	1
hypophysaer soványság	5
lipodystrophia	1
myasthenia	4
myxoedema	3
sclerodermia	3
tetania	1
törpenövés	2
összesen:	52

Az egyes reducalt nyomásértékeknek a normálegyeneshez ($p = 5.2 A + 21.1 \pm 1.5$) való viszonyát az 1. sz. ábra tünteti fel (az ábrába berajzoltan előző közleményem 5 myxoedemás nyomásértékét is).

A redukált nyomás viselkedése szerint a fenti kórformák 3 csoportba oszthatók:

1. A betegségek egy részében a redukált kolloidosmosisnyomás minden esetben, vagy csak csekély kivétellel a myxoedemára jellemző egyenlet szóródási területébe, illetőleg még ez alá esett. Ide tartozó kórformák az Addison, az akromikria, a diabetes mellitus, a hypophysaer soványság, a hypophysis tumor, a lipodystrophia, a myxoedema, a sclerodermia és a törpenövések. Ugyancsak csökkent nyomást találtam 4 myastheniás

esetem közül 3-ban, 1 beteg serumából azonban — aki úgyan a vizsgálat alatt subjective panaszmentes és klinikailag is jó állapotban volt — normális értéket kaptam. (Ugyanez a beteg egy évvel később rossz állapotban újra vizsgálatra került és ekkor határozottan csökkent volt redukált nyomása.)



1. ábra.

2. Néhány kórformában részben rendes, részben csökkent nyomást találtam. Igy diabetes insipidusos betegeimben 4 eset közül 2-ben rendes nyomást mértem, 1 eset a normális és kóros szóródási területek közé esik, 1-ből pedig határozottan alacsony, a többi endokrin betegséghez hasonló redukált nyomásértéket kaptam. Egyetlen tetaniás betegem nyomásértéke a szabályos és kóros szóródási területek közé esik.

3. Mindig, vagy csak kevés kivétellel rendes nyomásviszonyokat találtam akromegaliában és hyperthyreosisban.

Ezt a csoportosítást aszerint végeztem, hogy a redukált nyomás értéke beleesett-e abba a szóródási területbe, amelyet myxoedemás serumokra vonatkozó egyenletem megjelöl. Lehetséges, hogy ez a felosztás nem is egészen helyes. Megfelelőbb lenne talán csökkent nyomásunak minősíteni mindazon eseteket, amelyek a normális nyomásegyenlet szóródási területe *alá* esnek. Hogy még sem ezen az alapon osztályoztam eredményeimet, annak oka az, hogy az újabb vizsgálataimból származó pathologiás nyomásértékek legnagyobb része a myxoedemás értékek szóródási területébe, illetőleg még ennél is mélyebbre esik és bár az újabban mért rendes értékek is kivétel nélkül az eredetileg számíteott normálegyenlet szóródási területébe esnek, — az esetek nagyobb száma miatt a két egyenlet közül a patholgoiás értékek egyenletének szóródási területe jobban elhatárolt, mint az egészségeseké.

A redukált kolloidosmosisnyomás csökkenése a serumfehérjék, nevezetesen az albuminfractio minőségi változásának következménye. Emellett a minőségi változás mellett sok esetben mennyiségi változásokat is észleltem. A mennyiségi változás vonatkozhatik a serum összesfehérje tartalmára, vagy pedig az albumin-globulin fractiók arányára. Az összesfehérje tartalomban észlelt változás mindig fehérjeszaporulat volt (fokozott fehérjetartalomnak a 8.5% feletti értékeket vettem), a fehérje fractiók arányában viszont mind az albumin, mind pedig a globulin fractiók felé való eltolódást is észleltem. (Vizsgálataim szerint rendes körülmények között az A/G hányados értéke 1 és 2 közé esik; 1 alatt tehát fokozott globulin, 2 felett fokozott albumintartalomról beszélhetünk.)

I. TÁBLÁZAT.

Szám	Nem	Kor	Prot. %	A/G	Red. nyom. csökkent	norm.	Megjegyzés:
				Addison-kór:			
1	fi	35	8.7	1.8	+		Resp. —19%
2	nő	30	8.8	1.2	+		
3	fi	32	8.8	1.1	+		Resp. —15%
4	fi	57	9.9	1.0	+		
5	nő	37	8.4	0.9	+		
6	fi	22	8.3	1.9	+		Resp. —28%
				Akromegalia:			
1	fi	55	9.5	1.7		+	
2	nő	54	8.8	1.2		+	
3	nő	40	7.9	1.9		+	
				Akromikria:			
1	nő	33	8.5	1.7	+		Resp. —16%
				Diabetes insipidus:			
1	nő	30	7.8	1.3		+	
2	nő	45	8.1	1.2	+		
3	fi	37	7.5	1.4	±	±	
4	nő	50	8.3	1.2		+	
				Diabetes mellitus:			
1	nő	62	9.1	1.3	+		Vércukor 230 mg%
2	nő	70	8.4	1.5	+		„ 250 „
3	nő	65	9.2	0.8	+		„ 210 „
4	nő	22	8.9	1.5	+		„ 330 „
5	nő	46	7.9	1.6	+		„ 270 „
6	nő	43	8.0	1.6	+		„ 333 „
7	nő	62	8.7	1.2	+		„ 284 „
8	nő	60	8.0	2.0	+		„ 222 „
9	nő	18	8.5	1.6	+		„ 450 „
10	fi	47	9.3	1.8	+		„ 253 „
11	fi	63	8.8	1.4	+		„ 391 „
12	fi	52	8.7	1.2	+		„ 310 „
				Hyperthyreosis:			
1	nő	45	7.6	1.7		+	Resp. +15%
2	fi	37	7.0	1.6		+	„ +30%
3	nő	40	8.2	1.5		+	„ +41%
4	nő	52	7.2	1.4	+		„ +65%
5	nő	45	8.8	1.5		+	„ +105%
6	nő	22	6.9	1.3		+	„ +105%
				Hypophysaer cachexia:			
1	nő	38	8.3	2.4	+		Resp. —12%
2	fi	32	8.5	3.9	+		„ —24%
3	nő	42	8.5	1.8	+		
4	fi	24	7.0	2.4	+		„ —20%
5	nő	40	7.5	1.4	+		„ —12%
6	nő	40	7.5	1.5	+		„ —12%
				Hypophysis tumor:			
1	fi	49	9.1	1.7	+		
				Lipodystrophia:			
1	nő	40	8.3	1.6	+		Resp. +5%
				Myasthenia:			
1	nő	30	7.2	1.9	+		
2	fi	35	6.8	1.8		+	Ugyanazon beteg először
2/a	fi	36	8.0	1.8	+		jó, másodszor rossz áll.
3	nő	32	8.0	1.8	+		
4	nő	54	10.2	1.3	+		
				Myxoedema:			
1	fi	48	9.1	1.8	+		Resp. —26%
2	nő	56	9.3	1.3	+		„ —30%
3	nő	50	9.5	1.5	+		„ — 2%
				Sklerodermia:			
1	nő	35	8.9	1,2	+		
2	nő	32	7.5	1.7	+		
3	nő	40	7.7	0.9	+		
				Tetania:			
1	fi	40	8.1	1.4	±	±	
				Törpenövések:			
1	fi	34	9.2	1.6	+		Resp. —20%, myxo. jell.
2	fi	30	7.6	1.9	+		„ —29% hypo. jell.

A vizsgált betegek jellemző adatait az 1. sz. táblázat tartalmazza. Ez a táblázat azt mutatja, hogy a csökkent redukált nyomásban megnyilvánuló minőségi változás együtt járhat ugyan fehérjeszaporulattal vagy a fractiók arányának megváltozásával, de korántsem találhatók meg mindig egyszerre.

Az egyes kórformákon belül a therapiás beavatkozások vagy a spontán változások alatt változik a fehérjék viselkedése is. E változások lényege abban foglalható össze, hogy a redukált kolloidosmosisnyomás értéke mindannyiszor közeledik a szabályos felé, valahányszor a klinikai kép javul. A normális redukált nyomáshoz való közeledés kétféleképen történhetik:

1. Nő az albumin specifikus nyomása. Ebben az esetben a szabályoshoz való közeledés független az albumin töménységétől.

Az albumin specificus nyomása nem, vagy csak kevéssé változik, de csökken az albumin concentratiója; minthogy pedig a töménység és a csökkent reducált nyomás közötti összefüggést mennyiségtanilag egy olyan egyenlettel lehet kifejezni, amely a rendes viszonyokra érvényes egyenlettől számottevően csak az albumin töménység együtthatójában különbözik (p norm. = 5.2 A + 21.1, p myx. = 4.0 A + 21.7), nyilvánvaló, hogy kisebb albuminconcentratio esetén a rendestől eltérés is kisebb, mint nagyobb albumin töménység mellett. A concentratio fokozása közben a csaknem egy pontból induló nyomás-egyenesek távolodnak egymástól.

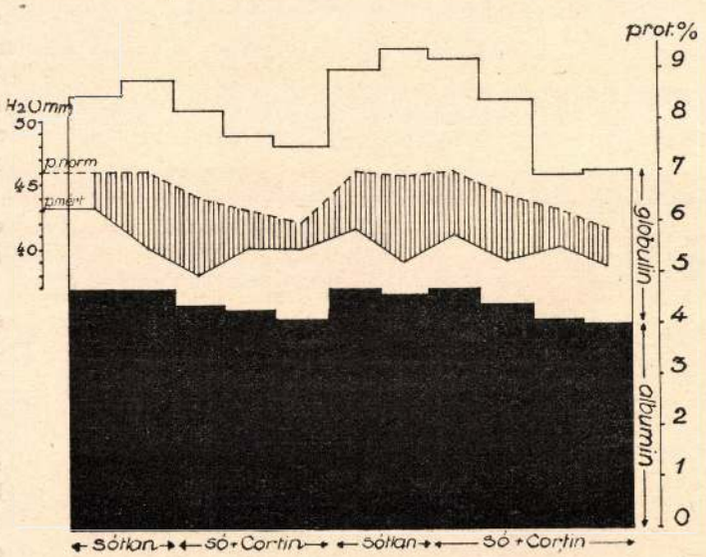
A valóságban a fenti két elméleti lehetőség különkülön nem szerepel. Az albumin specifikus nyomása kisebb-nagyobb fokban mindig emelkedik akkor, ha a betegség javulása közben a serum összfehérje tartalma vagy a fractiók partialis törménységének aránya megváltozik. A normalis reducált nyomáshoz közeledés gyakrabban úgy történik, hogy az albumin töménysége csökken és ezzel egyidőben specifikus nyomás is nő. Néha a specifikus nyomás változása áll előtérben, máskor a mennyiségi változások a kifejezettebbek.

A klinikai kép romlását a rendes, reducált nyomástól távolodás követi. Ebben a folyamatban — épen úgy, mint javuláskor a szabályozhos közeledésben — qualitativ és quantitativ változások együtt szerepelnek, leggyakrabban úgy, hogy az albumin megszaporodik és egyidejüleg specifikus nyomása is csökken.

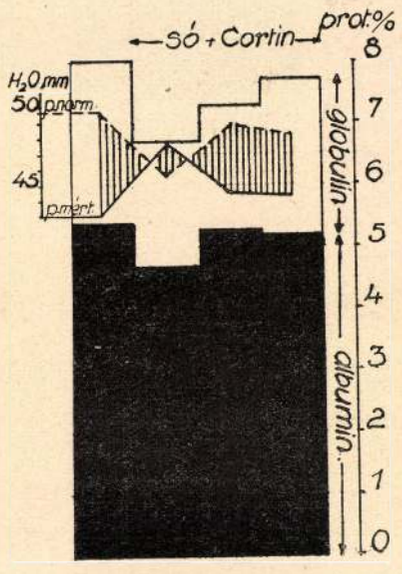
A globulinfractio viselkedése és a nyomásváltozás között összefüggést nem találtam. A globulinok mennyisége általában elég tág határok között változik, de a nyomásváltozást szabálytalanul egyszer a globulinok szaporodása, máskor ismét megfogyásuk kiséri.

A következőkben kórformánként, részletezve ismertetem az eddig általánosságban elmondottakat.

Addison-kór. Akkor, amikor a betegek kezelésben még nem részesültek, valamennyiben 8% felett volt a serum fehérjetartalma. A nagy fehérjetartalom oka — legalább részben — az ezen betegségben nagyon gyakran megtalálható exsiccosis. Az A/G hányados értéke 4 betegben kicsiny, 2 betegben inkább nagy. Mellékvesekéreghormon (Cortin) és konyhasó adagolásakor a beteg seruma higul, tehát a fehérjetöménység csökken és eközben a beteg állapota is javul. A serum higulása közben a fehérjefractiók viszonylagos értéke is eltolódik az albumin felé, (az albumin mennyisége ugyanis alig, a globulinoké viszont lényegesen csökken), a reducált colloidosmosis nyomás pedig az albumin specifikus nyomásának növekedése következtében a rendeshez közeledik. Ennek éppen a fordítottját látjuk akkor, ha nem adunk kéreghormont és sómentesen tápláljuk a beteget. Ilyenkor ugyanis besűrűsödés következtében a serum fehérjeconcentratiója jelentősen megnő, de ez a folyamat sem csupán besűrűsüdés, mert a globulinok szaporodása az albuminokénál sokkal nagyobb fokú és ezért az A/G hányados értéke jelentékenyen megkisebbedhetik, a reducált kolloidosmosisnyomás értéke pedig mindig csökken. Egyik betegünkben klinikai tartózkodása alatt a betegség és a gyógykezelés különböző stadiumaiban összesen 11 meghatározást végeztem. Ezeknek a meghatározásoknak rajzos ábrázolása két egymást követő sorozatban azonos változásokkal szemlélteti a fent elmondottakat (2/a ábra.) Egy másik betegben a gyógykezelés kezdetén a reducált nyomás növekedése oly nagyfokú volt, hogy a megfelelő normalértéket meg is haladta; később a nyomás is csökkent, de a kezelés tartama alatt (heti 2x5 ccm cortin, napi 15 g. NaCl 4 hónapon át) a kezdeti értéknél sokkal nagyobb maradt. Az összfehérjetartalom és az A/G hányados itt is hasonlóan viselkedett, mint az előző betegben (2/b ábra.) A rossz állapotban lévő addisonos beteg serumában tehát mindig megszaporodtak a globulinok, akár kicsiny (általában úgy látszik ez az eset áll fenn), akár nagy az A/G hányados értéke. Az orvosló beavatkozások hatása alatt bekövetkezett higulás mindig viszonylagos albuminszaporulattal (a globulinok megfogynak, az A/G quotiens értéke nő) és a reducált kolloidosmosisnyomás növekedésével jár együtt.



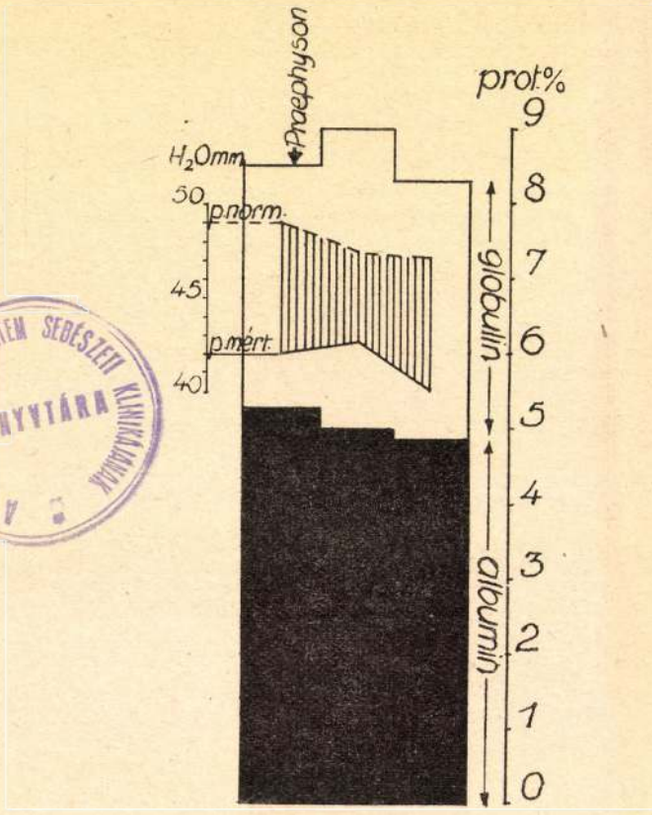
2/a. ábra.



2/b. ábra.

Akromegalia. A fehérjetartalom két esetben nagy, egy esetben rendes, rendes az A/G hányados is és az albumin rendes specifikus nyomásának megfelel, tehát nem csökkent a reducált kolloidosmosisnyomás.

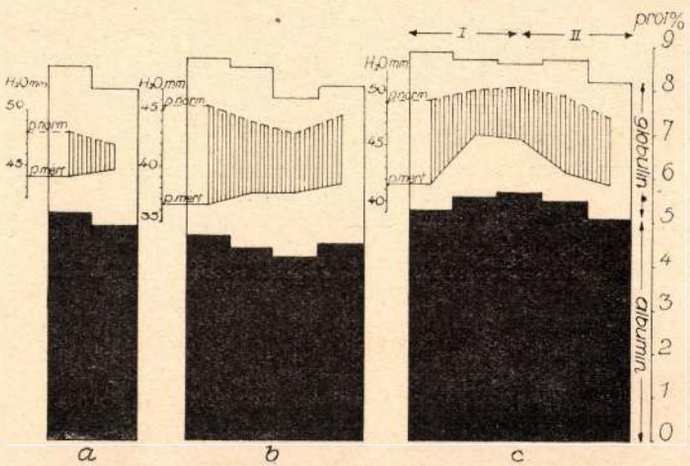
Akromikria. Ezt a ritka betegséget egy esetben láttuk. Felvételkor 8.5% serumfehérje mellett az A/G hányados értéke 1.7, a reducált kolloidosmosisnyomás pedig határozottan alacsony volt. A beteg hypophysis elülsőlebeny (preaphyson) kezelésben részesült. Csaknem 1 esztendei klinikai ápolás után az eredetileg igen leromlott beteg kb. 20 kg-ot hízott, megerősödött. Távozásakor 8.3% fehérjetartalom mellett az A/G hányados értéke 1.4, a reducált kolloidosmosisnyomás pedig továbbra is a szabályosnál tetemesen kisebb maradt, csak az albumin töménységének változását követte. Végeredményben tehát az albumin specificus nyomása a kezelés végén ugyanolyan volt, mint a kezelés elején. A kezelés alatt sokszor kezdetben nőtt a serum fehérjetartalma, ugyanakkor az albumin-töménység esett, a reducált nyomás értéke pedig növekedett. (3. ábra.) Átmenetileg tehát minőségi változást is okozott a praephyson-kezelés. A hypophysis elülső lebenyének ehhez hasonló, de még kifejezettebb hatását más esetben is észleltem.



3. ábra.

Diaebetes insipidus. Baráth és *Weiner* adatai szerint diabetes insipidusban rendes fehérjetartalom és A/G hányados mellett az absolut és a reducált kolloidosmosisnyomás is lényegesen meghaladja az illető fehérjetöménységnek megfelelő normalértéket. (Eredményeik értékelésében *Farkas* adatait vették alapul). Hypophysis kezelés után az értékeket ismét rendesnek találták. Észleteteik alapján magyarázni próbálják a diabetes insipidusos beteg vízforgalmát is. Négy esetben én is vizsgáltam diabetes insipidusos betegek fehérjéit és kolloidosmosisnyomását. Eredményeim *Baráth* és *Weiner* adatait nem erősítik meg. A betegek serumának fehérjetartalma és az A/G hányados szabályos volt. Négy betegem közül kettőben rendes, egyben kissé talán csökkent, egyben pedig határozottan alacsony reducált nyomást találtam, az absolut nyomás pedig ennek megfelelően egyetlen esetben sem haladta meg a szabályos értéket, sőt inkább alacsonyabb volt. Egyik betegemen hypophysis-hátsólebenyes kezelés után azt találtam, hogy az eredetileg kissé csökkent nyomás kisebb lett ugyan, a nyomáscsökkenés foka azonban hibahatárok között megfelel a serum albumin-concentratiójában beállott változásnak. Fokozott nyomást tehát egyetlen esetben sem láttam, a kezelés alatti nyomáscsökkenés pedig a specifikus nyomás lényeges változása nélkül az adbumin töménység csökkenésével arányosnak látszik. Rendszeresebb vizsgálatokkal nem ellenőriztem ezt a kérdést.

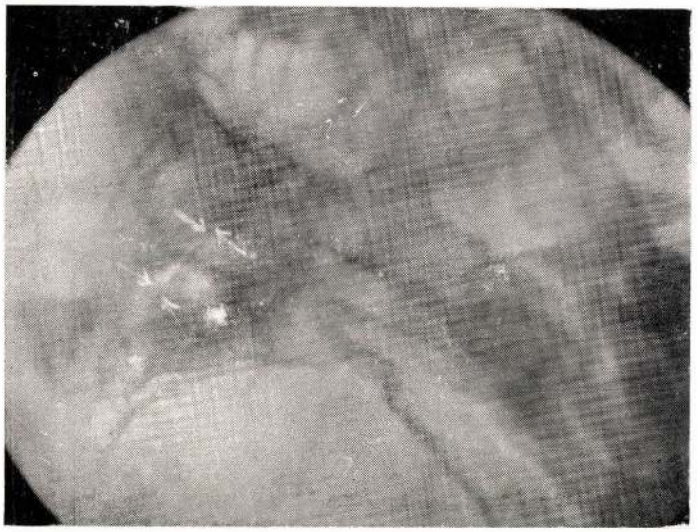
Diabetes mellitus. Csaknem valamennyi cukorbajos betegem savója nagyobb fehérjetartalmú, rendes A/G hányadosú és csökkent redukált colloidosmosisnyomású volt. A fehérjetartalom foka nem mutat összefüggést sem az életkorral, sem a baj súlyosságával. A nagyobb fehérjetartalom valószínűleg részben besűrűsödés következménye, mert hiszen valamennyi vérvételem éhgyomorra, az első insulinadag előtt történt. A redukált nyomásértékek nagyobbrészt igen kicsinyek. Insulinkezeléssel és megfelelő étrenddel cukormentessé tett betegek redukált nyomása a szabályos felé közeledik. A kezelés alatt ellenőrzött 3 beteg közül 2 seruma — egy 18 éves nő- és egy 50 éves férfibetegé — lényegében egyformán viselkedett: a savó fehérjetartalma csökkent, az A/G hányados lényegesen nem változott, a redukált nyomás pedig a rendes felé közeledett. A változások a fiatal betegen sokkal kifejezettebbek (4/a és 4/b ábra). A harmadik beteg 22 éves nő volt, betegsége hirtelen, nagy cukor- és acetonkiürítéssel kezdődött. E betegben az összfehérjemennyiség a kezelés alatt alig változott, az albumin mennyisége azonban jelentősen növekedett. A redukált nyomásnak a szabályos felé közeledése itt is jelentékenyebb, mint az idősebb betegnél (4/c ábra I.). Néhány hónapi cukormentesség után állapota ismét romlott. A rosszabbodás alatt újra szaporodott serumának összfehérjetartalma, albuminja megfogyott, redukált nyomása csökkent. Kezelés után a fehérjetartalom ismét csökkent, az A/G hányahos azonban számottevően most már nem változott és a redukált nyomás növekedése sem olyan határozott, mint az első kezelés után (4/c ábra, II.).



4. ábra.

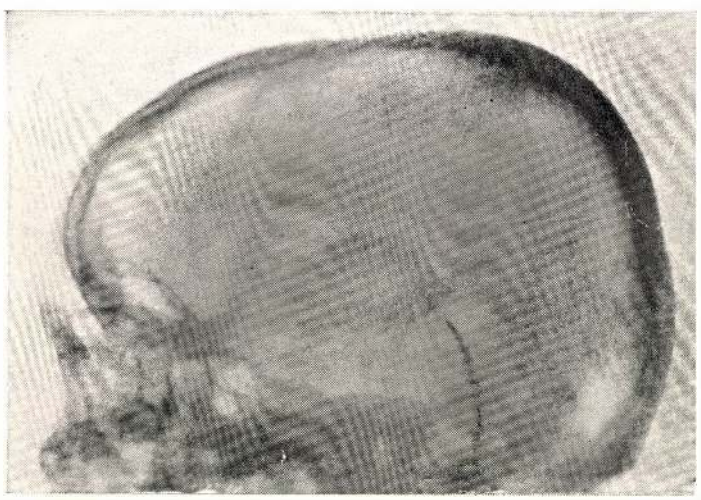
Hyperthyreosis. Hyperthyreosisos betegeimben rendes, vagy alig nagyobb összfehérjetartalmat, rendes A/G hányadost és 1 kivétellel szabályos, vagy csak alig kisebb redukált colloidosmosisnyomást találtam. A be-

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

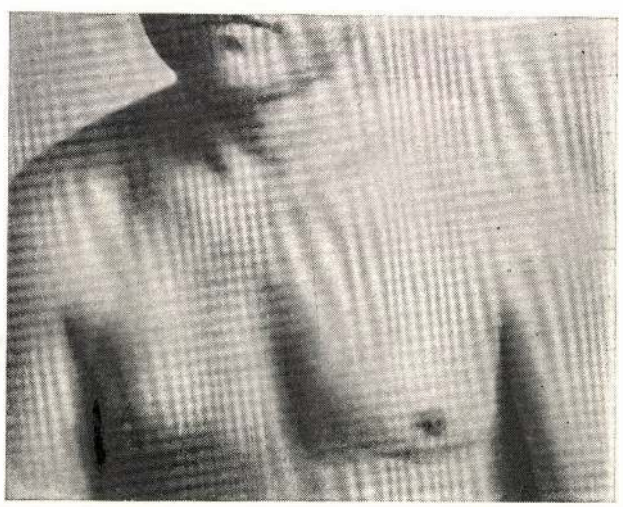


1. ábra. *Schüller* felvétel a b. sziklacsontról: Durva csillagos törés a por. acust. int. környékén.

2. ábra. D—S irányú enkephalogramm: A látótelep-contur ép.



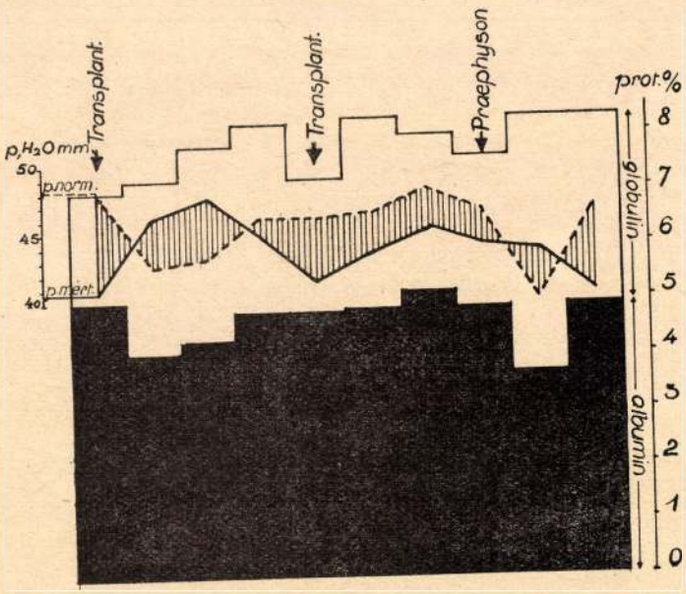
3. ábra. S—D irányú enkephalogramm: A látótelep conturja hátul és alul egyenetlen és a plexus chorioideus vérzése következtében megnagyobbodott.



4. ábra. Kezdődő gynaekomastia, különösen j o.

tegek 2 kivétellel jó állapotban voltak, inkább könnyű hyperthyreosisuk volt. A két súlyosabb állapotban lévő beteg közül az egyikben csökkent redukált nyomást találtam. Sokkal súlyosabb állapotban volt azonban a második beteg (alapanyagcsere +105%, remegés, nagy fogyás, 104-es pulsus), akin csaknem egészen szabályos redukált nyomást találtam. Gyógyító beavatkozások hatását nem ellenőriztem.

Hypophysaer soványság. Sem a fehérjetartalom, sem az A/G hányados tekintetében nem viselkedtek egységesen ezek a betegek, mert 5 esetem között egyaránt találtam szabályos és növekedett értékeket. A redukált nyomást azonban valamennyi betegen igen alacsonynak találtam. Az összes vizsgált esetek között a legkisebb értékek ezekből a betegekből származnak. Szoros összefüggés a redukált nyomás értéke, a fehérjetartalom, az A/G hányados, az anyagcsere és a klinikai kép súlyossága között nincsen. A nyomáscsökkenés foka az albumin töménység növekedésével egyre nagyobb lesz, még pedig olyanformán, mintha a redukált nyomásnak állandó, a fehérjetöménységtől független értéke volna ($p = xA + y = const.$). Mind az öt redukált nyomásérték 39.5 és 42 mm. közé esik, miközben az albumintöménység 4.35 és 6.75% között váltakozik. vagyis 4.35% albumin mellett a redukált nyomás kb. ugyanakkora, mint 6.75% mellett (lásd 1. ábrát). Egyik igen rossz állapotban lévő betegünkön kétízben hypophysis átültetést végeztünk. Sem az átültetések, majd ennek eredménytelensége után a bőségesen adott hypophysis elülsőlebeny-hormon sem változtatott sokat a beteg állapotán, a serumfehérjék azonban igen jelentős mennyiségi és minőségi változásokon estek át (5.



5. ábra.

ábra). Az első transplantatio után a savó fehérjetartalma globulinszaporodás következtében nőtt, az albumintöménység viszont csökkent, úgy hogy az A/G hányados 2.5-ről 1.2-re esett, a redukált nyomás pedig ennek ellenére a rendes fölé emelkedett. Kb. 5 hét múltán valamennyi érték ismét visszatért a kiinduló pontra. A most végzett második transplantatio után globulinszaporodás következtében ismét nőtt a fehérjetartalom, az albuminconcentratio azonban csökkenés helyett szintén inkább kissé növekedett. A redukált nyomás nő, de nagyfokú, a szabályost is meghaladó nyomásfokozódás helyett, mint amely az első transplantantiót követte, most csak közeledik a rendeshez, de azt el nem éri. Lényegében tehát a második transplantantiót követő fehérjeképbeli változások az első transplantatiót követőekhez hasonlítanak, csak kisebbfokúak. A második átültetés harmadik hetében a nyomás ismét csökkeni kezd, a kiindulási értéknél azonban valamivel magasabban marad néhány hétig. Hat héttel a második átültetés után nagy adagban praephysont és cortint kapott a beteg. A kezelés alatt az első transplantatióhoz teljesen hasonló változások jelentkeztek: a fehérjetartalom növekedett és ebben a növekedésben ismét csak a globulinok vesznek részt, míg az albuminconcentratio újra csökkent. A redukált nyomás azonban ennek ellenére változatlan maradt, ami pedig a csökkenő albumintöménység mellett a rendesnél jóval nagyobb értéket jelent. Az albumin specifikus nyomásának fokozódása ezekben az esetekben nyilvánvaló. Kb. 2 hét alatt — a gyógyszer további adagolása ellenére — az albumintöménység és a redukált nyomás a kiindulási értékre tért vissza, a globulinszaporulat azonban továbbrais megmaradt. Egy másik, kevésbé rossz állapotban lévő betegünkön a praephyson-nal történt kezelés hasonló elváltozásokkal járt: az A/G hányados 2.37-ről 1.58-ra csökkent, mialatt a redukált nyomás növekedett, de míg klinikailag az első beteg sem a transplantatio, sem az injectiós kezelés hatására nem javult, addig az utóbbi beteg egy fél év alatt kb. 8 kg.-ot hízott és jól is érezte magát. Akromikriás betegünkön is a praephyson-kezelés első szakaszában fehérjeszaporodás mellett az albumin csökkenését találtam (lásd ott). Ezek az észlelések azt bizonyítják, hogy a serumfehérjék mennyiségének és minőségének szabályozásában a hypophysis valamilyen irányító szerepet visz. Ezenkívül azonban még az is feltűnik, hogy a hypophysisnek a fehérjékre tett hatása átmeneti, mert akkor is, amikor állandóan nagy mennyiségben adtuk betegünknek a praephysont, a fehérjék minőségi változása mégis csak rövid ideig tartott.

Hypophysis daganat. Egyetlen hypophysis daganatos betegemen nagy fehérjetartalom és rendes A/G hányados mellett igen kis redukált nyomást találtam. Hasonlóan kicsiny nyomást észleltem a hypophysaer soványságos betegeken is. Említettem, hogy ebben a betegségben az albumintöménység növekedését látszólag nem követi a redukált nyomás fokozódása. Hypophysis daganatos betegem redukált nyomásértéke a hypophysaer soványságos értékek állandónak látszó tengelyébe esik.

Lipodystrophia. Részletesen csak egy esetet volt alkalmam vizsgálni. Ennél kb. rendes fehérjetartalom és szabályos A/G hányados mellett a redukált nyomás jó alacsony volt. Egy másik lipodystrophiás betegnek csupán összfehérjetartalmát tudom meghatározni, ez 8.7%-nak bizonyult, tehát nagyobb a rendesnél.

Myasthenia. A fehérjetartalom szempontjából a myastheniás betegek nem viselkedtek egészen egységesen. 4 esetem között egyaránt találtam igen nagy, a rendesnél valamivel magasabb és végül 2 esetben szabályos fehérjetartalmat. Az A/G hányados mind a négy esetben rendes. A redukált kolloidosmosisnyomás 3 izben alacsony, 1 izben egészen rendes volt. Ez a beteg jól érezte magát. 9 hónap mulva ugyanez a beteg ismét megfigyelés alá került, most azonban myastheniájának fokozódása következtében rossz állapotban volt. Ebben az állapotban savója 1.2%-kal több fehérjét tartalmazott, mint eredetileg, az A/G hányados azonban nem változott (1.78—1.75), a reducalt nyomás pedig most már határozottan alacsonynak bizonyult.

Myxoedema. Ujabb vizsgálataim során 3 myxoedemás beteget vizsgáltam. Mindháromban nagy fehérjetartalmat, szabályos A/G hányadost és jellegzetesen alacsony redukált kolloidosmosisnyomást találtam. A thyreoideás kezelést követő változásokat előző közleményemben már részletesen ismertettem. Itt csak annyit említek meg újra, hogy a klinikailag javuló betegnek redukált nyomása a rendes felé közeledik. A közeledés úgy történik, hogy az albumin töménysége csökken és ezzel egyidőben specifikus nyomása is növekedik.

Sklerodermia. Sklerodermiás betegeimen részben szabályos, részben magasabb fehérjét, részben rendes és részben csökkent A/G hányadost találtam. A redukált nyomás minden esetben csökkent volt. Egyik betegünk savóját sikerült sómentes étrenddel 7.65% fehérjetartalomról 8.4%-ra besüríteni. A besűrűsödés után az A/G hányados értéke alig változott (0.93-ról 0.87-re), a redukált nyomás továbbra is alacsony maradt és értéke az albumin concentratio változásával — látszólag a specifikus nyomás változása nélkül — arányos volt.

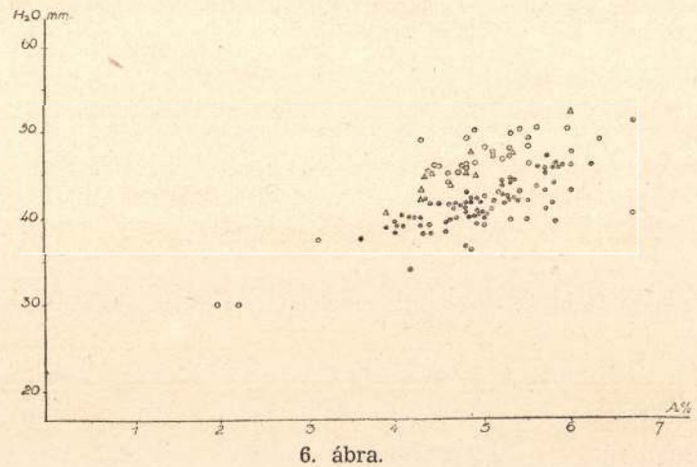
Tetania. Egyetlen tetaniás betegemben normális fehérjetartalom és A/G hányados mellett a redukált nyomás értéke a rendes és kóros értékek szóródási területe közé esik. A betegnek kifejezett tetaniája volt, a vizsgálat idejében azonban már kezelésben részesült.

Törpenővés. Két vizsgált törpénk közül az egyik thyreoideás, a másik inkább hypophysises eredetünek látszott. Az elöbbinek kolloidosmosisnyomása határozottan alacsony volt. A törpeségen kivül myxoedemája is volt (typusos bőr, alapanyagcsere —20%). Még kisebb redukált nyomást találtam azonban a hypophysaer törpénél, akinek fehérjetartalma és A/G hányadosa is rendes volt. A nála mért redukált nyomás ismét a hypophysaer soványsógos és hypophysis daganatos értékek tengelyében van.

Összefoglaló képet adni ezekből az adatokból nagyon nehéz. Az észlelt elváltozások részben minöségi (csökkent redukált, illetve sepecifikus nyomás), részben mennyiségi (összesfehérjetartalom, A/G hányados) jellegüek. A kórformák egyrészében mindkét, máskor csak az egyik formát észleltem; szigoruan nem jár együtt a kettő. Rendes vagy részben normális viselkedésű fehérjéket az összes általam vizsgált endokrin betegségek közül csak a hyperthyreosisban, az akromegaliában, és részben a diabetes insipidusban találtam. Közös tulajdonságok szerinti osztályozással ezeket a kórformákat époly kevéssé tudom összefoglalni, mint a másik oldalon azokat az endokrin betegségeket, ahol kivétel nélkül vagy csak kevés kivétellel alacsony redukált nyomást — vagy talán helyesebben meghatározva: csökkent specifikus nyomású albumint — és sok esetben mennyiségi elváltozásokat is találtam. Kétségtelen, hogy leggyakrabban ott találtam eltérést a fehérjék viselkedésében, ahol az anyagcsere csökkent volt, ez a közös vonás azonban szintén nem általános, mert hiszen + 61%-os alapanyagforgalom mellett is mértem egyik hyperthyreosisos betegemben kifejezetten alacsony nyomást. Myastheniás és diabetes mellitusos betegeink alapanyagforgalmát nem mértük, ezért nem tudom, hogy ezek a betegek a fenti csoportba sorozhatók-e; a redukált nyomás ugyanis valamennyi esetben a rendesnél alacsonyabb volt.

Az észlelt változások közül a belső elválasztásos zavarra elsősorban jellemzőnek a minőségi változást (csökkent specifikus nyomású albumin) kell tartanunk, mert hiszen a fehérjék absolut és a fehérjefractiók relativ mennyiségét más tényezők is (táplálkozás, éhezés, szomjazás, gyulladások) befolyásolhatják. De még ennek figyelembe vétele mellett is néhány esetben a mennyiségi változások is jellemzőnek látszanak: így Addisonban a globulinok felé való eltolódás (alacsony A/G hányados), diabetes mellitusban az általában jóval 8% feletti fehérjetartalom (12 esetemből számított középérték 8.65%), hypophysaer soványsógban és myxoedemában pedig az albuminszaporulatra való hajlam (nagy A/G hányados), sőt myxoedemában a nagy összesfehérjetartalom is.

A belső elválasztású mirigyek működése közötti összefüggés megnehezíti annak a kérdésnek vizsgálatát is, hogy melyik az a szerv, amelynek megváltozott működése okozója az itt ismertetett elváltozásoknak. Lehetséges, hogy nem is egy mirigy működésbeli megváltozásának, hanem a correlatio megbomlásának következménye a fehérjeképben mutatkozó változások. Észleleteimnek egy része mégis amellett szól, hogy a fehérjék minöségi és mennyiségi szabályozásában a hypophysisnek fontos szerepe van. A hypophysaer soványsógos, az akromikriás, a hypophysis daganatos betegek a hypophysaer törpe serumában erősen csökkent nyomást mértem. Ezeknek az értékeknek az elhelyeződése olyan, mintha a redukált nyomás az albumin töménység változásával egyáltalán nem, vagy csak nagyon keveset változnék, vagyis: $P/C = p = xA + y = \text{constans}$. (Az észlelések kis számra való tekintettel azonban ezt csak fenntartással állíthatom.) A hypophysis átültetésének és a hypophysis elülső lebeny készítményeinek a fehérjékre tett hatását pedig több esetben igen kifejezetten észleltem (hypophysaer soványség, akromikria). Ez a hatás jellegzetesen az albumin-concentratio csökkenésében, a globulinok szaporodásában és a redukált nyomás növekedésében nyilvánult. Ha pedig a redukált nyomás értéke az albumin specifikus nyomásától függ, akkor azt mondhatjuk, hogy a hypophysis elülsőlebeny hatására az albumin megfogy, specifikus nyomása pedig fokozódik, — esetleg annyira, hogy a rendesnél nagyobb értéket is elérhet. (l.: 5. ábra.) — A hatás tehát kétségkivül olyan, amely a fehérjéket *szerkezetükben* is éri. Myxoedemában a thyreoidea, Addison-kórban a cortin és a konyhasó hatása is hasonló, ezeknél is látunk milyenségi és mennyiségi fehérjeváltozásokat, de a specifikus nyomás növekedése nem oly tetemes, mint hypophysis hatás esetén. Ismert tény, hogy a hypophysis a belsőelválasztásos rendszerben fölérendelt szerepű mirigy (thyreo-, cortico-, gonadotrop hormonok), ezért lehetséges, hogy a belsőelválasztásos mirigyek betegségeiben a fehérjék qualitativ és quantitativ változásaiban éppen ezen kapcsolat, illetőleg ennek zavara miatt a hypophysis mindig szerepet játszik.



6. ábra.

Összefoglalás: A 6. sz. ábrán *Wells* és munkatársai elgondolása szerint készült koordinata rendszerben valamennyi endokrin és nem endokrin meghatározásomat feltüntettem. (Nem szerepelnek az ábrán azok az értékek, ahol a kezelés alatti specifikus nyomásnövekedés a normális esetek szóródási területét elérte.). A sötéten jelölt endokrin értékek jól elkülönülnek a világos normálértékektől és biztosan egy olyan egyenlet lenne kiszámítható belőlük, amelyben az albumin specifikus nyomása sokkal kisebb értékkel szerepel, mint a normálértékek egyenletében. Ennek az egyenletnek a meghatározása hiábavaló lenne, mert a különböző kórformákat megfelelő számú meghatározás esetén valószínüleg úgyis külön-külön egyenletekkel lehetne jellemezni. Az ábra csak annak bizonyítására szolgál, hogy *az endokrin betegségek egy részében a fehérjék minőségre nézve biztosan eltérnek a rendes fehérjéktől,* az eltérés oka pedig a hasonló viselkedésből következtetve a különböző betegségekben ugyanaz lehet. Ezt az okot azonban egyelőre nem ismerjük.

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

Diabetes és anaemia perniciosa.

Irta: *Halász Mihály dr.*

A diabetes és az anaemia perniciosa együttes előfordulásáról az elmult évtizedek irodalmában alig néhány közlést találunk. 1931-ben *Root* 48 esetet állított össze, 2 évvel később már 79 esetről tesz említést. Azóta *Benjamin* (1934), *Jolliffe, Brandaleone* és *Most* (1935), legutóbb *Gregor* (1937.) számolnak be észleléseikről. A pécsi belklinikán 1924. óta 2 esetben fordult elő a két betegség együttese.

I. E. J. 52 éves nő családjában sem diabetes, sem anaemia perniciósa nem volt. 1 éve menopausa. 1—1½ hónapja fennálló és rohamosan súlyosbbodó gyengeség, étvágytalanság, soványság, sápadtság és álmosság miatt jelentkezik. Vérkép: Vvs.: 1.700.000, Hgb.: 48%, Fi.: 1.4; Fvs.: 2.700. Reticulocyta 24%. Serumbilirubin 1.60 mg%. Próbareggeli fractiói achlorhydriásak, vizeletében igen csekély fehérje, reductio nincs. Wassermannja negativ. Bőre sápadt, 11 éve tartó vitiligo. Nyelve sima. Mája elérhető. Lépe nem tapintható. Idegrendszere ép. Subfebrilis időnként 38 C°-ot meghaladja. Májkészítmény hatására reticulocytakrisis 282‰ maximummal, vvs. a harmadik héten 3.100.000, Hgb.: 61%, Fi.: 1. *Ebben az időben hirtelen polydipsia, polyuria és glykosuria jelentkezett.* Az észlelés 22. napján az éhezési vércukor 385 mg% felett, vizeletben cukor és aceton. 70 g. feh., 250 g szh. diaeta és 60, majd 90 egység insulinon a vércukor még 4 nap mulva is meghaladja a 385 mg%-ot és csak napi 100—115 egység insulinnal sikerült megközelítő cukormentességet elérni, 140—280 mg% vércukorral. Az észlelés 28. napján megjelenő hasmenés étrendi korlátozást tett szükségessé (tea, kétszersült), egyidejüleg az insulinadagot 40, majd 30 egységre csökkentettük. Ebben az időben a cukorvizelés teljesen megszünt, a vércukor 50—170 mg% között. A 70 g feh. és 250 g szh. diaetára fokozatos visszatérés után (34. nap) teljes cukormentesség mellett az insulint elhagytuk (36. nap.) Néhány nap mulva átmenetileg a vércukor emelkedése és elvétve cukorvizelés volt észlelhető ami pleuritis sicca keletkezésével esett egybe. A 45. naptól cukorürítés nem volt. A vérsejtszám ekkor 3.800.000, Hgb.: 87%. 70 g feh., 250 g. szénhydrat diaetán cukorvizelése a májkivonatinjectio megismétlése után sem jelentkezett, a vércukor 114—141 mg%. Az észlelés 55. napján a beteg 4.200.000 vvs-számmal, jó közérzettel, diaeta és heti 5 ccm. *perhepar* injectio rendelésével hagyta el a klinikát. 6 hét mulva ellenőrző vizsgálat alkalmával Vvs. 3.200.000; Hgb.: 81%, Fi.: 1.3. Vércukor 120 mg%. Cukorürítés nincs. Heti 10 ccm perhepar után újabb 1 hónap mulva Vvs. 4.500.000, Vércukor 126 mg%. Vizelet cukortalan. 70 g. fehérje, 300 g. szénhydrat, diaetán sem jelentkezett cukorvizelés, vércukor 127 mg%. Az utóbbi perhepar-adagra anaemiája is compensált. Jelenleg próbaképen szabad étrenden van.

II. W. G. 68 éves nő első ízben 1933. IV. hóban feküdt a klinikán. Diabeteses panaszai ½ évre nyulnak vissza. Vércukor 385 mg% felett, vizeletében fehérje opalescál, cukor +++, aceton ++, Polar. 4.7%. Vérkép: Vvs.: 4.300.000, Hgb.: 97%. Fi.: 1.1. Fvs.: 6.100. Wa.-r.: negativ. Máj, lép: nem tapintható. Patella r. renyhén, Achilles-reflexek nem válthatók ki, pupillák fényre, alkalmazkodásra reagálnak. Cataracta incipiens o. u. 50 g. fehérje, 100 g. szénhydrat diaeta és napi 60 egység insulinnal compensálódott. A 4. héten a fenti étrenden insulin nélkül, cukormentesen távozik, vércukor 123 mg%. — 1933. IX—X. hóban vércukor 267 mg%, vizeletében cukor positiv, Polar.: 6.4%, Vérkép: Vvs.: 3.100.000, Hgb.: 75%, Fi.: 1.2, Fvs.: 5.300, 40 g fehérje, 80 g. szh. diaetán napi 25 egység insulinnal a cukorürítés megszünt, insulint elhagyva 156 mg% vércukorral, cukormentesen hagyta el a klinikát. — 1934. IV. hóban ismét elhanyagolt diabetessel, acidotikusan jelentkezik. Kibocsátásakor 50 g feh. 100 g szh. diaeta és napi 25 egység insulinnal cukormentes, vércukor 184 mg%. Vérkép: Vvs.: 3.6100.000. Hgb.: 78%. Fi.: 1. Fvs.: 5.300. - 1936. IV. hóban fullad, lábai dagadnak, étvágytalan, soványodik. Vizeletében cukor +++, aceton negativ, ubg. positiv. Vércukor 250 mg%, Vérkép: Vvs.: 1.620.000 Hgb. 38%. Fi. 1.2. Fvs. 3.700. Reticulocyta 24‰, makrocytosis aniso- és poikilocytosis. Serumbilirubin: 1.63 mg%. Direct negativ. Máj 2 ujjnyi; areflexia. 60 g. feh. 120 g. szh. étrenden, napi 20 egység insulinnal cukormentes; anaemiája parenteralis májkivonatkezelésre javulásnak indul. 1936. V—VI. hóban visszaesés miatt ismét a klinikán feküdt, vérkép az előzőhöz hasonló, reticulocyta 18‰, mikro-, 24%, normo-, 24%, makrocyta 52%, megalocyta 3%, 2 magvas vvs. Parenteralis májadagolásra a 24. napon vvs. 3.200.000. A korábbi étrenddel cukormentesen távozik. Azóta ismételten elhanyagolt cukorbaj és anaemia perniciósával 1937. IV. hóban, X—XI. hóban és 1938. III—IV. hóban feküdt a klinikán. Jelenleg (1938. X.) 385 mg% feletti vércukorral, cukor- és acetonvizeléssel került felvételre. Vérképe: Vvs. 2.700.000, Hgb. 80%, Fi.: 1.5, Fvs.: 4.400, kifejezett makrocytosis, reticulocyta 6‰, Máj: 2 ujjnyi. Lépe nem tapintható. Fénymerev pupillák. Végtagparaesthesia.

Diagnostikai kétség a közölt esetekben alig merülhet fel. A cukorbaj tünetköre mindkét esetben teljes volt, a nagyfokú anaemiát elsőleges jelentkezés, makrocytosis, hyperchromia, emelkedett direct-negativ serumbilirubin és májkezelésre azonnali javulás jellemezte. Glossitis anamnestikus adatai hiányoztak, de mindkét beteg nyelve sima. Az első esetben teljes achlorhydria van, a másodikban a gyomorelválasztást nem vizsgálták. Idegrendszeri tünetek az első betegen ezideig nem mutatkoztak, a másodikon az areflexián kívül végtagparaesthesia jeletkezett.

A cukorbaj gyakori családi előfordulása ismeretes. *Joslin* közli *Minot* megfigyelését, akinek együttes diabetes-anaemia perniciosa esetében közeli vérrokonok között 5 diabeteses és 4 anaemiás, ezek közül 3 nagy valószínűséggel anaemia perniciósás beteget sikerült felkutatni. Az itt közölt két eset családi előzményében hasonló positiv adat nincsen.

A két beteg kora megfelel az eddig ismertek többségének, egyútal a két betegség leggyakoribb jelentkezése idejének. A jelentkezés sorrendjét illetően a közölt esetek többségében a diabetes megelőzte az anaemia perniciósát, kisebb hányadában egyidőben vált ismertté, s legkisebb részében követte a diabetes az anaemia perniciósát.

Az első esetben feltünő a mintegy 1½—2 hónappal az anaemia perniciosa kezdete után, a májkivonatkezelés folyamán a klinikai észlelés alatt súlyos diabetes heveny megjelenése, s diaetás és insulinkezelésre aránylag gyors javulása, a szénhydrat tűrés rohamos javulásával. Az eddig ismert esetek közül hasonlóságot mutat a két betegség megjelenésének sorrendjében, s a diabetes acut súlyos formájában *Parkinson* esete, mely boncolásra került s amely az első közölt eset az irodalomban (1910), továbbá *Gregor* esete, melyben a sú-

lyos acut cukorbaj az anaemia megjelenését követő évben jelentkezett, étrendi és insulinkezeléssel a rohamos remissio 6 hét alatt jelentékeny szénhydrattolerantiára vezetett. A cukorbaj heveny jelentkezése és a súlyos cukorbaj nagyfokú remissiója különben a régebbi és újabb irodalomban egyaránt ismeretes. Az a körülmény, hogy a cukorbaj rövidesen a májkivonatkezelés megkezdése után támadt, az oki összefüggés kérdésének vizsgálatára ad alkalmat. A májkezelés többféle, részben kipróbálás alatt álló kivonattal történt. A beteg az észlelés 2. és 3. napján 5—5 ccm injectiót kapott a készítményből, amely hatástalannak bizonyult. A 7. napon 19 ccm-t, a 12. napon 12 ccm-t, kapott egy hatásos készítményből, (reticulocytakrisis maximuma 282%, a 12. napon.) A diabetes első tüneteinek jelentkezése a 18. napra tehető, positiv vizeletlelet a 21., az első vércukorérték a 22. napról való. A diabetes javulása után az észlelés 41. napján az előbbi hatásos készítményből 2 ccm-t adtunk, ami szembetünő változást nem okozott. Nem zavarta meg a szénhydratanyagcserét a további észlelés során adott 2 x 5 ccm újabb készítmény sem, ugyancsak az otthoni használatra rendelt gyári injectiós készítmény sem. — Bár nem történtek további kisérletek az említett készítmény esetleges diabetogen hatásának vizsgálatára, nem látszik valószinünek, hogy a diabetes jelentkezése a leírt antiperniciósás májtherapiának következménye. Ellene szól a szénhydratcsere viselkedése a további májtherapia folyamán, továbbá, hogy később ugyanaz a készítmény, igaz, hogy jóval kisebb adagban nem váltott ki hasonló reactiót. A májtherapiának a diabeteses anyagcserére hatását egyébként számosan vizsgálták. Francia szerzők 1896- és 1897-ből származó közleményei után a mai irodalomban a vitát *Blotner* és *Murphy* kisérletei indították meg. Az említett amerikai szerzők az esetek egyrészében májkivonat hatását cukorbetegek szénhydrátanyagcseréjére igen kedvezőnek találták. A nagyszámú ellenőrző vizsgálat erősen ellentmondó eredményeket adott. *Bowen* együttes anaemia perniciosa és diabetes esetében nem volt a májnak szembetűnő vércukorcsökkentő hatása. *Root* nem tapasztalta kevert eseteiben, hogy a májtherapia az insulinszükségletet csökkentette. A fentiek a máj manifest cukorbajosok anyagcseréjére gyakorolt hatására vonatkoznak. Anaemia perniciosa parenteralis májkezelésére és fehérjedús étrendre diabetes kifejlődését észlelték *Jolliffe, Brandaleone* és *Most*. Az utolsó közleményt nem tekintve, amely a diabetes jelentkeztét legalább részben a májtherapiának tulajdonítja, az irodalmi adatok sem nyujtanak adatot ilyen oki összefüggés feltevésére. *Claude Bernard* secundaer anaemiás állatokon tett megfigyelései nyomán *Johnson* az anaemia perniciosások szénhydrátanyagcserezavarát vizsgálva, az anaemia foka és az anyagcserezavar súlyossága közt párhuzamosságot talál. *Meulengracht* és *Iversen* nem tudták megerősíteni *Johnson* eredményeit. *Isaac* és *Hendrik*, *Fodor* és *Kunos*, *Lanza* anaemia perniciosa esetek egy részében magas vércukorgörbét talált. *Gregor* utal az anaemia perniciosa hiánybetegség jellegére, amellyel más hiányok járhatnak együtt, a gyorsan ürülő achlorhydriás gyomor megzavarja a cukor ingerére képződő bélnyálkahártyahormont *(Mac Callum)*, amely az insulinsecretiót szabályozza.

A második eset az együttes diabetes és anaemia perniciosás betegek nagyobb csoportjába tartozik, akikben a diabetes megelőzte az anaemia perniciosát. *Root* megállapításától eltérően a két betegség romlása nem volt mindig párhuzamos, mindkét betegség therapiájának elhanyagolása mellett sem. Ahogy megkísérelték a szerzők a két betegség előző sorrendjében a cukorbajt az anaemia perniciosából származtatni, ugyanúgy felhívják a figyelmet a diabeteses anaemia keletkezésének lehetőségeire is. A szigorú étrend, a gyakori achlorhydria, a felszívódás zavara, bélatonia hiánybetegség fejlődését segíthetik. *Root* szerint az idült pankreatitis a vérplasma haemolytikus lipoidjának concentrationövekedése útján vezethet anaemiára.

Mindezen lehetőségek ellenére a két betegség együttes előfordulását leíró legtöbb szerző az együttes előfordulást esetlegesnek tekinti.

A közölt két esetben a szokásos orvoslás mindkét betegség rendezésében hatásos volt, ami megegyezik az eddig ismert esetek többségében szerzett tapasztalattal.

Összefoglalás: A pécsi belklinika beteganyagában 1924 óta a diabetes és az anaemia perniciosa két esetben fordult elő együttesen. Az egyik esetben az anaemia perniciosa valószínű kezdetétől számított 2-ik hónapban a májkivonat-kezelés során acut módon súlyos cukorbaj támadt, amely diaetára és insulinra gyorsan javult és jelenleg lappangónak mondható. A második esetben 3 éve fennálló diabetes és mérsékel anaemia után jelent meg az anaemia perniciosa. Mindkét esetben a két betegség májkivonat, illetőleg étrendi és insulinkezeléssel rendezhető volt.

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibetegklinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)

Bőrkivonat hatása a staphylococcus-opsoninok termelésére.*

Írta: *Szép Jenő dr.* egyet. m. tanár, tanársegéd.

Az Orvosi Hetilap 1938. évi 16. számában beszámoltunk azokról a kisérleteinkről, melyekben azt találtuk, hogy a bőrkivonat (glanducutin-Richter) ojtása határozottan fokozta az agglutinin-termelést paratyphus B-bacillusokkal fertőzött nyúlakban, s az így kezelt állatok súlyvesztesége kisebb volt, mint a controll-állatoké. Ezek az eredmények kétségkívül bizonyították, hogy a bőr építőköveinek, hormonjainak bevitele az egész beteg szervezetre serkentő és erősítő hatást gyakorol. E kisérletekkel rávilágítottunk a kivonat egyik hatására és kiegészítettük mások megfigyeléseinek eredményeit. Említett közleményünk e kérdés kevés irodalmát és saját elgondolásainkat is tartalmazza, éppen ezért utalunk rá.

Fenti és alábbi serologiai vizsgálatainknak *Milbradt* tapasztalatai adtak gyakorlati jelentőséget. Beszámolt ugyanis arról, hogy a bőr idült staphylo- és streptococcus-fertőzéseit eredményesen gyógyította organotherapiás úton — bőrkivonattal. — A gyógyító hatást úgy magyarázta, hogy a bőrnek időnként — e fertőzések alatt — elveszett baktericidiáját a bőrkivonat incretum-szerű anyagai helyreállítják. — Saját gyógyító kisérleteinkre, melyek nem fedik mindenben a *Milbradt* által közölteket, e helyen nem térek ki. Mivel pedig a staphylococcus- és streptooccus-betegségekben (pyodermák, sepsis) különösen az *immunopsoninok* jutnak elsőrendű szerephez, érdemesnek tartottuk annak megvizsgálását, hogy *a bőr építőköveinek és hormonjainak bőséges bevitele hogyan befolyásolja ezek termelését.* Továbbá *Belák* és munkatársainak azon megállapítása, hogy már egyszerű élettani konyhasóoldat bőralá fecskendezése fokozza az agglutinin-terme-

---

*) A belföldi kutató-ösztöndíj támogatásával végzett vizsgálatok egy része.

lést a parasympathicus tonus fokozódásával, érdekessé tette annak a megvizsgálását, hogy összehasonlító kisérletben bőrkivonat befecskendezése nagyobbfakú immun-opsonin-termelést vált-e ki, mint az élettani konyhasóoldaté.

Vizsgálatainkat staphylococcus citreussal fertőzött 9 tengerimalacon (70—80 dgr.) végeztük. A staphylococcus tenyészetből élettani konyhasóoldattal hígítottunk 1 kacsnyit 1 ccm-re és ebből 0.2 ccm-t. ojtottunk intraperitonealisan. A staphylococcus-suspensio beojtása előtt mindegyik tengerimalac szívéből kb. 1 ccm. vért vettünk. Az ojtást követő 28 óra múlva újból vért vettünk minden egyes állatból, majd a 4., 5., 6. számú tengerimalacnak 0.5 ccm. élettani konyhasóoldatot, a 7., 8., 9. számú tengerimalacnak pedig 0.5 ccm. bőrkivonatot (glanducutin-Richter) adtunk bőr alá a fertőzéstől számított 29, 54 és 71 óra múlva. Az 1., 2., 3. sz. tengerimalacok ellenőrzésül szolgáltak. A vérvételt a fertőzéstől számított 42, 54, és 102 óra mulva megismételtük.

A phagocyta-szám, illetőleg opsonin-mutató meghatározása *Wright* eljárása szerint történt. Hangsúlyozzuk, hogy vizsgálatainkban a glanducutinnak és az élettani konyhasóoldatnak a hatását nem a normál-, hanem az *immunopsoninokra* vonatkozólag vizsgáltuk, mivel fertőzött tengerimalacokon hasonlítottuk össze a bőrextractum és az élettani konyhasóoldat hatására nyert értékeket, az ilyen ojtásokban nem részesült tengerimalacok opsonin-mutatójával. Vizsgálatainkban ugyanis annak megállapítása volt fontos, hogy a bőrkivonat-illetőleg élettani konyhasóoldat parenteralis bevitele a *fertőző betegségben* szenvedő szervezet opsoninjait hogyan befolyásolja. Az eljárást nem részletezem, hanem utalok *Kolle-Hetsch:* „Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten" c. munkájára.

1. Táblázat

Tengeri malac száma	Phagocyta-szám fertőzés előtt	Phagocyta-szám fertőzés után 28h	42h	54h	102h	Milyen ojtást kapott?
1	17·02	19·00	19·02	18·01	17·03	—
2	17.06	20·00	21·03	19·00	17·06	—
3	17·04	18·04	19·07	18·00	16·08	—
4	16·02	20·02	21·05	18·02	16·01	3×0·5 ccm, 0·85% NaCL sc.
5	17·02	19·06	20·02	18·06	16·08	„
6	18·00	19·08	21·06	18·05	+	„
7	16·60	18·08	23·00	21·08	20·00	3×0·5 ccm glanducutin sc.
8	18·20	20·00	22·02	20·07	20·01	„
9	17·80	19·07	22·00	23·00	19·09	„

A phagocyta-számokat, illetőleg az opsonin-mutatókat az I. és II. táblázat tüntei fel. Ezekből leolvashatjuk, hogy azoknak a tengerimalacoknak a phagocyta-száma, illetőleg opsonin-mutatója, melyek *élettani konyhasóoldatot, illetőleg bőrkivonatot kaptak, általában nagyobbfokú emelkedést mutatott, mint az ilyen ojtásokban nem részesülteké.* Ez elsősorban a fertőzés után 42. óra múlva — de helyenként később is — jutott kifejezésre. A három tengerimalaccsoport között akkor kapjuk a legszembetűnőbb különbséget, ha a fertőzés előtt és a fertőzés után 42 órával meghatározott phagocytaszámok közötti különbségek középértékét (tehát a 3—3 tengerimalacból kiszámítottakat) hasonlítjuk össze (2.67 : 3.70 : 4.81).

II. Táblázat.

Tengeri malac száma	Opsonin mutató fertőzés után 28h	42h	54h	102h	Milyen ojtást kapott?
1	1·12	1·12	1·06	1·00	—
2	1·17	1·23	1·11	1·00	—
3	1·06	1·12	1·05	0·95	—
4	1·25	1·31	1·12	0·99	3×0·5 cmm. 0·85% NaCl sc.
5	1·13	1·18	1·06	0·95	„
6	1·06	1·17	1·00	+	„
7	1·10	1·39	1·27	1·20	3×0·5 ccm glanducutin sc.
8	1·19	1·20	1·10	1·10	„
9	1·06	1·23	1·28	1·07	

III. Táblázat.

Tengerimalac száma	Sulyváltozás a kisérlet végén dg.	Tengerimalac száma	Sulyváltozás a kisérlet végén dg.	Tengerimalac száma	Sulyváltozás a kisérlet végén dg.
1	--2	4	—2	7	+ 3
2	—5	5	0	8	+ 2
3	—2	6	+	9	+ 1

A bőrkivonatnak a szervezet ellenállására kifejtett kedvező hatása határozottan megnyilvánult az állatok súlyának mérésekor is. A III. számú táblázatból látjuk, hogy míg a glanducutinnal ojtott tengerimalacok mind híztak 1—3 dg-t a kisérlet alatt, addig a többiek közül 1 súlyállandóságot mutatott, 1 elpusztult, a többiek pedig fogytak. Ezek az eredmények megerősítik a nyúlkisérletben szerzett tapasztalataimat.

Mind az agglutinin-képzés, mind az opsonin-termelés vizsgálata kapcsán szerzett tapasztalataink határozottan bizonyítják azt, hogy a bőr építőköveinek, hormonjainak (?) parenteralis bevitele a szervezet védőanyagainak termelését fokozza. Véleményünk szerint hatása e tekintetben megegyezik a nem fajlagos ingerek (*Neuber, Schmidt, Weichardt, Belák,* stb.) hatásával.

Összefoglalás: Staphylococcus citreus-szal fertőzöt tengerimalacokon végzett összehasonlító kisérletekben bőralá adott bőrkivonat (3x0.5 ccm. glanducutin) hatására az immun-opsonin-termelés határozottan fokozódott. 0.5 ccm. élettani konyhasóoldat bőralá ojtása — bár kisebb mértékben — az immun-opsonin-termelést szintén serkentette. Ez támogatja *Belák*nak és munkatársainak állatkisérletekben az ellenanyagképzésre vonatkozó tapasztalatait. A bőrkivonattal ojtott tengerimalacok a staphylococcus-fertőzés alatt híztak, ellentétben a többiekkel.

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 I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

Hónaljhőmérsékletek különbsége epekólikában.

Irta: *ifj. Dax Albert dr.*

Annak a megfigyelésére, hogy epekőrohamban a két hónalj hőmérséklete közt különbség lehet, egy beteg észlelése vezetett. A beteg, akit epeköves roham alatt láttam, kérdésemre, hogy volt-e láza, azt felelte hogy amikor először a bal hónaljban mérte hőmérsékletét, akkor 36.7 fokot mért, mikor azonban — lázasnak érezvén magát — a mérés eredményének hitelt nem akart adni és a hőmérőt áttette a jobb oldalra, 37.2 fokot talált. Tekintettel arra, hogy — mint ismeretes, — epeköves rohamokban hyperaesthesia (Head-zónák) a jobb váll környékén szokott előfordulni, valószínűnek gondoltam, hogy az ez oldali esetleges reflexes hyperaemia következtében valóban magasabb lehet a jobboldal hónaljhőmérséklete, mint a balé. Ezen meggondolás alapján gondoltam érdemesnek, hogy ezt a kérdést klinikánk nagyobb anyagán megfigyeltem.

Az irodalomban arra vonatkozólag, hogy hónaljhőmérsékletkülönbség epeköves rohamban előfordul-e, adatot nem találtam. *Peter* ugyan megemlíti, hogy roham alatt az epetájék hőmérséklete növekedhetik, de rendszeres összehasonlító kétoldali hónaljhőmérsékméréseket nem végzett. Más bajokban viszont, így a női nemiszervek lobos betegségeiben *(Pok)*, a mellkasi szervek betegségeiben *(Schaffler, Grgrina, Csáktornyai, Biró)*, továbbá a vállizület gyulladásaiban *(Moll)* ismételten találtak a két hónalj hőmérséklete közt különbséget.

Mérést összesen 50 epetáji görcsös rohamban végeztem. Valamennyi esetben az epehólyag, illetőleg a choledochus betegsége (kő, gyulladás) klinikailag biztosan kimutatható volt. A hőmérőzést minden esetben két oldalt egyszerre végeztem, majd a hőmérők felcserélése után a hőmérőzést megismételtem. Mindig calibrált hőmérőt használtam. Annak megállapítására, hogy egészséges embereken a két oldal között hőmérsékletkülönbség előfordul-e, 72 egészséges emberen is elvégeztem fenti módon a kétoldali hőmérőzést. Ezen vizsgálataim eredménye szerint 52 esetben találtam 0.1 foknál kisebb különbséget, 16 esetben 0.2 foknál kisebb eltérést és csak 4 esetben észleltem 0.3 fok különbséget a két oldal hőmérséklete között. 0.3 foknál nagyobb különbséget egyszer sem észleltem. Ez adataim jól megegyeznek mások észleléseivel, akik szerint 0.1—0.2 foknál nagyobb különbség a két oldal hőmérséklete között nem szokott előfordulni *(Pok, Moll, Biró)*. Ezek alapján kórosnak csak azon hőmérsékletkülönbséget fogadtam el, mely 0.3 foknál nagyobb volt.

Megfigyeléseim szerint a magasabb hőmérsékletet majdnem mindig a jobb oldalon találtam, kivétel csak 3 eset, ahol a bal hónalj hőmérséklete volt nagyobb, ezekben az esetekben azonban a fájdalmak vagy csak a baloldalra, vagy a jobboldalon kívül a baloldalra is kisugároztak, mint ahogy az — mint ismeretes — epeköves rohamban néha előfordul.

Valamennyi esetben (11), ahol a görcsök súlyosak voltak, mindig megtaláltam a hőmérsékletkülönbséget. A legnagyobb különbség 1.3 fok volt. Kevésbé súlyos, de typusos görcsökben 18 esetből 13-szor találtam hőmérsékletkülönbséget, míg azon eseteimben, amelyekben a betegeknek görcsük nem volt, hanem csak kisebb epetáji fájdalmakról, nyomásról panaszkodtak, s ahol a fájdalom többnyire kizárólag a jobb hypochondrium tájékára korlátozódott, csak ritkán észleltem hőmérsékletkülönbséget (21 esetből 3-szor).

Súlyosabb rohamokban nemcsak gyakrabban, de általában nagyobb hőmérsékletkülönbséget találtam, bár szigorú, pontos összefüggést a roham súlyossága és a hőmérsékletkülönbség nagysága között minden esetben megállapítani nem lehetett. Itt kívánom megemlíteni, hogy a roham szüntével — bár néha csak órákkal azután — a hőmérsékletkülönbség mindig megszünt.

Hőkülönbség — akár 1 fok körül is — észlelhető még azokban az esetekben is, ahol a hőmérséklet egyik oldalon sem haladja meg a 37 fokot. Eseteim más részében az egyik hónalj (jobb) hőmérséklete 37 foknál magasabb volt, míg a másiké gyakran 37 fok alatt maradt. Ilyen esetben tehát annak eldöntésére, hogy a beteg lázasnak tekintendő-e vagy nem, a hónaljhőmérsékletnek mérése megbízható felvilágosítást nem adhat, úgy hogy ilyen esetben szükség van nyelvalatti, vagy végbéli hőmérséklet mérésére is.

Az itt leírt jelenség mechanismusát biztosan nem ismerjük, de valószínűséggel gondolhatunk arra, hogy abban a megfelelő Head-zónában létrejövő reflexes vérbőségnek van szerepe.

Epetáji fájdalmakon kívül egyéb hasi görcsös rohamot (9 appendicitis, 4 nephrolithiasis, 9 gyomorgörcs) is vizsgáltam, de hőmérsékletkülönbséget egyben sem találtam.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr.* és *Külley László dr*

A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

A környéki idegek és a reflexek elfáradása.

Tudjuk, hogy a környéki idegek alig fáradnak el. Hosszú tetanizáló ingerlés nyomán azonban az ingerküszöb emelkedik és a refrakter szak meghosszabbodik, az elfáradás jeléül. *(Vészi, Boritoff.)*

Élettanilag igen nagy jelentőségű a reflexek és különösen az inreflexek csaknem kifáraszthatatlan volta. A térdreflexet számos kutató (például: *Scheven, Klarfeld*, stb.) teljesen fáradhatatlannak mondták, mig ujabban rendkivüli megerőltetések után, csökkentnek, vagy ki sem válthatónak találták. *(Jaensch, Schranke* és mások.) Valószinű, hogy itt sem a reflexpálya, hanem az izom kimerülése a reflex elmaradásának az oka *(Schenk)*. Az Achillesz-in reflexének a kimaradását még sohasem észlelték a fáradtségtól, mert még sokkal ellenállób, mint a térdreflex.

Az említett reflexek tulajdonképpen csak alakjai a csaknem kivétel nélkül minden izmon meglevő és minden mozdulatnál működő auto-reflexeknek. Az izom feszültségének minden változása a legrövidebb pályán reflexszerüen befolyásolja és mozgásba hozza ugyanazt az izmot. Az in megütése az izom megnyulását jelenti, mire nyomban megrövidüléssel felel. De nemcsak ilyen kivételes viszonyok között, hanem rendes mozdulatainknál is mindég szerepelnek az auto-reflexek, folytonosan szabályozva izmaink feszültségét. Változó ellenállással szemben, vagy ha lendítő erők szerepelnek, lehetetlen a koordinált működés az auto-reflexek szereplése nélkül. Az izom feszültségének 1/90 résznyi változása már meg-

indítja, a folyamatot amint azt az ember alkarjának a hajlításánál megállapították. Ezek szervezetünk leggyorsabb reflexei, mert egész lezajlásuk 1/100 másodpercet kiván. Igen jellemző vonásuk az is, hogy valódi rángások és nem tetanikus összehuzódások, vagyis az ingerület csak egy, legfeljebb két akciós hullámot ad. Nagyon valószinű, hogy nem csupán az izmok feszültségét fokozó, hanem csökkentő reflex is van. Működő izom hirtelen tehermentesítésére olyan gyorsan tünik el az izom felesleges feszültsége, hogy a beidegzés akaratlagos megváltoztatása annyi idő alatt szóba sem jöhet. *(Hansen* és *Hoffmann)*. Az auto-reflexek elmaradása, vagy hiányos működése az ataxia egyik lényeges oka és így a gyakorló gyógymódok szempontjából is nagyfontosságú.

Az izomműködés kémiája.

Már régen tudjuk, hogy működő izomban kémiai változások történnek. Savi vegyhatású anyagok jelennek meg *(Du Bois-Reymond)* még pedig főképpen tejsav. Ezeknek a savanyú termékeknek a felhalmozódása vezethet úgy az izom, mint az egész szervezet elfáradására *(Nasse)*.

Az utolsó évtizedben újabb kutatások sok részletet tisztázták az izomműködés kémiai folyamataiból, bár még igen sok új kérdés merül fel és vár megoldásra, mégis számos alapvető fontosságú kérdésre megadták a választ. Egészen rövidre fogva a következőkben közölhetjük azokat a tudnivalókat, melyek ismerete a mechanoterápia tudományos gyakorlati alkalmazásában nélkülözhetetlen.

Az izomműködés lényegét minden valószinüség szerint egy olyan kolloidkémiai elváltozás okozza, mely abban a szerkezetben, melyet az izomrost képvisel, a felületi feszültség megvalósításával — így a folyadék és a folyadékcseppek alakjának a megváltozásával — az izom megrövidülését, megvastagodását és rugalmassági tényezőinek megváltozását idézi elő.

E kolloidkémiai változásokat, melyek lényegét még kevéssé ismerjük, nyomon kisérik az analytikai kémiának hozzáférhető jelenségei is. Munkavégzés alatt bizonyos anyagok bomlanak, majd újra fölépülnek az izmokban. A vegyfolyamat két fázisra oszlik. Az első, magával a megrövidüléssel ill. a munkavégzéssel járó folyamat anoxybiotikus, oxygen jelenléte nélkül is végbemegy. Ennek a folyamatnak lényege a glykogen hasadása tejsavra. A glykogen először hexosekre esik szét, a hexosek pedig foszforsavval kapcsolodnak. Ilyen egy molekula foszforsavval kapcsolt hexose a lactacidogen, melyet *Embden* állított elő az izomból. Valószinüleg ebből képződik a két foszforsavmolekulával kapcsolt hexosedifoszforsav, amelyből felszabadul a cukor és különböző közbeeső termékeken kivül foszfopyroszöllősavvá, majd pyroszöllősavvá alakul át, ennek redukciója pedig tejsavat szolgáltat. A folyamat a közbeeső termékek nélkül a következő:

$$C_6H_{10}O_4\ (H_2PO_4)_2 + 2\,H_2O = C_6H_{12}O_6 + 2\,H_3PO_4$$
$$C_6H_{12}O_6 \rightarrow 2\,C_3H_6O_3$$

A cukor tehát csak akkor bomlik, ha előbb foszforilálódott. A foszforiláláshoz a foszforsavat az adenosintrifoszforsav (adenylpyrofoszforsav, adenin, pentose és foszforsav kapcsolata) bomlása szolgáltatja, ennek hasadása szükségképpen megelőzi a glykogen bomlását. Az adenosintrifoszforsavból a foszforsav lehasadása után visszamarad az adenylsav. Ez ismét adenosintrifoszforsavvá alakul át a foszforkreatinból (foszfagen) lehasadó foszforsavval egyesülve; a tejsavképződéskor fölszabaduló foszforsav pedig a kreatint alakítja vissza foszfagenná. Ha az adenylsav nem refoszforilálódik tüstént, akkor egyrésze desaminalódhatik, adeninja átalakul hypoxanthinná és inosinsav (hypoxanthin — pentose — foszforsav) meg ammónia képződik. Az ammónia szerepét az izomösszehuzódásban nem sikerült igazolni.

Régebbi nézetek szerint a cukor átalakulása tejsavvá glycerinaldehydon és methylglyoxalon át történik. Ujabb vizsgálatok ezzel szemben megerősítették a pyroszöllősav fontos szerepét az átalakulásban. Hogy tejsav oxygenfölvétel nélkül keletkezik a működő izomban, azt már Hermann tudta 1867-ben.

A tejsav keletkezése és megjelenése nem magát a kontraktiós folyamatot kiséri. Bróm — vagy jódecetsavval mérgezett izmok munkát végezhetnek tejsavtermelés nélkül, ilyenkor a foszfagen és adenosintrifoszforsav bomlásából meríti az izom az energiát működéséhez. Az izomműködés kémizmusának második fázisa már oxidációs folyamat és a regenerációt szolgálja. A tejsav egyrésze oxygenfölvétel közben szénsavra és vizre ég el $C_3H_6O_3 + 3\,O_2 = 3\,CO_2 + 3\,H_2O$ mig többi része az előbbi folyamatban szabaddá vált foszforsavval újra egyesülve visszaalakul glykogenná. Rendes viszonyok között a keletkezett tejsavnak 75—80%-a új szintézisre használtatik föl, melyhez az energiát az elégő 20—25% szolgáltatja *(Meyerhof)*. Kimerült izomban, elfáradt szervezetben nem ily kedvező az arány és egy molekula tejsav elégése nem elég 4—5 molekula szintetikus fölhasználásához. Ez a folyamat tükröződik vissza az egész szervezet oxygenfogyasztásában testi munka végzésekor.

Bizonyos munkavégzés után az izoműködés alatt széteső anyagok vagy még a működés alatt vagy közvetlenül utána felépülnek, egyedül a glykogen fogy meg a működés mértékével arányosan. A munkavégzés végeredményben a glykogen hasadásakor nyert energia rovására következik be. A hexosefoszforsavnak mint az izomműködés alapanyagának újratermelése takarékossá teszi az izomgép üzemét és csak így érthető, hogy aránylag kevés anyag sok munkához elégséges. Az ép izomban 0.4—0.6% a glykogen, csak 0.10—0.13% a „közti szénhydrát", főleg hexosefoszforsav, és csak 0.02—0.06 % a tejsav *(Schenk)*.

A működő izom fizikokémiai változásai.

Sok kutató leirta, hogy az izomrost határrétegeinek átjárhatósága már a legkisebb ingerületre is fokozódik. Még olyan ingerek is, melyek összehuzódást nem idéznek elő, már kifejezésre jutnak az átjárhatóság megváltozásában (például az összehuzódást nem okozó galvánáramok) *(Weiss)*. Innen van az izom ionegyensúlyának lényeges változása, mellyel együtt jár a kolloidális és a szerkezeti állapot megváltozása is. Kisérletek igazolják, hogy a működő izomból számottevő mennyiségben távoznak Ca.; K., Mg. és PO_4 ionok. Jelentékeny az izomrost lecitin és koleszterin vesztése is, pedig az előbbinek fontos szerepe lehet az oxidációs folyamatokban, gyorsítva a kipihenést, az utóbbi meg a fáradt rostok megrövidülőképességét.

Kétségtelen, hogy mélyreható kolloidkémiai változások állnak be. A nagyfokú elfáradás még a kórszövettani képen is mutatkozik, mert a sejtprotoplazma zavaros és duzzadt.

Élő emberen az is megállapítható, hogy a fáradt izom megnyulása és ellazulása hiányos, *(Steihausen)* az izom rugalmassági viszonyai megváltoztak. Az izom vastagabb és keményebb lett. Ilyen természetű változások-

*) Az izomműködés kémiájának nagy részét *Láng Sándor dr.* élettani tanársegéd irta szivességből.

kal függ össze az a jelenség is, hogy a kifáradt izmokban a hullamerevség igen gyorsan fejlődik ki.

Bomlástermékek hatása az izom elfáradására.

Nasse már 1879-ben a tejsav felhalmozódására vezette vissza az izom elfáradását. Ezen elmélet szerint csak egész kivételesen lehet szó arról, hogy a mozgás kémiájának a nyersanyag hiánya legyen az elfáradás okozója. A bomlástermékek felhalmozódását rendesen az idézi elő, hogy erős izommüködésnél termelődésük gyorsabb és nagyobb, semhogy a vér eltávolíthatná, vagy oxygénje ártalmatlanná tehetné őket. Olyan ütemű munka, melyben rövid izomösszehuzódások megfelelő szünetekkel váltakoznak, az izmot nagyon kevéssé fárasztja. Ilyenkor a tejsavképződés a tejsav elégés és a laktacidogén termelés egymással egyensúlyban van *(Okagawa)*. Az izom elfáradását rendkivül elősegíti minden, ami a bomlástermékek eltávolodását hátráltatja, igy a csökkent vérkeringés, a csökkent oxigén tartalom, a nagyobb aciditás, stb.

Mosso, Maggiora, majd ujabban *Atzler* kisérletei azt mutatják, hogy a rugalmas szalaggal leszorított és csökkent vérkeringésü végtag elfáradási görbéje a vérpangás fokától függően változik.

A tejsav foszforsav és talán még néhány más bomlástermék káros hatása kétirányú: 1. Gátolja a laktacidogén bomlását, mely mint oxigént nem fogyasztó folyamat voltaképpen a fulladás idején is zavartalanul végbemehetne és 2. gátolja a regenerációt, mert mig azelőtt egy tejsavmolekula elégése elég volt 5—6 másik tejsavmolekula asszimiláló felhasználására, addig a fáradt izom ugyanezzel az energiával csak 2—3 molekulát tud értékesiteni *(Embden, Deutike)*. A viszonyok kétségtelenül nagyon bonyolultak és a ionok aránya jelentékenyen módosítja a folyamatot.

Az izomban lezajlott kémiai változások visszatükröződnek a vérben és vele együtt az egész szervezetben. A vér megváltozása nagyjelentőségü az izommunkát kisérő kémiai változások létrehozásában.

A dolgozó izmokból a vérkeringésbe jutott anyagcseretermékek a szervezet más részein más izomban is fáradtságot idéznek elő. Egészséges emberen a fáradtságanyagok ilyen távolhatása nehezen mutatható ki, mert igen sok körülmény zavarja a jelenségeket *(Mosso, Maggiora, Hedwall)*.

A vérbe került anyagok elégetésében és a tejsav regenerálásában résztvesznek a munkában nem működő, tehát a pihenő izmok is. Kisérletileg mérhető, hogy egy kifárasztott izomcsoport kipihenését meggyorsítja, ha egy másik — nem fáradt izomcsoportot működtetünk és ezáltal a vérkeringést élénkítjük. Az általános masszázs fáradtságszüntető hatása is részben ezzel magyarázható. Az elmondottak is bizonyítják annak a szokásnak a jó hatását, hogy a gyógytornában a kezelt és az erősen munkába fogott tagok gyakorlatai közé, más a betegség által nem érintett és gyógytornára nem szoruló tagok gyakorlatait is beleszőjjük.

(Folytatjuk.)

„Oriza" szárított rizsnyák. Mint az idevágó klinikai vizsgálatok megállapitották a Krompecher-féle ORIZA-ból 5 perces főzéssel kolloidalisan jól oldott tápanyagokban gazdagabb, könnyebben emészthető, jobban kihasználható, nyákfőzet készíthető, mint ugyanolyan mennyiségü egyéb nyákalapanyagokból, rizs-, búza-, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös kolloid chemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhigitásra, valamint a hasmenések kezelésénél gyógytáplálékul használatos nyákoldatok készitésére az ORIZA használata a legcélszerűbb és a leggazdaságosabb, mert a belőle készült nyák felel meg legjobban az ideális nyák követelményeinek.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Leukocytosist okozó hatóanyag. *Edwin Baumann.* (Klin Wschr. 1939. 1.) Szerző vöröscsontvelő-kivonattal kisérletezett, részint egészségeseken, részint granulocytopeniás betegeken és arra az eredményre jutott, hogy a csontvelőnek leukocytosist okozó anyagot kell tartalmaznia. A hatóanyagot sikerült a vizes kivonatból annyira isolálni, hogy az fehérje-reactiót nem ad és injectióban minden kellemetlen mellékhatás nélkül adagolható. A leukocytosis a befecskendezés után 6—8 órával éri el maximumát és egy, esetleg két napig tart. A vérkép balratolódása mellett megszaporodnak a neutrophil leukocyták és a monocyták, a lymphocyták számában jelentős eltolódás nem észlelhető. Egyéb szervkivonatokkal és serummal végzett vizsgálatok alapján a szervezet leukocytaszabályozó berendezését a vörösvérsejtképzés mechanismusával analog módon magyarázza. Eszerint a táplálékkal felvett egyes anyagokból, pl. B_2 vitamincomplexumból, a gyomor- és bélnyálkahártya készíti a hatóanyagot, mely azután a vérpályán keresztül a májba jut és ott tárolódik. A májra fejti ki leukocytaregulatiós hatását a tuber cinereum tájék és a belsőelválasztású mirigyek, a májból azután ugyancsak a vérpálya útján jut a hatóanyag a csontvelőbe. (G. 1.)

Sármai Ernő dr.

Co-mérgezés és anaemia perniciosa. *Biedermann H.* (Foll. Haemat. 61 k. 2. f.) Egy a változás korán túl levő nőbetegen idült Co-mérgezéssel kapcsolatban polyneuritises tünetek jelentkeztek, majd ezekhez kb. ½ év múlva hyperchrom anaemia s achylia gastrica járult; *Morawitz* véleménye szerint is a kórkép teljesen anaemia perniciosa-szerű volt. Kb. 1 évig tartó betaxin- és májkezelésre a betegség — kivéve az achyliát — meggyógyult s a beteg kb. 2 éve tünetileg egészséges. Szerző párhuzamba állítja esetét az ismert „tüneti" perniciosákkal, s fölveti a kérdést: vajjon nem minden, jelenleg genuinnak tartott perniciosa valamely, megismerésünk elől egyelőre még rejtett toxikus ok következménye-e? (B. 1.)

Koltai Győző dr.

Aminosav (l-tyrosin) hatása a máj glykogentartalmára. *Bickel és Haug.* (D. Med. Wschr. 1938. 53.) (Előadás és *Umber* hozzászólása.) Patkánykisérletekben azt találták, hogy fehérjementes táplálékhoz adott l-tyrosin hatására a máj glykogentartalma 60—70%-kal kisebb lesz, mint ugyanazon és ugyanannyi, jó glykogenképző tápszerekből összeállított tápiálék mellett l-tyrosin nélkül. — *Umber* szerint ezek a vizsgálatok a fehérjeérzékeny cukorbaj szempontjából jelentősek. Egészségeseken, nagyobb fokban fehérjeérzékeny cukorbajosokon húsevés után hyperglykaemiát észlelt. Ezt a jelenséget *Bickel* előadása alapján a húsfehérje valamelyik emésztési termékétől származtatja, mely valószínüleg fokozza a májban a glykogenbontást. (G. 2.)

Perémy dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Prochnow Ferenc* és *ifj. Verebélyi Tibor.*

A másod- és harmadfokú égési sebek kezelésének kérdése. *Löhr* és *Zacher.* (Zbl. f. Chir. 1939. 1.) A magdeburgi sebészeti klinika anyaga alapján (1843 kezelt eset) számolnak be az égési sebek kezelésének módjairól. Vizsgálataik szerint az amerikai *Davidson* által ajánlott csersavkezelés csak az első- és másodfokú égési sebek kezelésében válik be. A csersav ugyanis a bőr rugalmas rostjaihoz kötődvén, azzal egynemü réteget alkot és igy megakadályozhatja az intoxicatiót, ill. később a fertőződést. A harmadfokú égési sebek esetében azonban már elpusztul a bőr, sőt a bőralatti kötőszövet is és igy a csersavkezelés teljesen hatástalan. Az amerikai csersavkezelésről beszámoló statisztikák ragyogó eredményeit tehát csak a másodfokú égési sebek ilyen irányú gyógyitása igazolja. A szerzők szerint általában az égési sebek kezelésének legbiztosabb eredménnyel járó módja a csukamájolajos kötések alkalmazása, esetleg gipszkötéssel egyidejüleg. Az igy kezelt igen súlyos esetek közül utólagos fertőzés miatt csak egy beteget veszitettek el. Mindenesetre ez a kezelés sem óvja meg — nagykiterjedésü, harmadfokú égési sebek esetén — az általános mérgezéstől a betegeket. (P. 1.)

Prochnow Ferenc dr.

A csont- és izületi gümőkór összefüggése a tüdőtuberculosissal. *H. Frank.* (Bruns' Beitr. 168. k. 4. f.) A heubergi

kórházban az utolsó 10 évben kezelt 1003 csont- és izületi tbc-s beteg 12.5%-a volt egyidejüleg tüdőbajos. Csecsemő- és gyermekkorban az együttes előfordulás gyakori (37.5%), amit az ebben az életkorban gyakran ismétlődő, súlyos fertőzések, valamint a gyermekek csekély ellenállása magyaráz. — Gyakori az együttes előfordulás idősebb korban is (25%-os); ezek nagyrészének súlyos, cavernosus tüdőfolyamata volt. A 10. és 30. évek között az együttes előfordulás ritkább (8%). Az összes betegek 2.4%-a szenvedett csak súlyos tüdőbajban egyidejűleg. A szerző tapasztalatai szerint az egyidejű tüdőbaj általában nem ellenjavallja a gümős góc műtéti kitakarítását; sőt ellenkezőleg a műtét után gyakran általános javulást látott. (P. 2.)

Prochnow Ferenc dr.

A májfunctiós vizsgálatok értékeléséről a műtéti javalat szempontjából. *Brandis.* (Bruns' Beitr. 168. k. 4. f.) A májfunctio vizsgálata a Takata—Ara-reactióval nem ad megbízható eredményeket; ez ugyanis csak igen súlyos, alig befolyásolható szervi májbántalmak esetén positiv. Ilyen állapotban pedig a műtéti beavatkozás úgyis egyenlő a halálos kimenetellel. Sokkal használhatóbb eredménnyel jár a cholesterinester relativ és absolut mennyiségének meghatározása; ennek kifejezett megkevesbbedése ugyanis már májműködéses zavarok esetén is megállapítható. Az ezt figyelembe vevő műtéti előkészülettel, valamint kíméletes technikával a sebészi eredmények is javíthatók. (P. 3.)

Prochnow Ferenc dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Batizfalvy János és Horváth Kornél.*

A méh- és hüvelyrák terjedéséről. *Kramann* és *Bienhüls.* (Mschr. Geburtsh. 1938. 107, 65.) Statistikai összeállítások és klinikai megfigyelések nyomán kiviláglik, hogy a méh- és hüvelyrák a bal parametriumot sokkal gyakrabban és súlyosabban támadja meg, mint a jobbot. Másirányú anatómiai vizsgálatok ezt a klinikai megfigyelést alátámasztják. Sokféle betegség kapcsán megfigyelhető, hogy látszólag symmetrikus szervek közül az egyik oldal gyakrabban és súlyosabban betegszik meg. Annak oka, hogy a méh- és hüvelyrák a bal parametriumot gyorsabban támadja meg, mint a jobbot, valószínűleg egyező a gyakoribb baloldali thrombosiséval, különösen a vena iliaca. Azt a feltűnő jelenséget, hogy a parametran beszűrődés bizonyos esetekben néha igen előrehaladt, súlyos méh- és hüvelyrákban csak az egyik oldalra localisált és a másik oldalt teljesen szabadon hagyja, a nyirokerek egyéni anatómiai tulajdonságaival magyarázhatjuk (B. 1.)

Aigner Károly dr.

Activ antiperniciosus factor jelenlétének hatása a terhesség korai és gyors diagnosisának legújabb eljárásaira. *Aurisicchio.* (D. Med. Wschr. 1938. 4.) Szerző *De Nito, Kuffeler-Adler* s *Pouliet* terhességi reactióit vizsgálván, következőket állapította meg: Mindhárom biol. reactiónak a specifitása hiányos, t. i. többízben nyert pos. eredményt bizonyos nem-terhes nőkön, sőt férfiakon is, amennyiben ezek a reactio elvégzése előtt parenteralis antiperniciosus májkezelés alatt állottak. Ez a bizonyos antiperniciosus májkivonatokban jelenlévő hypotensiv factor nincs cholinmaggal kapcsolva, mint először képzelték és különféle organikus oldószerekkel végzett szétválasztási kisérleteknek ellenáll. Abból a tényből, hogy egyik biologiai terhességi reactio a terhes vizeletben megjelenő histidin kimutatásán alapul és májkészítményekkel kezelt férfiak vizelete positiv eredményt ad, kitűnik, hogy a májban jelenlevő hypotensiv factor histidin, vagy egy histidin-maggal biró anyag. Kisérletei folyamán leszűrt eredményeinél fogva ajánlja a májkészítmények adását hypertoniák esetén, mert ha talán nem is éri el a hypotensiv hatás a cholin-származékokét, de tartósabb és bizonyosan nem ártalmas. (B. 2.)

Aigner Károly dr.

A Koschuscharoff-féle „Lakotest" eljárás a női tej tehéntejjel történő hamisításának kimutatására. *Kayser.* (D. Med. Wschr. 1938. 9.) Szerző szerint a legegyszerűbb, leggyorsabb és legbiztosabb eljárás. Eleinte a központi vezetés alatt álló nőitejgyüjtő-helyek a hamisítás kimutatására a Kapeller-féle refraktometriás eljárást használták. Sok hibaforrással dolgozott. Később szerző biológiai eljárást dolgozott ki, amely pontos, de időt rabló. 1932-ben írta le *Jordanoff* a sofiai *Koschuscharoff* eljárását, amelynek segítségével a különféle állati tejfajtákkal történő legcsekélyebb hamisítást azonnal és pontosan ki lehet mutatni. Az eljárás előnyei: nincs szükség ellenőrző tejre, pontos, kevés anyaggal dolgozik és végül gyors. (B. 3.)

Aigner Károly dr.

BŐRGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A „para-venereás" betegségek. *W. E. Coutts* és *O. Monetta H.* (Ann. mal. vénér. 1938, 2.) Az újabb kutatások megállapították, hogy a már évtizedek óta ismeretes 3 kórokozón kívül más mikroorganismusok is képesek nemi érintkezéssel (fogékony szervezetbe jutva) gyulladást, genyedést, fekélyesedést, stb. okozni a nemi szerveken, illetőleg a környéki nyirokcsomókban. A negyedik nemibetegséget egy évtized óta ismerjük, de kórokozóját még nem derítették ki. Tudjuk ellenben azt, hogy a szájban élő saprophyta streptococcus- és staphylococcus-válfajok, a micrococcus catarrhalis, a bélben élő trichomonas, továbbá a trichomonas vaginalis, stb. rendellenes nemi érintkezés révén húgycsőhurutot okozhat férfiakon, a szájban élősködő pseudomeningococcus viszont méh-nyakcsatornagyulladást. Néha a climax vagy a petefészek kiirtása hajlamosítja a szervezetet arra, hogy egyébként ártalmatlan mikroorganismusok gyulladást vagy fekélyesedést idézzenek elő. Ilyen esetekben a petefészek-kivonatok nagyon hatásosak. (Sz. 1.)

vitéz Herczeg Árpád dr.

Lymphogranuloma venereum, különös tekintettel a sulfanilamidkezelésre. *Loren W., Shaffer* és *Effie Arnold.* (Arch. of Dermat. 38. nov.) A detroiti venereás betegségek klinikáján 1937-ben 5000 beteg közül 48 volt ly. v.-os, míg 1936-ban csak 42. *Strauss* és *Howard-al* megegyezően nem tartják megbízhatónak az egéragy-antigent, mivel néhány hét alatt megváltozik, nem fajlagos bőrreactiót ad és csak a humanantigennel együtt alkalmazható. — Habár eseteik között sok volt a syphilises egyén, nem észlelték, hogy a syphilis a Frei-reactiót negativvá változtatja, azt sem, hogy a ly. v. nem fajlagos positiv serologiai reactiót ad Wassermann-antigennel. A ly. v. gyógyításában a legkedvezőbb eredményeket az intradermálisan adagolt Frei-antigennel érték el, de ez az eljárás hosszadalmas és elegendő mennyiségű antigen beszerzése nehézségekbe ütközik. Legújabban sulfanilamiddal gyógyították (peroralisan) ly. v.-os betegeiket. 22 eset (10 előzőleg egyéb kezelésben is részesült) közül 4 gyógyult, 11 javult. (Sz. 2.)

Szodoray Lajos dr.

A tuberkulin alkalmazása egyes aknészerű kiütések kórjelzésében és orvoslásában. *M. T. van Studdiford.* (Arch. of Dermat. 38. nov.) Aknés betegeken, akiket a szokásos eljárásokkal nem tudtak meggyógyítani, 0.1 mg. alttuberkulinnal (1:1,000.000, 1:10.000, 1:1000 hígításokból) intradermális reactiót végzett. 48 óra múlva is meglévő reactiók esetén ezeknek a betegeknek therapiásan is adott 5—7 naponként tuberkulin-ojtásokat izomba, legalább 6 ízben. E kezelést megelőzően gondot fordított a genygócok és az esetleges hormonalis zavarok kiküszöbölésére (*Kémeri* szerint). 49 aknés betege közül 29 adott positiv tuberkulin-reactiót. A fenti módon kezelt 25 betege közül 10 gyógyult, 11 javult. (Sz. 3.)

Szodoray Lajos dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A szervezet víz-anyagforgalom egyensúlyának zavarairól. *W. G. Maddock.* (The Journ. of Urol. 1938. 4.) A vesesebészet fontos feladata az operált beteg víz- és tápanyagellátása már közvetlenül a műtét után. A szervezet szabályos vízleadása vizelet, széklet és a bőrön keresztül párolgással történik. A bőrön 1000—1500 ccm. víz párolog el naponta, ami nagy melegveszteséggel is jár. A szerző kisérleti megfigyelések után megállapította, hogy hosszabb ideig tartó műtét alatt 2000—2500 ccm. a folyadékveszteség, aminek pótlásáról sürgősen gondoskodni kell. Erre a célra legjobb a híg cukoroldat, ami a víz pótlása mellett sok energiát is szolgáltat. A májat is táplálja. Meggátolja a veszélyes ketosist. Vizenyőt nem okoz, ellentétben a physiológiás konyhasóval. Kisérletei alapján tehát azt ajánlja, hogy ha hányás után erősen fokozódik a vízveszteség, akkor physiologiás konyhasót és cukoroldatot adjunk. Ha pedig a vízhiányt az fokozza, hogy a beteg nem tud inni, akkor csak tisztán 5%-os cukoroldatot adjunk. (B. 1.)

Ascher Ferenc dr.

A vese vérszegénységének következtében létrejött vérnyomásemelkedés. *Pasteur Vallery-Radot.* (Pres. Med. 1938. 27.) Állatkisérletekben azt találta, hogy a veseverőerek leszorítása tartós vérnyomásemelkedést okoz még akkor is, ha ugyanakkor a vese ereit kisérő idegeket eltávolította. Ha más nagyereket szorított le, a vérnyomásemelkedés nem következett be. A boncolt állatok így mesterségesen vérszegénnyé tett veséjében idült vesegyulladásra jellemző szövettani képet talált, különösen a glomerulusok sklerosisa volt feltünő. A vérnyomásemelkedés mechanismusát nem tudja megmagyarázni, de bizonyosra veszi, hogy ennek oka még akkor is a vesében van, ha a veseműködésben eltérést nem is tudunk kimutatni. (B. 2.)

Vizkelety Gyula dr

SZEMÉSZET

Rovatvezető *Grósz István*

Heparinkezelés a retina központi vivőerének rögösödésében. *Ploman.* (Acta Ophth. 16. 4.) A heparint, melynek előállítása kanadai és svéd tudósok érdeme (*Jorpes, Scott,* stb.), 5%-os töménységben alkalmazta intravénásan (*Vitrum,* Stockholm). Naponta kétszer adott 100—150 mg-ot, 5—8 napon át. A kezelés drága: betegenként 190 svéd korona! 2 törzs- és 6 ágthrombosist kezelt. Egy eset kivételével az eddigi eredményektől eltérő lényeges javulást tapasztalt; átlagos életkor 58 év. A szer a vér alvadását gátolja, megakadályozza az újabb fibrin-lerakodást; lehetséges, hogy a szövetekbe kerülő heparin friss esetben a vérfelszívódást is elősegíti. A korán alkalmazott heparin a másodlagos zöldhályogot is megakadályozza. (A szer olcsóbbá tétele folyamatban van Torontóban; l. ref. O. H. 1938. 22.) (G. 1.)

Grósz István dr.

A retina központi verőerének elzáródása. *Tsopelas.* (K. M. f. A. 102, 4.) Szerző állatkisérleteiben tanulmányozta a Merck-féle eupaverin befecskendezések hatását Gullstrand-szemtükörrel. A retrobulbaris mód nem jár szemfenéki változással; i. v. bevitel esetén 6—9 cg. hatására a papilla vérbő lesz; ez 1 óra múlva jelentkezik és 3 óra múlva tűnik el. Az eupaverint, melyet *Denk* ajánlott végtag- és tüdőembolia ellen, *Johannson* próbálta ki elsőnek art. centr. ret. emboliájában (eupaco alakjában). Szerző három esetben tett kisérletet (egyik sem embolia); a látás kézmozgásról 5/20, ill. 5/35-re javult. A harmadik eredménytelen. Az azonnal adott venás befecskendezést kétóránként még kétszer megismétli. Egyes adag 2 ccm.: = 0.06 eupaverin. Összmennyiség 11—20 ccm., 5 napon át adva. Szerző a korán adott görcsoldószertől sokat vár. (Megfelelő magyar synthetikus spasmolyticum a perparin; l. ref. O. H. 1937. 38.) (G. 2.)

Grósz István dr.

Keratitis parenchymatosa és süketség. *Dalsgaard—Nielsen.* (Acta Ophth. 16, 4.) Szerző 173 beteget vizsgált meg, kik megelőzőleg lueses keratitisben szenvedtek; ezek 16 %-ában talált süketséget. Ennek kezdete túlnyomórészt a 10—20. évekre tehető. Az első három évtizedben 4%, az utolsó háromban 14% az eloszlás. A süketség mindig később jelentkezik, mint a szaruhártyagyulladás, s főleg olyanokon kiknek keratitise rosszindulatúan folyt le, vagy akik a velenemzett lues egyéb tüneteit mutatták. A süketség fontos szerepet játszik a keresetképtelenség szempontjából (G. 4.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető *Ajkay Zoltán*

A postoperativ arcidegbénulásról. *A. Jauerneck.* (Der Hals-, Nasen- und Ohrenarzt. 29. k. 6. f.) A postoperativ facialis bénulás létrejöttében igen nagy szerepe van valamely operatiós eszközzel történő direct sérülésnek. A kanál és a horog veszélyesebb eszköz, mint a véső, mert míg az utóbbi csak zúzza az ideget, a két előbbi rostjaira bontja. A legtöbb bénulás valamely hosszú ideig tartó nyomásra jön létre. Ezt legtöbbször csontszilánk, vagy tamponade okozza a szabadonfekvő idegen, esetleg vérömleny, vagy sarjképződés. A postoperativ facialis-bénulás leggyakoribb labyrinthműtét után, kevésbé gyakori radicalis operatio és ritka antrotomia után. Szerző felveti a kérdést, mit kell tennünk a postoperativ facialis-bénulások eseteiben. Annak ellenére, hogy az arcidegnek igen nagy képessége van regenerálódásra, mégsem szabad várakozó álláspontra helyezkedni és abban bízni, hogy a bénulás minden valószínűség szerint magától rendbe jön, hanem újabb műtéttel fel kell keresni az ideget és a nyomási ártalomtól megszabadítani. Ez esetben legtöbbször célt érünk, különösen akkor, ha az utókezelésre is kellő gondot fordítunk. Ezenkívül tekintettel kell lenni az arc izomzatára is, amely sok esetben hosszabb ideig tétlenségre volt itélve, nehogy inactivitási atrophiát szenvedjen. Ezért maponként villanyozni kell az arcot és az izomzat fokozottabb vérellátása céljából melegítést s massaget végezni. (A. 1.)

Ajkay Zoltán dr.

Mononucleosis infectiosa és meningoenkephalitis. *Schmidt, Nyfeld.* (Acta Otolaryng. XXVI. 6.) Szerzők a mononucleosis infectiosa kérdését tárgyalva öt esetről számolnak be, hol a betegek torokpanaszokkal kerültek észlelés alá, majd pár nap múlva 4 esetben meningoenkephalitis is állott fenn, a liquorból Listerella-féle Gr. + diplococcust lehetett kitenyészteni, ami arra mutat, hogy az agyi szövődmény fertőzés következtében jött lére. Szerzők ezért fontosnak tartják mononucleosis infectiosa eseteiben a központi idegrendszer és a liquor vizsgálatát. (A. 2.)

Gergely Zoltán dr.

Vitaminok a fül-, orr- és gégegyógyászatban. *Baer.* (Monatschr. 72. évf. 7. füz.) Az *A*-vitamin az epithel védelmét szolgálja. Hiánya oezenára vezethet és a gégében pachydermiás elváltozások jönnek létre. A *D*-vitaminnak hasonló hatása van, egyébként chemiailag is sok hasonlóságot mutat az *A*-vitaminnal. Alkalmazási területe: asthma, szénanátha, egyéb allergiás betegségek és ekzema. Mióta kimutatták, hogy az alkohol-polyneuritis B_1-hiányra vezethető vissza, ez a neuritisek gyógyításában nagy szerepet játszik. Szerző jó tapasztalatokat nyert B_1-vitaminnal fájdalmas heveny középfülgyulladásban. *Selfridge* és más amerikai szerzők nyomán otosklerosisban szenvedőkön is jó hatást látott B_1-vitamintól: a hallás ugyan nem javult, de a kínzó fülzúgás nagymértékben csökkent. Egy esetben, ahol tonsillektomia után 6 héttel anosmia mutatkozott, három betaxin-injectióra gyógyulás állott be. Ami a *C*-vitamin szerepét illeti, szerző úgy találta, hogy pharyngitisben szabályszerűen *C*-vitamin deficit mutatkozik. Az acut otitis media is *C*-vitamin hiánnyal jár és adagolása a kórképet jól befolyásolja. *C*-vitaminhiány a valószínű okozója a symptomatikus orrvérzéseknek, ahol a vérzések per rhexim, vagy per diapedesim jönnek létre. Az ilyen esetekben adagolt *C*-vitaminra gyógyulás állott be. (A. 3.)

Ajkay Zoltán dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető *Simon Sándor*

Káposzta kivonatok hatása a szénhydrát anyagcserére. *A. D. Macdonald* és *L. Wislicki* (J. Physiol. 94. k. 249 old. 1938.) Káposztából alkohollal egy hyperglykaemiát és egy hypoglykaemiát okozó kivonatot sikerült előállítaniok. A vércukor süllyesztő kivonat nyulakban *peroralis* adagoláskor is igen hatásosnak bizonyult. 2 kg. káposztából készült anyag a vércukrot felére szállította le. Görcsöket sohasem okozott. Hatása órákig tartott. Ugyanez az anyag egy pancreas irtott kutyának per os adagolva, azt insulin nélkül, alacsony vércukorszinten tartotta napokon keresztül. Nyúl szervezetében evvel a vegulin-nak nevezett anyaggal szemben nem fejlődik ki megszokás. (S. 1.)

Simon Sándor dr.

Homöopatha gyógyszerek — utánvizsgálatok. *P. Martini.* (Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. 191. k. 2. f.) Szerző szerint a homoeopatha „gyógyszerképek" — az egészséges embereken gyógyszerek adagolása után jelentkező symptomák összege — felállítása tudománytalanul, megfelelő ellenőrzés nélkül történt. Ezért munkatársaival együtt 30 kisérleti személynek *sepiát* adatott, azok tudta nélkül. Ellenőrző kisérletekben pedig sepiát nem tartalmazó cseppeket, labdacsokat. Alapos és hosszú ideig tartó vizsgálataikból azt a következtetést szürik le, hogy a szubjektiv symptomák gyakorisága általában ugyanaz volt sepia szedés ideje alatt, mint a sepia-mentes időben. Egyes specifikus symptomák gyakoribb fellépése a sepia kúra alatt nem volt észlelhető. Tehát a homöopatha „sepia symptoma kép" nem felel meg a valóságnak. (S. 2.)

Simon Sándor dr.

A sulfanilamid készítmények hatásmódja, klinikai használata és toxikus tünetei. *P. H. Long, E. A. Bliss* és *W.*

H. Feinstone. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1939. jan. 14.) In vitro és in vivo kisérleteik alapján szerintük a sulfanilamid az érzékeny bakteriumok szaporodását gátolja meg. Antitoxikus hatása nincsen. Egerek expérimentális pneumococcus peritonitisében a bakteriumok strukturáját is megváltoztatta. Súlyos emberi infectioban 10—15 mg% sulfanilamid vérszint elérése és megtartása a megfelelő. Kevésbbé súlyos fertőzéskor 5—10 mg % vérszint is elegendő. Különböző súlyú egyénekre adagtáblázatot adnak. A toxikus tünetek esetleges fellépése miatt lehetőleg kórházi ápolást tartanak fontosnak, mindennapos haemoglobin és fehérvérsejt vizsgálatokal. 408 kórházban kezelt esetük kapcsán jó összefoglalást adnak a toxikus tünetekről és fellépésük gyakoriságáról, valamint a kezelésről. (S. 3).

Simon Sándor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Aktuelle Kreislauffragen. 14. Fortbildungslehrgang in Bad-Neuheim. (Th. Steinkoppf, Dresden u. Leipzig, 1938. 169. 1. 81 ábrával. Ára: 7.50 Márka.) A vérkeringési szervek bonctanának, élettanának és klinikájának különféle kérdésével foglalkozik 14 hivatott előadó, kik nagyrészt saját vizsgálataik, kisérleteik alapján ismertetik tárgyukat. *Broemser* mérései szerint a környéki ellenállás fokozódására jellemző a systolés és a diastolés nyomás fokozódása az amplitudo aránylag kicsiny voltával, a rugalmassági hypertoniában pedig főleg a systolés-nyomás és az amplitudo lesz nagyobb. *Koch* kitünő és rövid áttekintést ad a vérkeringés szabályozásáról. *Hochrein* a kis vérkör keringésével foglalkozik és hangsúlyozza, hogy kis tüdőembolia nem mechanikai hatásával, hanem a tüdőereken kiváltott spasmus útján, továbbá a koszorús és környéki keringés reflexes elégtelenné válása következtében válik veszedelmessé. *Weitz* a szív- és érbetegségek öröklését, *Kirch* a szívhypertrophia és tágulás anatómiáját ismerteti, *Edens* pedig a szabálytalan szívverés gyógyitását tárgyalja és ebben igen nagy szerepet juttat a strophantinnak. Ezt a gyógyszert ajánlja a rohamokban jelentkező pitvar fibrillatio gyógyitására és megelőzésére, a kamrai extrasystolék megszüntetésére, sőt a digitalis- vagy strophantinhatásban keletkezett bigeminia ellen is. Álláspontját azzal okolja meg, hogy szemben a digitalisszal, a strophantinnak nagyobb a közvetett, a szívnek vérellátását javító hatása és kisebb a közvetlen, a vezetést rontó hatása, amelynek következtében extraingerek érvényre juthatnak, tehát strophantinra a szív keringésének megjavulásával az extrasystolék elmúlnak. *Rehn* a keringésnek műtét okozta megterhelését, *Bohnenkamp* a vérkeringési szervek sebészi kezelését, *Keller* a gyermekkori vasoneurosist ismerteti, *Böhme* pedig a szívműködésnek sugárfogó anyaggal végzett érdekes és új megismeréséhez vezető vizsgálatairól számol be. — A tanfolyam előadásai tehát mind fontos és aktuális kérdésekkel foglalkoznak és ezekről a tárgy iránt érdeklődőknek megbízható tájékoztatást nyujtanak.

Herzog prof.

Die tuberkulöse Lungenblutung. *F. Hasselbach.* (Agra.) (Tuberkulose Bibliothek, 67. szám. 46 oldal. 31 ábra. J. A. Barth, Leipzig. Ára: 6.60 RM.) A tüdővérzések 3 csoportja különböztethető meg: 1. *a lobos — allergiás korai vérzés.* Ez elsősorban a hajszálerek útján per diapedesin létrejött vérömleny. Korai beszűrődések, korai cavernák és erős helyi reactióval jelentkező heveny szóródások alkalmával láthatók. E perifocalis vérzések gócreactióként foghatók fel. 2. *A gümős kései vérzés,* mely főként merevfalú cavernákban jelentkezik az endo- és periphlebitises, esetleg aneurysmás érelváltozás következményekép (*Rasmussen*-féle cavernaaneurysma a *Ponfick*-féle agyverőéri aneurysma módjára). 3. *Metatuberculotikus vérzés,* mely a régi zsugorodó, cirrhotikus hegszövetben előálló varicosus véredénytágulatból ered. Példája a régi csúcsgócokból kiinduló vérzés. A korai beszűrődés 15—20%-ban vérzik. Vérzést követőleg röntgenképen elég gyakran mikronoduláris szórás látható, amely nem más, mint alveolitis képében lezajló valódi kis lobos gócképződés. Figyelemreméltó a nagyobb tüdővérzés hatására jelentkező massiv tüdőcollapsus. Tüdővérzésben morphin adása műhiba. A C-vitamin, melynek deficitje tüdővérzésben 1500—3000 mg. lehet, hajszálérfal-tömítő hatása miatt az első csoportba tartozó vérzések esetében nagy adagban gyüjtőérbe fecskendezve, esetleg calciummal és szőllőcukorral combinálva igen jó hatásúnak bizonyul.

Puder Sándor dr.

Les réactions d'équilibre chez l'homme. Étude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante. *Jules Zador.* (Masson et Cie, Paris. VI. 1938. 254 old. 80 fr. 214 ábra.) *Zádor* monographiájában az egyensúlyozási reactiók vizsgálatával foglalkozik. Kisérletei folytatását, kiegészítését és klinikai applicióját jelenti, *Rademaker* és *Garcin* állatoknál alkalmazott módszereinek és megfigyeléseinek. Hatalmas és hézagpótló ez a munka, amelynek jelentősége nemcsak pathognostikus és differentiál diagnostikus szempontból értékes, de az idegrendszer fejlődése különböző fázisainak functiós vizsgálatára is hasznos és új lehetőséget mutat. A szerző monographiája első részében a normális egyensúlyozási állapotok vizsgálatával és a kisérletekben alkalmazott módszerrel tett megfigyelésekről számol be. E részben különösen érdekesek azok a vizsgálatok, amelyeket különböző korú csecsemőkkel és gyermekekkel végzett. Érdekes betekintést nyerhetőnk ezekből a növekvő szervezet idegrendszerének fejlődésébe. Semmiben sem marad el jelentőségében és érdekességében az előzőtől a második fejezet, amely pathologiás egyensúlyozási zavarok vizsgálatával foglalkozik. Sok tanulságos, bár sokszor nem tul sikerült ábra egészíti ki ezt a szép monographiát, amely az egyensúlyozás vizsgálati módjának újszerű beállításával minden bizonnyal a szakemberek körében is elismerést fog kiérdemelni.

Blazsó Sándor dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 3-i ülése.

Bemutatások:

Milkó V.: *Gyomortuberculosis.* 41 éves nőt átjárhatatlan pylorusszűkület kórismével műtét végett helyeztek osztályára. A beteg majdnem inanitiós állapotban volt, minden táplálékot rövid idő múlva kihányt. Az epigastriumban kifejezett nyomásérzékenység, a gyomornedv kissé hyperacid, székletben Weber-negativ. Röntgen szerint a gyomor tágult, atoniás, a bulbus duodeni nem telődik, nyomásérzékeny. 24 óra múlva a contrastpép nagyobb része még a gyomorban van. Műtét alkalmával az erősen dilatált gyomor pylorusát teljesen elzáró, a pankreassal kapaszkodó almányi, kemény daganaton kívül a gyomor serosáján elszórtan nagyszámú miliaris göböket, a csepleszben sok megnagyobbodott puha mirigyet találtak. Gyomorresectio után a beteg simán gyógyult, gyomorpanaszai megszüntek, most már 3 év óta egészséges. A *Zalka prof.* által végzett kórbonctani és kórszövettani vizsgálat a fekélyes gyomortbc. kórismèjét kétségtelenné tette. A pyloruson két nagyobb tölcséres fekélyt találtak, úgy ezek hegesedő sarjszövetében, mint a széli nyálkahártyában a serosán levő göbökben, mint a kiirtott nyirokmirigyekben nagyszámú typikus epitheloid-óriássejtes gümőt lehetett kimutatni. Előadó ezután röviden foglalkozik a ritkán előforduló gyomortbc. pathologiájával és klinikájával és kiemeli, hogy gyógyulás csakis idejében végzett radicalis gyomorresectiótól remélhető.

Milkó V.: *Inoperabilis gyomordaganat visszafejlődése palliativ műtét után.* 26 éves férfit 1935. jan. 31-én vett fel gyomorpanaszai miatt osztályára. 1½ év óta étkezés után gyomornyomás, keserű felböfögés, majd később erősebb fájdalom és hányás jelentkezett. 12 kg. súlycsökkenés. Az epigastriumban nagy, kemény resistentia, a gyomornedvben szabad sósav nincs. Wa. és Weber negativ. Röntgenvizsgálat a pylorus előtti három ujjnyi szakaszon a bulbusra is ráterjedő csőszerű elvékonyodást mutat, az ürülés elhúzódó. Műtétkor a pyloruson kétökölnyi, kemény, dudoros, teljesen fix daganatot találtak, ezért csak hátsó gastroenteroanastomosist végezhettek. Műtét után a beteg 10 kg-ot hízott, panaszai csak 1½ év múlva jelentkeztek újra. Ekkor újabb laparotomiát végeztek abban a feltevésben, hogy talán mégis callosus gyomorfekély és nem malignus álképlet van jelen, de ez alkalommal ugyanazt az inoperabilis nagy daganatot találták. A próbaexcisio a malignus daganat kórismèjét igazolta, de a szövettani képből nem lehetett absolut biztonsággal eldönteni, hogy carcinomáról, vagy reticulumsarkomáról van-e szó. A második műtét óta újabb 2 év telt el. A beteg állandóan panaszmentes, meghízott, az előbb jól kitapintható nagy daganat teljesen eltünt, sőt jelenleg már a röntgenlelet is megközelítően normális viszonyokat mutat. A visszafejlődés csak részben írható a második műtét után nagy időközökben és igen kis adagokkal (400 R) végzett röntgentherapia javára, hanem valószínűleg olyan spontán visszafejlődésről van szó, amit rosszindulatú daga-

natok egyes eseteiben részleges kiirtás után, de minden kezelés nélkül is észleltek. *Janker* bonni prof. nemrégiben 24 ilyen esetet állított össze az irodalomból. Hangsúlyozni kell, hogy minden ily eset elbírálásában nagy óvatosságra van szükség, mert az ú. n. „váratlan és meglepő spontán gyógyulások egy részében téves volt a kórhatározás". Előadó esetében a malignus daganat kórisméje a makro- és mikroskopikus lelet alapján nem lehet kétes. *Végleges gyógyulásról nem lehet beszélni*, de a beteg jelenleg, miután daganata teljesen visszafejlődött és subjectiv panaszai nincsenek, practice egészséges.

ifj. Verebély T.: Az I. sz. sebészeti klinika gyomorrák-anyagát dolgozta fel. 783 gyomorrák-esetből 287 esetben csupán egyszerű laparatomia, 232 esetben tüneti műtét, 26 esetben gyökeres műtét történt. A palliativ műtét kizárólag a táplálkozási nehézség javítására alkalmas, a beteg életét meghosszabbítani egyáltalán nem képes. A gastrostomiával elbocsájtott 28 beteg 1½ éven belül meghalt, átlagosan 7.2 hónappal élve túl a műtétet, 67 gastroenteroanastmosissal elbocsájtott betegből 2 beteg élt 4, ill. 6 évvel a műtét után, de ezen esetekben szövettani vizsgálat nem történt, tehát a rák kórisme kérdéses. A többi beteg átlagosan 6.2 hónappal élte túl a műtétet. 30 elbocsájtott palliative resecált betegből 3 beteg élt még 3 évet, a többi 2 éven belül elpusztult, az átlagos műtét utáni élet 14.3 hónap volt. Ha tehát inoperabilis, szövetileg kórismézett gyomorrák esetében palliativ műtét a táplálkozást lehetővé is teszi, a beteg életét legfeljebb pár hónappal nyujthatja meg. Hogy pedig szöveti vizsgálat nélkül a rákos és gyulladásos eredetű elváltozásokat a gyomorban megkülönböztetni mennyire nehéz, azt a klinikai 1500 resecált gyomorkészítményének vizsgálata megmutatta. Éppen ezért, ha szövetileg diagnostizált rákról van szó, a spontán gyógyulás csak a gyulladásos kisérő tünetek visszafejlődésével magyarázható, a rák gyógyulását megállapítani kizárólag a boncolás hivatott.

Milkó V. válasza: Előadásában kifejezetten hangsúlyozta, hogy a bemutatott esetben nem carcinoma végleges gyógyulásáról, hanem csupán a szövettanilag igazolt rosszindulatú álképlet visszafejlődéséről van szó, amit a röntgenlelet és az immár 4 év óta tartó klinikai tünetmentesség is igazol.

Róna A.: *EKG. vizsgálatok a terhesség, szülés és gyermekágy alatt.* A terhesség alatt többé-kevésbbé megváltoznak mindazok a tényezők, amelyek a szív elektromos jelenségeinek kialakulásában szerepet játszanak. A gyermekágy lezajlásával ismét normális viszonyok állanak helyre. A terhesség, szülés és a gyermekágy alatt felvett elektrokardiogrammok tehát természetes kisérleti anyagul kínálkoznak az EKG. számára, elsősorban pedig a tengelyváltozások viszonyainak tanulmányozására. Az Apponyi Poliklinika szülészeti osztályán 180 esetben vizsgálta a terhesség, szülés és gyermekágy alatti EKG. változásokat. Vizsgálatai alapján matematikai összefüggéseket állapít meg a térbeli elektromos tengelyek helyzetváltozása és a vetületi tengely helyzete és nagysága között. Rámutat arra, hogy miképen lehet matematikai alapon az EKG. kilengéseiből az elektromos résztengelyek térbeli elhelyezkedésére következtetni és felhívja a figyelmet arra a megállapítására, hogy a térbeli T tengely nem mindig egy egyenes vonal!

Vizsgálatai alapján készített felvételeken demonstrálja, hogy a szívnek a terhesség következtében létrejött helyzetváltozásai a tengelyeltolódások mellett rhythmuszavarokat, extrasystolékat és a sinusinger kiindulási helyének megváltozását is okozhatják és hogy a terhesség physiologiás folyamata a helyzetváltozástól független tengelyváltozásokat is hozhat létre anélkül, hogy ezeket már kórosoknak kellene tekintenünk.

Fekete S.: Az EKG. ismertetett változásai arra engednek következtetni, hogy a terhesség alatt gyakran mutatkozó subjectiv szívpanaszok nemcsak az idegrendszer fokozott érzékenységének tulajdonítandók. Más irányú vizsgálatok (düsseldorfi klinika) számszerűleg is kimutatják, hogy a szív tartalékereje a terhesség alatt kifejezetten csökken. Ugyancsak ezek a vizsgálatok kimutatják azt is, hogy terhesség és vitium esetén nem szabad nagyon optimistának lenni. A terhességi segélyezés ideje a jelenlegi 6 hétről legalább a szülés előtti 3 hónapra lenne kiterjesztendő.

Előadások:

Angyal L.: *Digito-oralis agnosiáról.* 3 esetét ismerteti, amelyekben a *Gerstmann*-syndromára emlékeztető tünetegyüttes volt észlelhető. Mindhárom esetben többé-kevésbbé kifejezetten jobb-bal irányzavarok, parietalis typusú agraphiás és amnestikus jellegű aphasiás zavarok voltak. E tünetek alapján a laesio messze a hátsó központi tekervény mögé volt helyezendő és pedig a b. o. angulo-occipitalis vidék, a határos temporalis terület és a temporo-occipitalis átmeneti terület bántalmazottságára kellett gondolni. Feltűnő volt, hogy a hüvelykujj és a szájregio részleges testtájékozódási zavarának az összekapcsolódása ezen testrészeknek a központi tekervényekben való topographiai és functionalis representatiójára utalt. Előadó esetei azt bizonyítják, hogy a testvázlat felépítésében a különböző modalitású centropetalis izgalmak kölcsönhatásán kívüi ősi functionalis strukturák is résztvesznek. Klinikailag jelentőséggel bir az a körülmény, hogy digito-oralis agonisa, vagy tiszta ujj-agonisa van jelen, vagyis hogy a táplálkozási actus szolgálatában álló ősi mechanismus, amelyben a fogókéz mint a megragadás eszköze szerepel és mint ilyen, csakis két részből áll, avagy a finoman differenciált 5 ujjra tagozódott kéz károsodott-e. A bemutatott esetek egyikében sem állott fenn számolási zavar, ami kapcsolatba hozható azzal, hogy a számolás alapját az ujjakon való számolás képezi, amely utóbbinak feltétele pedig éppen a két részből álló fogókéznek a fejlődés rendjén ujjakkal biró kézzé differentiálódása.

Krepuska I.: *A vörheny orr- és szemüregi szövődményei a Szent László-kórház anyagában.* 1937—38. évben 61 súlyos orrmelléküreg-gyulladásban szenvedő skarlátos beteget kezelt, amelyhez 28 ízben (45.9%) igen súlyos szemüregi szövődmény is társult. Kiemeli a vörheny nagy affinitását a felső légutak nyálkahártyája iránt, majd a gyermekkori orrmelléküregek sajátságos bonctani viszonyait ismerteti újszülött- és gyermekkoponya-metszeteken. Rámutat a korai kórismézés és pontos orrtükri vizsgálat jelentőségére. Kezdetben conservativ gyógykezelést végeznek, de ha ez 24—48 óra alatt nem eredményez javulást, vagy ha további szövődmény keletkezésére van gyanú, a beteg melléküreg tág feltárását végzi el. Az orbitalis tályogot, phlegmonét gyermeknél a már úgyis megnyitott Highmoor-barlangon át tárta fel sikerrel több esetben. Megfigyelése szerint kívülről is meg kell nyitni a tályogot, ha a geny már kifelé, az orbita körüli lágyrészekre, vagy az arcra tört át. Gyermekeknél leggyakrabban a rostasejtek gyulladása okozott szemüregi szövődményt. 60 betege meggyógyult, egy gyermek halt meg, aki már kifejezett meningitis tüneteivel került osztályára. Szemizombénulást, látászavart a műtétek után nem észlelt. A súlyos szövődmények ellenére elért igen kedvező gyógyeredmény (98.4%) egyes adatainak ismertetése után gyógyult eseteinek műtét előtt és műtét után készült fényképfelvételeit mutatja be.

Budai I.: Septikus, genyes complicatiók megakadályozására régóta alkalmasnak ismerik a chinint, kérdi előadót, alkalmazzák-e a Szent László-kórház beteganyagán ezen eljárást?

Kiss P.: Nagyjelentőségűnek tartja Krepuska eljárását. A bemutatott szövődmények gyermekkori, különösen fiatal gyermekkori vörhenynek legfélelmesebb complicatiói szoktak lenni. Ezért igen hamar igénybe kell venni a sebészi megoldást, mert e complicatiók gyorsan terjednek tova. Ellenjavalltnak tartja a chinin intravenás adagolását, mert a vörhenyesetek egy részében a szív vezető rendszere is elváltozott és a chininnek végzetesen kedvezőtlen hatása jöhet létre.

Krepuska I.: A vörheny fent ismertetett súlyos szemüregi szövődményeinél chemiai szerek adására, vagy azok kipróbálására legtöbbször már nincs idő. Megemlíti, hogy *Fabinyi* a Szent László-kórház nagy beteganyagában megállapította, hogy az adenotomizált és tonsillektomizált gyermekek jóval kisebb százalékban kapják meg a skarlátot és a szövődmények ritkábbak és nem olyan súlyosak, mint a nem operáltaknál. Végül örömmel hallja, hogy a gyermekklinikán hasonló tapasztalatokat szereztek a skarlátos orr- és szemüregi szövődményekkel kapcsolatosan.

GLUTEPSIN

glutaminsavas sósav és pepsin

gyomorsavhiány, gyomorsavcsökkenés eseteiben

a gyomorszekréció legerősebb ingere

Mintát és irodalmat kívánságra megküld

TRES R. T. Budapest II3.

A Közkórházi Orvostársulat január 18-i ülése.

Bézi I.: Elnöki megnyitó: Mindenekelőtt emlékezzünk meg az elmult esztendő halottairól. Az Igazgató-tanács tagjai közül tragikus körülmények között elhunyt *Libermann Leó* főorvos. Meghalt *Ritoók Zsigmond* ny. központi kórházigazgató főorvos, *Winternitz Arnold* ny. közkórházi főorvos, és *Horváth Mihály* ny. közkórházi főorvos. Társulatunk Igazgató-tanácsának hosszú időn át valamennyien kiváló, lelkes tagjai, diszei voltak. E kiváló férfiak emlékét jegyzőkönyvünkben megőrökítjük és kegyeletünket felállással fejezük. ki.

Nyugdijaztatás folytán az Igazgató-tanács tagjai közül kiváltak: *Kiss Gyula*, ráthonyi *Reusz Frigyes* és *Marsovszky Pál* főorvosok. Mind a hárman lelkes, munkás tagjai voltak Társulatunknak. Kérjük őket, hogy Társulatunk iránt továbbra is érdeklődjenek.

Főorvosi kineveztetés révén az Igazgató-tanács tagjai lettek: *Gajzágó Dezső*, *Hauber László*, *Jacob Mihály*, *Schilling Béla*, *Schmidt Lajos*, *Szirmai György*, Zalkáné *Gaál Aurélia* és *Zich Sándor* főorvosok.

Amikor az Igazgató-tanács új tagjait erről e helyről szívből üdvözlöm, úgy főorvosi, mint az ezzel szerves kapcsolatban lévő — Társulatunkban kifejtendő munkásságukhoz sok sikert és szerencsét kivánok. Biztosra veszem, hogy a tudományos munkálkodással járó önképzés és a példaadás rendkivüli fontosságát teljesen átérzik s jól tudják, hogy az orvos tekintélyének és boldogulásának elsősorban ez az alapja. Kérem őket, hogy tudományos üléseinket szorgalmasan látogassák és azon úgy maguk, mint munkatársaik minél gyakrabban szerepeljenek.

Mélyen tisztelt közgyülés! Illő dolog ez alkalommal, hogy még egy rövid pillantást vessünk az elmult esztendőre és az eljövendő felé. Tavalyi beszédemet erről a helyről a következő szavakkal fejeztem be: „Nagy idők közelednek felénk. Ugy látszik harcra kell felkészülnünk, teljes fegyverzettel. A küzdelemre felkészülés fokozott erőfeszítést kiván, mert csak igy állhatjuk meg helyünket a népek versenyében". A harc egy része lezajlott: Egymillió, testvérünk visszatért hozzánk. Azoknak a történelmi eseményeknek hatása alól, melyek ezt az örömünnepünket megelőzték, egy magyar szív sem vonhatta ki magát. Azt szokták mondani: „inter arma silent musae" — mégis örömmel állapitjuk meg, hogy Társulatunk munkásságában lényeges szünetet nem okozott az elmult esztendő, bár több magunk elé tüzött feladatot a jövőre kellett halasztanunk.

Mit hoz a jövő? Tagadhatatlan, hogy mi magyarok is a társadalmi evolucio karát éljük. Kollektivismus és individualizmus, materialista és idealista jelszavak hangzanak körülöttünk. Mi legyen az álláspontunk ezekkel szemben? Foglalkozzunk- e egyáltalán politikai kérdésekkel, vagy maradjunk meg visszavonultan szorosabb szakmánk mellett? Bármilyen legyen is a jövő társadalmi berendezkedésünk, nézetem szerint teljesen visszavonulnunk nem lehet, már csak azért sem, mert úgy látszik, hogy nemzeti életünkben az érdekképviseletek még több szerepet kapnak. Bármiféle kollektiv rendszert azonban egyének, individumok alkotnak s igy hogy ha az egyénekből kivész az ideálizmus, kivész a fejlődés, a magasabbra törés, a kiválásnak vágya és hogyha az egyén csak a többiektől, csak a társadalomtól várja boldogulását, nem lehet az hasznára a közösségnek, hanem csak hátrányára és kárára a társadalomnak és igy az egész nagy kollektivitásnak, a nemzetnek.

Ismétlem, hogy a nagy idők még nem multak el felettünk. Készüljön Társulatunk minden egyes tagja, hogy biztos vértezettel helytállhasson a népek nagy versenyében.

Ezekkel a gondolatokkal van szerencsém üdvözölni a Közgyülés igen tisztelt tagjait és a 47. közgyülésünket megnyitni.

Kalocsay K. titkári jelentése és **Hochenburg E.** pénztáros jelentése, utána **Bézi I.** bejelenti, hogy az Igazgató-tanács *Bézi István* elnököt, *Raisz Dezső* alelnököt, *Kalocsay Kálmán* belső titkárt újra megválasztotta. Indítványára a közgyülés a tisztikar többi tagjait újra megválasztotta. Azután kiosztja a jutalmakat.

Faludi G.: *A gyermekkori lugmérgezésekről. 22. és ½ és tapasztalatai és tanuságai.* (Semmelweiss előadás.) A Szent István körkórház gyermekosztályán 22 és ½ év alatt 938 friss lugmérgezettet és 784 nyelőcsőszükületben szenvedő gyermeket, összesen tehát 1722 olyan beteget kezeltek, kik a lugmérgezés következményei miatt kerültek felvételre. A betegek között a fiúk 55.40%-al, a leányok 44.60%-al szerepelnek. Kor szempontjából az 1—3 éves kor predominál (60%). Halálozás friss lugosoknál 19.19%, stricturásoknál 13.40% összanyagban 16.62%. Feltünő sok (40%) a vidéki beteg. A friss lugmérgezés halottai közül 83.33% az első 3 nap alatt halt meg. Mérgezések 98% véletlen baleset, 1% öngyilkossági kisérlet, 1% gyilkossági kisérlet következménye. A szükületek leggyakrabban a nyelőcső középső és alsó harmadában együttesen fordulnak elő. A félkemény sondákkal való kezelés eredményei igen rosszak (16% halálozás mellett csupán 37% teljes gyógyulás). Az oesophagoskop segélyével történő tágítás nem veszélytelen. 26 művi oesophagusperforatiót észleltek, közülük 5 már perforált állapotban került felvételre. Az összes perforáltak közül csupán kettőt sikerült megmenteni. Foglalkozik a perforatiók klinikai tüneteivel, gyakoriságuk csökkentésének lehetőségével, valamint kezelésükkel. Taglalja a perforáló orvos felelősségének kérdését. A szükületekben megmaradt idegen testek eltávolítására az oesophagoskopot tartja legalkalmasabbnak, bár kisebb gyermekeknél s inveterált eseteknél ez az eljárás sem veszélytelen. Részletesen tárgyalja a *Salzer* által inaugurált korai sondázást s annak tapasztalatai alapján gyermekeknél feltétlen hive. Előnyei: rövidebb kezelési idő, 75% teljes gyógyulás jóval kevesebb veszteség mellett. Sajnálatos, hogy ez a kezelési mód még mindig nem terjedt el oly mértékben, mint azt megérdemelné, mert általánossá válása esetén a legsúlyasabb szükületek eltünnének szemeink elől. A rendes sondákkal nem tágítható súlyos szükületek eseteiben a *Hacker* által ajánlott végtelen fonállal való retrograd kezelést alkalmazták, melyet gastrostomia előz meg. A levezetett sonda kihalászására 1930-ban optikai eszközt szerkesztettek *(Erdélyi Gyula)*, melynek segítségével a művelet veszélytelenül s elég könnyen keresztülvihető. A kezelés hosszadalmas néha évekig is elhuzódik, de még igen súlyos esetekben is jó eredmények várhatók tőle. A gastrostomia veszélyei: sipolyinsufficiencia fellépése (különösen fiatal és leromlott betegeknél) gyomorfal usurálása a fekvő gyomorcső által. Mióta a *Bárdossy* által módosított u. n. szárnyas gyomorcsöveket használják, melyek a catheter becsuszását megakadályozzák, ezt a veszélyt kiküszöbölték. Rendkívül fontos a gastrostomizált betegek leggondosabb ápolása és táplálása.

Miután a lugmérgezett és stricturás betegek kezelése nem ad kielégitő eredményeket, újból előtérbe kerül a megelőzés kérdése, melyet előadó már 11 év előtti előadásában a leghatározottabban hangsúlyozott s melyet csak úgy érhetünk el, ha drákói rendeletekkel a lugkövet véglegesen kitiltjuk a háztartásokból. Sajnálattal állapitja meg, hogy bár az azóta eltelt 11 év alatt az orvos szakemberek előadásokban, memorandumokban és felterjesztésekben minduntalan sürgették az egészségügyi kormányzattól ezt az elhatározó lépést, az nem történt meg. Nem egyszer kaptunk mértékadó helyekről igen biztató igéreteket, de azoknak beteljesülését titokzatos erők mindig elgáncsolták. Ennek következménye, hogy világviszonylatban a gyermekkori lugmérgezések terén ma is még Magyarországé a vezető szerep. Előadása végén azzal a kérdéssel fordul az egészségügyi kormányzathoz: vessen véget ennek a hazánk gyermekegészségügyére oly szomorú fényt vető szégyenletes állapotnak. Miután évtizedes tapasztalatok igazolják, hogy sem az egészségügyi propaganda, sem az alkalmazott félrendszabályok nem voltak képessek az annyira óhajtott sikert biztosítani s a lugkő ma ép úgy pusztítja a magyar gyermekeket, mint évtizeddel ezelőtt, — *szüntesse be a legradikálisabb intézkedéssel a lugkő árusítását és ezt a rendeletet a legszigorubb büntető sankciókkal bástyázza körül.*

HETI KRÓNIKA

Almási Balogh Pál — orvostudományunk egyik múlt-századbeli kiválósága — 1825-ben tett németországi tanulmányútja során útba ejtette Göttingent is, amint arról a Budapesti Királyi Orvosegyesület könyvtárában őrzött kiadatlan naplójában beszámol*). Elsősorban persze *Blumenbach* érdekelte, az anatomia nagynevű professora, akit sietett is meglátogatni. A barátságos beszélgetés során az ősz *Blumenbach* elismeréssel emlékezett meg 3 magyar orvosról: „Nagy dicsérettel említette *Dr. Szombathinkat*,. . . *Gyarmathit, Weszprémit* . . ." A három közül *Gyarmathi Sámuel* (1751—1830), a kiváló erdélyi orvos személyes ismerőse is volt, hiszen két évi göttingai időzése után 1799-ben itt jelent meg híres munkája, a magyar nyelvnek a finn-ugor nyelvekkel való rokonságát bizonyító: „*Affinitas lin-*

guae Hungariae cum linguis Fennicae originis grammatice demonstrata". A német *Gabelentz Gyarmathit* ezért a művéért az összehasonlító nyelvészet apjának nevezte.

Magyar orvos, mint az összehasonlító nyelvészet megalapítója! Valóban érdekes, hogy orvosokkal milyen gyakran és mily különös vonatkozásokban találkozunk. A Lhassa-felé igyekvő *Kőrösi Csomát* útjában angol orvosok (*Dr. Gerard, Dr. Campbell*) támogatják és amikor már sírja a darjeeling-i temetőben domborodik, ismét orvos, az angol gyarmati szolgálatba lépett, emigráns-magyar, *Görgey* egykori segédtisztje: *Duka Tivadar* az, aki a rávonatkozó adatokat összegyüjti, életrajzát megírja, gondoskodik műveinek magyar és angol nyelven való megjelentetéséről. Orvosok — *Suolathi, Krogius, Runeberg* és *Hahl* professorok — vannak segítségére *Pehr Evind Svinhufvud*-nak, a finn köztársaság későbbi elnökének, a vörösök elől való izgalmas rejtőzködésben, amelynek eredményeképen születik meg *az önálló Finnország.*

*

Si vis vitam, da sanguinem — olvashatjuk egy orvosi emlékérmen a feliratot. Érvényes mondás nemcsak az egyén, de a nemzetek életében is. A finn nemzeti önállóság kivívása súlyos véráldozatokba került és most, amikor a közelgő *Olympiára* való tekintettel a világ figyelme Suomi felé fordul, kötelességünk, hogy északi rokonunknak valóban egyedülálló sportteljesítményei mellett tisztelő elismeréssel emlékezzünk meg a többiekről is, amelyeket a kulturális élet minden terén — így az orvostudományokban is — elért.

Egyúttal őszintén be kell vallanunk, hogy keveset tudunk róluk, sokkalta kevesebbet, mint a finnek Magyarországról.

Vajjon hányan tudják, hogy a Vilma királynő-úti református templom finn-magyar stilusban épült? Mindnyájan ismerjük a laboratoriumában egy reagenscső figyelmes nézegetésébe elmerült *Pasteurt* ábrázoló festményt, de hányan tudják, hogy a finn festőművészet egyik legnagyobbjának, *Edelfelt*-nek a műve? A Kerepesi-úti temetőben nyugszik *Maywald József*, a tudós piarista tanár, akinek tankönyveiből merítettük valamennyien az orvosi pálya szempontjából is oly fontos görög ismereteinket, de ki tudja, hogy a síremlékét az éveken át Budapesten élt kiváló finn szobrásznak, *Liipola Yryö*-nek alkotása díszíti? Középiskolai tanulmányaink emlékeképen él bennünk a Kalevala, de vajjon hányan olvastuk *Vikár Béla* pompásan gördülő fordítását? Hányan ismerjük Finnország irodalmát és történetét, hányunknak vannak pontosabb értesülései a finn orvostudományról?

Elismerjük, a finn nyelv a nehezebbek közé tartozik, de Suomi szellemi termékeinek megismerése lelki gazdagodást jelent mindenki számára és jó fordításokban napról-napra könnyebben hozzáférhetők. A rokonság — amire *Gyarmathi Sámuel* az *„Affinitas"*-ban rámutatott — e téren is kötelez. Az *egyetem* 300 éves, a *Budapesti Királyi Orvosegyesület* 100 éves jubileuma alkalmából nagy számmal érkezett üdvözlő iratok közül meleg testvéri hangjukkal kiválnak a finn egyetemek és orvosi társaságok üdvözlései. Azok az érzések, amelyeket *Eino Leino:* „A magyarokhoz", vagy *Larin-Kyösti:* „Hymnus Hungariae" című költeményeikben kifejeznek, nem maradhatnak viszonzatlanul.

*

Éppen ezért elismerés illeti meg azokat, akik a két testvérnemzet közötti orvosi kapcsolatok kimélyítése terén úttörő munkát végeztek, mint *Jeney Endre, Belák Sándor, Darányi Gyula* professorok, *Morelli Gusztáv* egyetemi magántanár, *Keleti József dr., Koralewsky Géza dr., Gaskó Dezső dr.*, hogy csak a legérdemesebbeket soroljuk fel. Számos finn barátunk közül *Mustakallio*-t említjük első helyen, aki nyelvünk és nemzetünk iránt érzett rajongásából kifolyóan tökéletesen megtanult magyarul. A *Magyar-Finn Társaság Orvostudományi Szakosztálya* minden rendelkezésére álló eszközzel igyekszik szolgálni a közeledést, s ugyanezt célozza az *Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága* kiadásában a közeljövőben megjelenő *„Orvosképzés"* kötet is, amely a finn orvostudomány kiválóságait a magyar orvosokkal fogja megismertetni.

*

Suomi modern orvostudományának bölcsője a Helsinki-i egyetem, amely ugyancsak az *Olympia* évében, 1940-ben ünnepli alapításának 300 éves jubileumát. Eredetileg *Turku*-ban alapította 1640-ben *Krisztina* királynő, de az 1827-ben a város nagy részét, — köztük az egyetem új épületét is — elpusztító borzalmas tűzvész után *I. Sándor cár* Helsinkibe helyeztette át.

Az orvostudományok fejlődése szerves összefüggést mutat az egyetem orvosi karának történetével és a derekasan végzett munka eredményét bizonyítják a finn orvostudomány nagyjainak világszerte ismert és tisztelt nevei. *Tigerstedt* nevét az élettanból, *Estlander*-ét a mellkasi sebészetből, *Tallquist*-ét a haematologiából ismerjük. *Schauman*-nak a vészes vérszegénységre vonatkozó kutatásai közérdeklődést keltettek. *Ylppö* neve a gyermekgyógyászat, *Wichmann* és *Leidenius* nevei a szülészet terén közismertek.

*

Orvosegyesületeik közül a legrégibbet 1820-ban a *Turku*-i akadémia hallgatói alapították, de a nagy tűzvész után működése végetért. A legrégibb, azóta is fennálló finn orvosegyesület az 1835-ben alapított *Finska Läkaresällskapet.* Jóval fiatalabb a nemzeti eszme élesztése és ébrentartása szempontjából is nagy fontosságú, 1881-ben alapított „Duodecim" egyesület, amelyet 12 orvos alapított. (Innen a név is). Az alapítók vezére *Matti Ayräpää*, aki egyúttal a finn fogorvosképzés alapjainak megvetésében is elévülhetetlen érdemeket szerzett. Az egyesület 1931 november 18-án ünnepelte félszázados fennállásának jubileumát. Ebből az alkalomból művészi érmet is veretett, amelynek előlapján a 12 alapító arcképe látható. A *Duodecim-egyesület* 1885. óta adja ki a hasonló című finn nyelvű orvosi lapot és 1926. óta az évente egy kötetben megjelenő *„Medicina Fennica"* című referáló folyóiratot, amely német, angol és francia nyelvű referátumaiban hű képét adja a megelőző év finn orvosi irodalmának.

*

Orvos volt, mégpedig az igénytelenségig egyszerű és végtelenül emberszerető, a Kajaani-i körorvos, a finnek Homerosa: *Lönnrot Illés*, aki a finnek nemzeti büszkeségét a *Kalevala*-t egybeszerkesztette. Érdekes, hogy az észteknél az ugyancsak orvos *Kreutzwald Frigyes* teremti meg az összegyüjtött hatalmas anyagból a Kalevipoeg-et.

A *Kalevala* valóban egyedülálló szépségű alkotás a világirodalomban. Nagy ajándékot kapott nemzetünk amikor *Vikár Béla* egy élet munkájával a legtökéletesebb fordításban helyezte asztalunkra. Olvasása közben sok rendkívül érdekes orvosi vonatkozással is találkozunk, így pl. amikor *Vejnemöjnen* térdsebét a kovács *Ilmarinen* meggyógyítja, de talán legmegragadóbb az egészből az, amikor a XV. énekben *Lemminkejnen* édesanyja varázshatalmával meggyilkolt fiát feléleszti.

*) L. *Korbuly Gy.:* Almási Balogh Pál *„Némethoni napló"*-ja 1825-ből. Gyógyászat, 1938. 14—16.

Semmelweis a szülészet összes tanáraihoz intézett nyilt levelében (1862) felsorolja a tanítása mellett állástfoglalókat. Hivatkozik köztük *Pippingsköldre*, a helsingforsi közkórház szülészére, aki levelében a következőket írta a lelki összeomlás felé sietö magyar géniusznak: „A világ e távol sarkáról is több tényt mondhatnék el, mely igazolja az Ön nézetét a gyermekágyi lázról." Elképzelhetjük milyen örömet szerezhetett ez a levél *Semmelweis*nek az „egyedül helyesnek megismert tan" körül dúló szenvedélyes támadások közepette. Érdekesnek tartjuk megemlíteni, hogy *Johnsson* a *Duodecim* 1933. évfolyamában *Semmelweis*nek egy finn előfutárjáról emlékezik meg, *Ehrström* (1803—1881) Tornio-i körorvos személyében. *Ehrström* 1840-ben megjelent doktori értekezésében a Helsinki-i szülőintézetben 1836—37-ben észlelt gyermekágyi láz *„epidémiával"* foglalkozik, amelynek lefolyását, mint az említett intézet segédorvosa közvetlenül megfigyelhette és annak a nézetének adott kifejezést, hogy a gyermekágyi lázat intézetekben az orvosok és bábák viszik át egyik gyermekágyasról a másikra. *Ehrström* felfogása, akárcsak a svéd *Cederschjöld*-é az angol contagionista orvosokéhoz hasonló.

*

Finnországban is egyre inkább előtérbe lép az a törekvés, hogy a szülések *lehetőleg* intézetben folyjanak le. E téren ugyancsak haladás mutatkozik, mert míg 1900-ban az intézeti szülések százalékos viszonya az összes szülésekhez 3.6 volt, 1930-ban e szám 20.1-re emelkedett.

Érdekes, hogy svéd mintára 1879-ben Finnországban is törvényt bocsájtottak ki, amely bábáknak is megengedi — bár korlátozott mértékben — fogóműtétek végzését. *Siirala* ezzel a kérdéssel foglalkozó 1934-ben megjelent tanulmányában kimutatja, hogy az utóbbi évtizedek folyamán a bábák által végzett fogóműtétek különben sem nagy száma állandó csökkenést mutat, amiben főleg a közlekedés javulásának és az orvosok száma növekedésének van szerepe.

Az ország szülőintézetei között első helyen áll a Helsinki-i egyetem 1934. október 3-án felavatott gyönyörű női klinikája, amelynek építési- és berendezési költségei 30 millió finn márkát tettek ki. A hatalmas épületben tulajdonképen két klinika van elhelyezve, az I. sz. *Wichmann*, a II. sz. *Leidenius* igazgatása alatt.

Wichmann szerkeszti a klinikának *„Annales Instituti Obstetrici et Gynecologici"* címmel megjelenő, sokszor hatalmas kötetet képező évkönyvét. Az *„Annales"* 1931. évi kötetében jelent meg *E. Pelkonen: Über volkstümliche Geburtshilfe in Finnland* című, igen alapos (366 oldalas!) és értékes munkája. Az előszóban elismeréssel emlékezik meg *Temesváry Rezső: „Előítéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Magyarországon"* című, 1899-ben megjelent művéről, amelyet „ausserordentlich wichtige Veröffentlichung"-nak nevez. Ugyanitt jelent meg 1933-ban *Pelkonen*-nek az előbbit kiegészítő műve: *„Über erste Pflege des Neugeborenen"* címmel.

Követésreméltó példaadás rejlik *Pelkonen* munkája mögött. A *Duodecim* már alapítása évében felvette célkitűzései közé *a finn nép orvosi folklore-jának* összegyüjtését és vizsgálatát. 1907-ben már két ösztöndíjas kiküldött folytatott idevonatkozó tanulmányokat Észak-Finnországban, majd 1914—16-ban *Wichmann* vette kezébe az irányítást. Minden részletre kiterjedő mintaszerű kérdőíveire hatalmas folkloristikai anyag gyűlt össze s ez képezi *Pelkonen* munkáinak a magvát.

Sajnos, nálunk az orvosi folklore iránt is alig látunk érdeklődést. *Temesváry* könyvét, *Liszt Nándor* idevonatkozó szép közleményeit említve, alig is lehet folytatni a további felsorolást. Pedig milyen egyszerű lenne a még élő magyar orvosi folklore összegyüjtése és milyen hálás szerep juthatna e téren a vidéki kartársaknak, akik a falu népének hűséges társai a bölcsőtől a koporsóig vezető úton.

*

A *lepra* endemiás betegség Finnországban. (Ne feledjük, hogy a leprabacillust a norvég *Hansen* fedezte fel.) A betegek száma azonban csekély és többnyire a legszegényebb néposztályokba tartoznak. A számbeli előfordulást szemléltetik a következő adatok: 1893: 52, 1897: 67, 1904: 95, 1924: 57, 1931: 34. Mint ebből is kitűnik, a betegség csökkenőben van. 1904. óta *Tampere* közelében, *Orivesi*-ben egy 50 beteget befogadó *leprosorium* működik, amelyben az ország összes leprás betegének kb. a felét ápolják. A többi beteg odahaza tartózkodik, mert idevonatkozó törvényes intézkedés nincs s így a leprás beteg akarata ellenére nem kényszeríthető a leprosoriumba. *Cedercreutz*, aki 1933-ban ezzel a kérdéssel foglalkozott, annak a nézetének adott kifejezést, hogy legalább a *lepra tuberosa* betegek helyeztessenek el kötelezően a leprosoriumba.

*

Koskenniemi, a kiváló finn író jogos önérzettel írja: „Szép, de gyéren termő földjén a finn megfontolással és tetterővel erőteljes kultúrát teremtett" Ezen kultúra további kiépítésében fáradhatatlan a finn dolgos keze. Ez a kéz lehet durva, ha szálfát úsztat a száguldó hegyi folyón és lehet kifinomodott, ha betegágy fölé hajolva a stethoskop után nyúl. De szorítása egyformán testvéri, ha kezünkkel fonódik össze. *Strümpell*, a lipcsei egyetem néhai belgyógyász professora önéletrajzában leírja, hogy egyik útja alkalmával egy magas északon lakó orvossal került össze, aki nagy elismeréssel emlegette híres tankönyvét. *Strümpell* beismeri, hogy jóleső érzés fogta el, amikor elgondolta, hogy könyve a messze észak hómezőin is okulással szolgálhatott egy ismeretlen orvosnak. Mennyivel melegebb érzés kell, hogy támadjon bennünk, amikor arra gondolunk, hogy a messze északon él és szüntelenül munkálkodik egy bámulatosan fejlett kultúrájú nép, amellyel bennünket a legszentebb rokonság: az anyanyelvé és származásé örökre és elválaszthatatlanul összefűz.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 6. sz. *Jarisch és Richter:* A Bezold-effektus: egy feledésbe ment keringési reactio. — *Rost:* Tápszervizsgálatok allergiás bőrbetegségekben. — *Höring, Dighenopoulos* és *Schmid:* Organotrop aggressinek. — *Wieland:* Positiv complementkötési reactiók tuberculosis-specifitása cerebro-spinalis folyadékban. — *Schmengler* és *Ferenbach:* Hepatopathiák allergiás keletkezéséről. — *Franke* és *Birch-Hirschfeld:* Ulironresorptio és kiválasztás. — *Lingjaerde:* Schizophreniások májzavarai. — *Scheid:* Válasz Lingjaerde közleményére. — *Kuschinsky* és *Bundschuh:* Hátsólebeny-készítmények húgyhajtó hatása és ennek viszonya a vasopressin antidiuretikus hatásához. — *Lexer:* A C-vitamin befolyása a törésgyógyulás alatti reactiv vérbőséggel. — *Braun:* A diabeteses lencseelváltozások problémája.

Deutsche Medicinische Wochenschrift, 6. sz. *Hübner:* Alapvető kérdések a tetanus kezelésében. — *Bauke:* Klinikai poliomyelitis tapasztalatok a Würtenberger Unterlandban. — *Thiele:* Férfiak essentialis hypochromanaemiás típusú anaemiáiról. — *Tende:* Fiúgyermekek hyperthyreoismusa és sexualis anomaliái. — *Mathlo:* Polarographikus mérések jelentősége idült gastritisekben. — *Baráth:* Physiko-chemiai erők változása diabetes insipidusban. A hypophysisátültetés hatása. — *Vogel:* Polyneuritis seruminjectio után. Jelentés a német tapasztalatokról. — *Doxiades:* Terhességi hányás, mint a C-hypovitaminosis jele. — *Reichardt:*

Új !! Új !!

Super-Lysoform

Rendkivül baktericid

(1%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococcust)

Adiposalgia genus medialis. — *Bloesser:* Súlyos stomatitis ulcerosa gyógyitása általános alkalizálással. — *Jessen:* Polyneuritis és B1-vitamin. — *Mayer:* Psychotherapia a nőgyógyász rendelésén.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 6. sz. *Jagic és Zimmermann:* Totalis thyreoidektomia szív- és keringési zavarokban szenvedő betegeken. — *Kupas:* Az arrhythmia absoluta kérdéséhez. — *Eigler:* A peritonitis-serum alkalmazási területe. — *Emmler:* A pneumolysis technikája és utókezelése cavernás felsőlebenytuberculosisban. — *Dietel:* A női genitaltuberculosis prognosisa. — *Schulze:* Gondolatok a szülészeti kábálomról (Dämmerschlaf). — *Albrecht:* A szülési fájdalomcsillapításról. — *Becking:* Spasmo-cibalgin a szülészet és nőgyógyászatban. — *Mulert:* Enuresis kezelése calcium bromobilacticummal. — *Kern:* Egyszerűsitett alapanyagcsere-kiszámítás.

Wiener Klinische Wochenschrift, 6. sz. *Homma:* Kötőszövetfelépítés és elasticitás. — *Breu és Seyfried:* Differentialdiagnostikai nehézségek tüdőactinomycosisban. — *Drexler:* Egészségügyi tisztek a német hadseregben.

Medicinische Klinik, 6. sz. *Kestermann:* Izzasztó kúrák belső betegségekben. — *Joachim:* Keringési gyengeség heveny fertőző betegségekben. — *Meinertz:* Orvos, orvostudomány és lelki kezelés. — *Nestmann:* A prostatatúltengés hormonalis kezelése. — *Frey:* Mesenterialis mirigygümőkór és gümős hashártyalob. — *Bumm:* Allergosisok tünettana és kezelése. — *Schmidt:* A specifikus túlérzékenység ingadozása szénalázban. — *Brünning:* Növények periodikus évi folyamatainak physiologiája.

La Presse Medicale, 10. és 11. sz. *Mondor:* Székfoglaló előadás a párisi „Faculté de Medicine" kórtani tanszékén. — *Doumer:* Szívbetegek oedemájának complex mechanismusa. — *Mauriac:* A heveny tüdőgümőkór diagnostikus nehézségei. — *Rist:* Tévedések a Casoni-féle sensibilisatiós reactióval echinococcus-tömlők esetében. — *Guyot, Creyx,* stb.: Asthma és Basedow-kór — *Ravina:* A nátha prophylaxisa. — *Durand:* Bárányhimlő és pseudo herpes zoster.

The Lancet, febr. 11. *Agranat, Dreosti, Ordman:* A tüdőgyulladás kezelése 2 (p-aminobenzolsulphonamido) piridinnel. — *Israëls:* Az idült myeloid leukaemia kezelése. — *Mc. Faddin:* Az appendix testis megcsavarodása; — *Fleming:* Mindkét arteria poplitea aneurysmája; — *Black:* Hugyanyürülés haematemesisben; — *Marrack* és *Höllering:* Befecskendezett aneurin kiürülése; — *James:* A rectum intraperitonealis repedése.

The Journal of the American Medical Association jan. 21. *Black:* Idült méhnyakhurut; — *Roome:* A mellékvesék láthatóvátétele levegőinjectio segítségével; — *Ingraham* és *Heyl:* Subduralis haematoma a gyermekkorban; — *Parkinson:* Ephedrin physiologiás vehiculumban és mély-fej-tartás az orr és sinus megbetegedések kezelésében; — *Mitchell:* Sinusitis gyermekekben; — *Bank és Renshaw:* Idült felületes gyomorhurut; — *Freeman:* Gastroskopia összehasonlítva más gyomorlaesio diagnosisára szolgáló methodusokkal; — *Bodansky* és *Duff:* A vérsavó calcium tükrének szabályozása terhesség alatt.

British Medical Journal. febr. 11. *Findlay:* Virusbetegségek; — *Lőrincz* és *Davis:* Intra-uterin aspiratio; — *Gill:* Direct inguinalis Lernia; — *Mc. Cluske:* A syphilis átvitele vérátömlesztéssel; — *Mumford:* Bőrvédő szer; — *Deeny* és *Booker:* Lenszűrők klinikai és socialis tanulmányozása; — *Wrench:* Egészség és talaj.

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Henszelmann Aladár* dr. egyet. magántanárt a miskolci kórház főorvosát a MÁV. Horthy Miklós kórháza és rendelő intézete igazgató-főorvosává; *Varasdy Sándor dr.* szombathelyi üzletvezetőségi főorvost pedig ugyanezen kórház és rendelőintézet helyettes igazgató-főorvosává nevezték ki.

Halálozás. *Dillnberger Emil dr.* tb. vm. főorvos f. hó 9-én, 69 éves korában elhúnyt.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete orvosnői csoportja *Anna királyi hercegasszony Őfensége* legmagasabb védnöksége alatt, *dr. Darányi Gyuláné* Őméltósága fővédnökségével február 19-én, vasárnap este pontosan 1/2 9 órai kezdettel a Baross Szövetség székházában (Múzeum-utca 17) a MONE-székház javára művészi műsorral egybekötött zártkörű *jótékonycélú farsangi estélyt* rendez. A meghívó felmutatása szigorúan kötelező. Jegyek és meghívók vigalmi bizottság elnökénél (Nagyné *dr. Dubánszky Adél,* Szabóky-utca 51, telefon: 141-369) és a bizottság tagjainál *(dr. Menyhárd Irén,* Fery Oszkár-utca 84, telefon: 155-014, *dr. Molnár Klára,* IX., Gr. Haller-utca 16, telefon: 135-134, *dr. Pinkay Anna,* VIII., Nap-utca 15., *dr. Urr Ida,* IX., Üllői-út 101, telefon: 121-380) igényelhetők. Belépőjegy ára 2 pengő. Megjelenés magyar, vagy kis estélyi ruhában.

A Szanatóriumok és Magángyógyintézetek Szövetségeinek Nemzetközi Uniója ez évben Baden Badenben tartja meg III-ik Nemzetközi Congressusát április 23-tol 28-ig. Az előadásokra, utazásra, részvételre vonatkozó felvilágosításokat ad a Kongressleitung der U. I. S. P. Berlin W 15 Uhlandstrasse 171—172, avagy az Unio alelnöke: *Groó Béla dr.,* igazgató-főorvos, Budapest, Margitsziget.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület legközelebbi *elsősegítségnyujtó tanfolyamát* február 20—25-éig tartja, minden nap este 6—1/2 8-ig. Jelentkezni lehet levelezőlapon, vagy a tanfolyam megkezdésekor.

A mecseki tüdőbeteg szanatórium felépítését illetőleg új tárgyalások folytak az OTI. és Pécs városa között, melynek értelmében a régi tervet valósítják meg az OTI. többmilliós pénzügyi befektetésével. Hír szerint a szanatóriumot 300—400 beteg befogadására tervezik és az építési költségekre 5—6 millió pengőt irányoznak elő. Pécs városa természetesen ezuttal is ingyen telket ajánlott fel a mecseki fenyveserdők legszebb és a célnak legjobban megfelelő részein.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának tevékenysége. (Chronicle of the Health Organisation. 1939. I. 2. szám.) 1. Uj Zéland kormánya 250 fontot szavazott meg 1939. évre az Egészségügyi Osztály singaporei *„Keleti Hivatala"* részére. E hivatal költségvetésének 60%-át a Népszövetség, a többit a távol-kelet államai viselik. — 2. Az elmúlt esztendőben a malária kérdésében érdekelt államok véleményét kérték egy nemzetközi conferentia tartására vonatkozólag. *A conferentia a malária-ellenes szerek előállításának, szétosztásának és használatának kérdéseivel kiván foglalkozni* és ezideig 17 állam — közöttük Magyarország — a conferentia megtartása mellett foglalt állást. — 3. Az Egészségügyi Bizottság (Health Committee) japán tagja, *M. Tsurumi dr.,* aki 1923. óta, tehát a Tanács megalakulása óta működik, tagságának megszüntetését kérte. — 4. Az Egészségügyi Osztály legutóbb megjelent *„Bulletin"*-je közli az 1938. júliusában a testnevelés ügyében tartott értekezlet jelentését, az Élelmezési Bizottság technikai albizottságának jelentését, az Egészségügyi Tanács évi jelentését és *J. Orskov dr.* közleményét a himlővaccina standardizálásáról. — 5. Az Egészségügyi osztály Járványügyi Szolgálata most adta ki az *1936. évi adatokat tartalmazó jelentését,* amely a fertőző betegségekre vonatkozó részletes táblázatokon kívül egyéb demographiai adatokat is tartalmaz. E táblázatok, amelyek a világ lakosságának közel 93%-ára vonatkoznak, értékes adatgyüjteményt képeznek. — *Petrilla Aladár dr.*

Olcsó utazás Olaszországba. Május 14-től 21-ig terjedő időben a Magyar Egyetemi és Főiskolai Hallgatók Országos Szövetségének idegenforgalmi irodája, a „Mefhosz Travel" egy rendkívül kedvezményes árú utazást rendez Olaszországba 98 pengős részvételi díjjal. Az utazás során Velence—Róma—Nápoly—Capri-t tekintik meg magyar vezetéssel, művésztörténeti előadások kíséretében. Érdeklődőknek részletes ismertetőt készséggel és díjmentesen küld a Szövetség idegenforgalmi irodája. Cím: *MEFHOSz. Travel,* Budapest, IX., Ferenc-krt. 38. Telefeon: 18-72-74.

VOMISAN KUP

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

Prágában január utolsó hetében 300.000 grippés beteg volt. Az összes kórházak túlzsúfoltak.

Niederland Indiában a lepra megbetegedések száma nagy mértékben csökken, mely valószínűleg az Ottenschvaccina alkalmazására vezethető vissza. 1934-ben 7637 személy halt meg lepra következtében, míg 1937-ben már csak 998-an. Az 1938. évi adatok még hiányoznak.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik febr. 7—13 között. Ez a hét kitünő példaként szolgál arra, hogy valamely időjárási periódus a felsiklás iránt érzékeny egyének számára teljesen nyugalmas lehet, a betörési front iránt érzékenyek számára viszont egyidőben a lehető legsúlyosabb jellegűvé válhat. Gyakran tapasztalható, hogy egyazon időszakot az időérzékenyek egyik csoportja kedvezőnek, a másik igen rossznak nyilvánítja. Ez a meteoropathia casuistikájában igen sok zavart okozott mindaddig, amíg a két frontfajta fogalmi megkülönböztetése meg nem történt. Az elmult héten *felsiklási front egyetlen esetben sem érkezett, az erős betörési frontok pedig (az időjárás tavaszi átalakulásával kapcsolatban) igen nagy számban vonultak át felettünk* és különösen a hét második felében a betörési frontok sűrű egymásutánban követték egymást. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:*)

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Február	7	15	betörési	gyenge	Szélfordulás K-ről Ny-ra, max. seb. 5 m/mp.
	8	12	„	„	„ D-ről Ny-ra, lökések 6 m/mp.
	8	15	„	mérsék.	Hirtelen szélrohamok, max. seb. 13 m/mp.
	8	18	„	„	Szélford, K-ről Ny-ra, szélrohamok 13 m/mp.
	8	21	„	„	Hirtelen szélélénkülés 8 m/mp.
	8	24	„	„	„
	10	3	„	„	Szélcsend után hirtelen szélvihar 14 m/mp.
	10	6	„	gyenge	Hirtelen szélélénkülés 10 m/mp-re.
	10	9	„	mérsék.	Kis zápor, széllökések 16 m/mp-ig.
	10	10	„	„	Kis záporok 0·5 mm, feltünő szivárvánnyal.
	10	14	„	erős	Szélvihar, 15 ó-kor 22 m/mp.
	10	17	„	„	Kis zápor. Postfront. szélvihar 22 m/mp-ig.
	11	5	„	mérsék.	„ szélélénkülés 15 m/mp-ig.
	11	8	„	erős	Kivételes erejü postfront. szélvihar 25 m/mp.
	12	12	„	mérsék.	Szélélénkülés 17 m/mp-ig.
	12	20	„	„	„ 15 „
	13	5	„	gyenge	„ 10 „
	13	9	„	mérsék	Hirtelen szélélénk. max. seb. 15 m/mp 14 ó.
	13	20	„	gyenge	Kisebb hirt. széllökésekből álló postfr. szél.

*) A táblázatban szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai.

A Fehér Kereszt Gyermekkórház

Erdei Gyógyintézete

3-15 éves gyermekek részére egész éven át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágositás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9. Telefon: 143-419.

129—1939. sz. Zalaegerszeg megyei város közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló közkórházban kinevezés folytán megüresedett egy *segédorvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés. A kinevezés kettő évre szól, mely további 2—2 évre javaslatomra meghosszabbítható. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, sebészeti gyakorlattal birók előnyben részesülnek, a kinevezett orvosdoktor állását köteles azonnal elfoglalni.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos dr. Brand Sándor Zalavármegye alispánjához címezve, a kórház igazgatójához nyujtandók be. A beküldés határideje *1939. évi április hó 15-ének déli 12 órája.*

A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. erkölcsi bizonyítványt, 3. magyar állampolgárságot igazoló okmányt, 4. magyar orvosi diplomát, 5. Curriculum vitae-t, 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, 7. az eddigi működést igazoló bizonyítványokat, 8. Orvosi Kamarai tagsági igazolást és végül 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat.

Elkésve érkezett, vagy nem kellően felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati főnökük útján nyujtsák be.

Zalaegerszeg, 1939. február 4.

Dr. Jancsó Benedek
kórházigazgató-főorvos.

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

Csanádvármegye Szent István Közkórháza Igazgatóságától. 64—1939. ikt. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Csanád-Arad-Torontál k. e. e. vármegyék alispánjának 2143—1939. al. számú felhatalmazása alapján pályázatot hirdetek a vezetésem alatt álló kórházban lemondás folytán megüresedett egy *sebész alorvosi* állásra. Az állás javadalmazása a 300—1935. B. M. számú rendeletben megállapított XI—3. fizetési osztálynak megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, továbbá az önköltségi ár 50%-os térítése ellenében nyujtott élelmezés. Bentlakás kötelező. Magángyakorlat tilos. Az állás elnyerése iránt oly nőtlen, magyar állampolgárok pályázhatnak, akik valamely hazai egyetemen orvostudori oklevelet szereztek. Szakorvosok előnyben részesülnek. Pályázók szabályszerűen felszerelt kérvényüket Dr. Kászonyi Richárd főispán úrhoz címezve, a kórház gazdasági hivatalában legkésőbb *1939. évi február hó 22-én déli 12 óráig* annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező pályázatokat nem veszszük figyelembe. Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket feletteseik útján terjesszék be.

A kinevezés egy évre szól, amelynek lejárta után újabb egy-egy évvel meghosszabbítható.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési, 2. erkölcsi bizonyítványt, 3. orvostudori (szakorvosi) oklevelet, 4. családi állapotot igazoló értesítőt, 5. magyar honosságot igazoló bizonyítványt, 7. politikai megbízhatóságot igazoló bizonyítványt, különös tekintettel a forradalom alatt tanúsított magatartásra, 8. sajátkezüleg írt curriculum vitae-t, amelyhez katonai okmányok csatolandók.

Makó, 1939. évi február hó 4-én.

Dr. Uray Vilmos s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
kórházigazgató-főorvos.

A „LEO RETARD INSULIN" – protamin Insulin – standard készítmény, megbízható, egyenletes hatású

8662—1939. fj. Debrecen sz. kir. város Polgármestere.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Debrecen sz. kir. város törvényhatóságánál, a m. kir. Belügyminiszter Ur 30.333—1939.—IV. sz. leiratával jóváhagyott, 301—1937. Bkgy. sz. közgyűlési határozattal újonnan szervezett *egy külsőségi kerületi városi orvosi* állásra pályázatot hirdetek.

Az állást, az 1936:IX. tc. 11. §-ának (1) bekezdése értelmében, a m. kir. Belügyminiszter Ur kinevezés útján tölti be.

Az állás a IX. fizetési osztályban szerveztetett meg s az utána járó illetményeket, a mindenkori kormányhatósági jóváhagyást nyert közgyűlési határozatok szabályozzák.

A 316—1936. Bkgy. sz. közgyűlési határozat értelmében, a kinevezendő orvos köteles a kormányhatósági jóváhagyást nyert 301—1937. Bkgy. sz. közgyűlési határozattal újból megállapított egészségügyi kerületi beosztás szerint a szolgálati beosztásnak megfelelő kerületben s a város polgármestere által közelebbről megjelölendő helyen lakni.

A szabályszerűen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket a m. kir. Belügyminiszter Ur Önagyméltóságához címzetten, ennek a pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" című hivatalos lapban közzétételétől számított 15 nap alatt, közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton, más pályázók pedig közvetlenül, a városi közigazgatási iktatóhivatalba (Debrecen, Városháza, földszint 8. szám) tartoznak benyujtani.

A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonat, nős pályázóknál házassági anyakönyvi kivonat, *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt, *c)* a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt és pedig az 1140—1936. B. M. sz. rendelet szerint értve ezalatt: állampolgársági bizonyítványt, honosítási, visszahonosítási okiratot, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. §-a alapján történt igénylését (optió) tanusító igazolványt, vagy olyan illetőségi bizonyítványt, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26. napján is fennállott, *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, *f)* a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt. Az 1936:IX. tc. 12. §-ának (1) bekezdése értelmében a most meghirdetett városi orvosi állásra olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tisztiorvosi vizsgát még nem tett. Az ilyen orvos azonban az emlitett képesítést a hivatkozott törvényszakaszban előírt határidő és a törvényes következmények terhe alatt megszerezni köteles. *g)* polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, *i)* a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, *j)* az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat, *k)* az esetleges nyelvismereteket igazoló adatokat.

A pályázók kérvényükben a 920—1937. B. M. sz. rendelet értelmében nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivataloknál, közintézeteknél és közintézményeknél állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e, avagy sem?

Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölniök.

Az a pályázati kérvény, amely ezt a fentebb előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

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

Debrecen, 1939. február hó 10.

Polgármester.

Sedyl tabl. 10×0·10
megbizható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum
Sedyletta tabl. 30×0·015
Általános hatásu psychikus megnyugtató, kitünő spasmolitikum
Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.
Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, V

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.

Svábhegyi Szanatórium
Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosaikat, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.
Lahmanszerű kúrák **Bircher—Benner-féle nyers-diéta**

608—1939. szám. A salgótarjáni járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádvármegye salgótarjáni járáshoz tartozó mátraverebélyi közegészségügyi körben véglegesen megüresedett s jelenleg helyettesítés útján betöltött *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A közegészségügyi körhöz Mátraverebély székhelyközségen kívül Szupatak, Sámsonháza, Nagybárkány, Kisbárkány, Márkháza és Mátraszöllős községek tartoznak.

Az állás javadalmazása a 62.000—1926. B. M. sz. rendeletben megállapított fizetés, a fennálló törvényes rendelkezések szerint csökkentve, természetbeni lakás, továbbá a rendelőszoba bére, fűtése és világítása fejében havi 12 P különjárulék, a megállapított évi fuvarátalány és a vármegyei szabályrendeletben meghatározott rendelési és látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett és felmerült pályázati kérvényüket a m. kir. Belügyminiszter úrhoz címezve ezen hirdetménynek az „Orvosi Hetilap„ c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hatóságomnál nyujtsák be. A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-ában felsorolt okmányokat és a 920/1937. B. M. sz. rendelet által előírt nyilatkozatot kell csatolni. A magyar honosság az 1140—1936. B. M. sz. rendeletben felsorolt okmányok egyikével igazolandó. A kellőképen fel nem szerelt, vagy határidőn túl benyujtott kérvények figyelembe nem vehetők.

Az 1936. évi IX. tc. 12 §-a értelmében körorvossá ezuttal kivételesen oly orvos is kinevezhető, aki tiszti- vagy körorvosi vizsgát még nem tett. Az ilyen orvos azonban köteles a kinevezés napjától számított 3 éven belül a tisztivagy körorvosi képesítést megszerezni, különben állását veszti.

Salgótarján 1939. február hó 7-én.

Dr. Mattyasovszky Kamill s. k.
főszolgabíró.

Mária Valéria Közkórház, Balassagyarmat.
230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő *kisegítő orvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendelet értelmében megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre szól és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítással és tiszti élelmezés, valamint 80 P havi dijazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. március 19-én déli 12 óráig* Soldos Béla dr. főispánhoz intézve a kórház igazgatójához nyujtandók be.

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

Balassagyarmat, 1939 február 2-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos.
kórházigazgató-főorvos

91—1939. sz. Körmend nagyközség közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Körmend nagyközség közkórházában körorvossá történt kinevezés folytán megüresedett *alorvosi állásra* és amennyiben az alorvosi állásra a kórházban alkalmazott kisegítő orvos neveztetnék ki, a megüresedő *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a B. M. 300—1935. sz. rendelet értelmében a XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény, egy bútorozott szobából álló lakás és az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében elsősztályú élelmezés.

A kisegítő-orvosi állás javadalmazása havi 80 pengő, egy bútorozott szobából álló lakás és első osztályú élelmezés, melyért megtérítést nem kell fizetni.

Az alorvos kinevezése két évre szól, mely idő elteltével állása pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű, bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. A kinevezés egy évre szól.

Magángyakorlatot sem az alorvos, sem a kisegítő orvos nem folytathat.

Az alorvosi állás betöltésénél sebész szakorvosok előnyben részesülnek.

Pályázni óhajtók kérvényüket Horváth Kálmán dr, alispánhoz címezve, hozzám nyujtsák be.

Pályázati határidő: *1939. március hó 15.*

A kérvényhez csatolni kell: a születési anyakönyvi kivonatot, hatósági erkölcsi bizonyítványt, magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét, szigorlati bizonyítványokat és közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.

Körmend, 1939. február hó 6.-án.

Remetei Filep Ferenc dr.
kórházigazgató-főorvos.

HETIREND

Február 20-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Kalapos Imre:* A fehérvérűség elkülönítő kórismeje.

Február 21-én este 3/47 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Rejtő Sándor:* A chronikus középfülgenyedések modern gyógyító eljárásáról, az e téren előforduló leggyakoribb hibákról.

Február 21-én, d. u. 1/27 órakor a Magyar Phonetikai Társaság évi rendes közgyűlése és tudományos ülése (Orr-, gége- és fülklinika tantermében). — Előadás: *Sófalvy Rózsa:* Adatok a hibásbeszédűek örökléstanához.

Február 22-én este 1/27 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának ülése (Orr-, gége- és fülklinika). Bemutatás: *Rejtő Sándor:* Arcidegekből kiinduló neurofibroma esete. *Kelemen György* és *sz. Liebermann Tódor:* Többszörös koponyatörés fülsérüléssel.

Február 23-án este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság tudományos ülése (Poliklinika). Bemutatás: *Gondos Béla: a)* Vesekörüli állományba perforált vesekő; *b)* Vérzésokozta telődési hiány a vesemedencében. — Előadás: *Bach Ernő:* A duplavesék röngtenologiája.

Február 24-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Sorozatos előadások havonta: Az újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából. III. előadó: *Boros József:* A szívizom betegségeinek EKG. diagnosisa és prognosisa. — Hozzászólnak: *Doleschall Frigyes, Dobozi Elemér, Egedy Elemér.*

Lapunk mai számához a Chinoin vegyészeti gyár rt. Ujpest, *Vitaplex-B*-ről szóló ismertetését mellékeltük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

ORIZA a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó **száritott rizsnyák**
csecsemőgyógyászatban tejhigitására és gyógytáplálékul használatos rizsnyákoldatok gyors elkészitésére.
KÖZGYÓGYSZERELLÁTÁS TERHÉRE RENDELHETŐ.
Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

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

Magyarországon 1939 január 29 től február 4-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis Mb	Mt	Paratyphus Mb	Mt	Dysenteria Mb	Mt	Diphtheria Mb	Mt	Scarlatina Mb	Mt	Mening. Cerebrosp. e. Mb	Mt	Poliomyelitis ac. ant. Mb	Mt	Anthrax Mb	Mt	Morbilli. Mb	Varicella Mb	Pertussis Mb	Influenza complic Mb	Malaria Mb	Typhus exanth Mb	M
1. Abaúj-Torna	—	4	6	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.825	-	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	1	3	-	—	—
3. Baranya	251.877	1	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	-	9	2	1	16	—	—	—
4. Bars és Hont	—	—	—	-	—	—	—	--	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	3	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	—	4	—	-	—	—	—	1	—	4	1	1	—	—	—	—	—	1	2	3	--	4	—	—
6. Békés	338.711	1	—	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	11	5	7	7	—	—	—
7. Bihar	182.832	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	1	—	—	—
8. Borsod	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	5	18	—	—	--
9. Csanád-Arad-Torontál	174.906	—	—	—	—	—	—	4	—	3	—	--	—	—	—	—	—	51	8	—	11	—	—	—
10. Csongrád	148.042	--	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	4	—	—	—
11. Esztergom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	231.414	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	--
13. Gömör és Kishont	—	—	-	—	—	—	—	—	—	2	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	--
14. Győr-Moson	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.047	—	—	—	—	—	—	4	—	--	—	—	—	—	—	-	—	11	—	2	5	—	—	—
16. Heves	324.605	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	7		—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	424.811	--	—	—	—	1	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	--	7	—	—	—
18. Komárom	—	1	—	—	—	—	—	7	—	8	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	3	—	—	—
19. Nógrád	—	—	1	—	—	—	—	2	—	1	--	—	—	—	—	—	—	22	2	—	2	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	—	—	-	—	—	—	—	2	—	3	—	—	-	—	—	—	-	3	—	—	1	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.488.044	5	1	—	-	—	—	3)	1	46	2	—	—	—	—	—	—	8	12	7	39	—	—	—
22 Somogy	391.293	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	7	2	13	—	—	—
23. Sopron	142.161	---	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	--	1	—	1	—	—	—
24. Szabolcs	—	1	—	—	—	—	—	5	2	1	—	—	—	1	—	—	—	50	5	8	25	—	—	—
25. Szatmár	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	--	2	—	—	—
26. Tolna	265.128	3	—	—	--	—	-	1	—	3	—	—	—	-	—	—	—	-	5	1	8	—	—	—
27. Ung	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—	—	1	—	—
28. Vas	271 879	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	—	4	—	—	—
29. Veszprém	248.965	1	—	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	9	4	1	1	—	—	—
30. Zala	369.809	—	—	—	—	—	—	6	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	16	—	—	—
31. Zemplén	—	3	—	—	—	-	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—	-	1	—	—	8	1	—	—
I. Baja	31.249	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1 059.287	2	—	—	—	4	—	28	1	68	—	—	-	—	—	—	—	12	36	8	31	—	—	--
III. Debrecen	126.696	—	—	—	—	—	—	—	--	4	—	—	-	—	—	—	—	16	3	2	3	—	—	—
IV. Győr	51.043	—	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.184	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	1	—	—	—
VI. Kassa	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	—	—	—
VII. Kecskemét	83.010	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	6	—	—	—
VIII. Miskolc	66.943	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—
IX. Pécs	71.850	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	4	—	—	—
X. Sopron	35.918	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.341	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	1	—	5	1	—	—
XII. Székesfehérvár	41.999	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:*	—	34	9	2	—	9	—	130	5	193	3	3	1	3	—	—	—	300	114	68	264	7	—	—
Medián 1931—38		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—	—	—	—

* Lakosság számának megállapítása folyamatban van.

HYPERTONIA ÉS CLIMACTERIUMI ÉRLABILITÁS KEZELÉSÉRE
CHOLPARIN-CHINOIN
20 TABLETTÁS PHIOLA

Centrum Kiadóvállalat rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál utca 14. Telefon: 14—44—22. Felelős: Welker József.

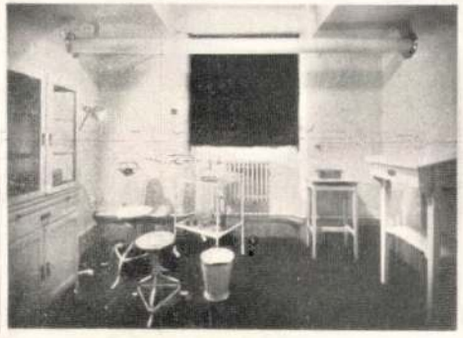
Műmelléklet Neuber Ede dr. „Ifjúságunk egészségvédelme" című cikkéhez. (O. H. 1939. 8. sz.)

BELGYÓGYÁSZATI RENDELŐ

SEBÉSZETI RENDELŐ

DERMATOLOGIAI és VENEROLOGIAI RENDELŐ

SZEMÉSZETI RENDELŐ



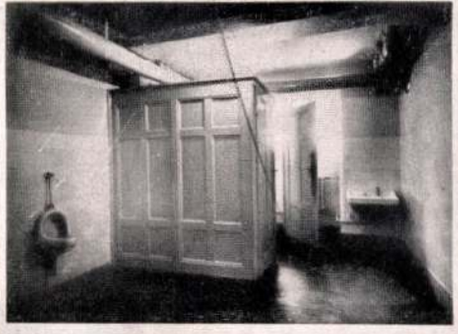
FÜL-ORR- és GÉGÉSZETI RENDELŐ

KÖZPONTI ÉPÜLET

STOMATOLOGIAI RENDELŐ

A RENDELŐ HELYISÉGEK KÖZÖS FOLYOSÓJA

VÁRÓ HELYISÉG



MOSDÓ és W. C.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem hallgatóinak orvosi rendelő intézete a központi épületben.

83. évfolyam. 8. szám. Budapest, 1939 február 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: Ifjúságunk egészségvédelme. (173—177. oldal.)
Dzsinich Antal és **Gallé Tibor:** A histamin hatásmechanismusa. (177—180. oldal.)
Kenedy Dezső: A kisérleti viszketés keletkezése. (180—183. oldal.)
Véghelyi Péter: Felszívódási vizsgálatok Giardia-val fertőzött gyermekeken. (183—184. oldal.)
Fórizs Ödön: Új magyar sugárfogóanyag (neorenumbral) az intravenás pyelographiához. (184—186. oldal.)
Benderek István és **Külley László:** Gyógymasszázs és mechanotherapia. (Folytatás.) (186—187. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Irodalmi szemle: Belgyógyászat. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Szemészet. — Urologia. (187—190. oldal.)
Könyvismertetés: (190. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (190—194. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika (194—196. oldal.
Lapszemle, vegyes hírek, hetirend: (196—200. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

Ifjúságunk egészségvédelme.*

Írta: *Neuber Ede dr.*, egyetemi ny. r. tanár.

A Magyar Tudományos Akadémiában székfoglalóm tárgyául a magyar ifjúság egészségvédelmének problémáit választottam, mégpedig elsősorban azért, mert munkáim közül fiatalságunk egészségügye terén végzett kutatásaimat a legfontosabbnak tartom; ezek ugyanis ifjú nemzedékünknek, vagyis országunk és nemzetünk virágának, a jövő igéretének testi és lelki épségével foglalkoznak, amelyen hazánk életképessége és boldogulása épül fel.

Egészségügyi vizsgálataim zsengekorú gyermekekre, I. oszt. elemi iskolásokra, továbbá vitézi gyermekekre és végül egyetemi hallgatókra vonatkoznak. E kutatásokban mindenkor az a törekvés lebegett szemem előtt hogy magyar ifjúságunknak elsősorban is biologiai katasterét, vagy amint én neveztem el: „biologiai telekkönyv"-ét ismerjük meg, mert csakis ennek birtokában tudhajuk meg, hogy fiatalságunk soraiban milyen betegségek pusztítanak, s okoznak azok egészségében károkat, ennélfogva melyek ellen kell küzdenünk. Utóbbiak között tudvalévőleg olyan betegségek is szerepelnek, amelyeket, ha idejében nem orvosolunk, akkor azok a fiatal szervezet életfáját állandóan rágcsálják, roncsolják, korai elhalást okozhatnak, sőt még az utódok egészségét és életét is veszélyeztethetik, amit pedig minden rendelkezésünkre álló eszközzel meg kell akadályoznunk.

Utóbbi mondatban elérkeztem egészségügyi kutatásaim legfontosabb részéhez, vagyis a megelőző egészségügyi munka megszervezéséhez. A mai hygienés beállításunkban a gyógyító és megelőző törekvések tulajdonképen egymástól már nem választhatók el, sőt kell, hogy ezek egymással karöltve haladjanak s tulajdonképen egymást kiegészítsék. Kell továbbá, hogy ezek az elgondolások elsősorban fiatalságunk egészségvédelmére vonatkozzanak. — *Betegségeiket elsősorban azért kell felkutatnunk, hogy azokat meggyógyítsuk, ezzel azonban a megelőzés célkitüzéseit is szolgáljuk, ami elsősorban a fertőző betegségekre vonatkozik.* Fiatalságunk egészségében különösen a súlyosabb természetű fertőző betegségek tesznek kárt — elsősorban a tuberculosis, továbbá a syphilis, stb. —, ha pedig e fertőző betegségeket sikerül leküzdenünk, vagyis meggyógyítanunk, akkor ezzel a munkánkkal nemcsak a beteg gyermeket, vagy ifjút gyógyítottuk meg, hanem sikerült megakadályoznunk azt is, hogy utóbbiak egészséges társaikat megfertőzzék; ebben látom e téren kifejtett munkásságom legátütőbb teljesítményét.

Sokkal fontosabb ugyanis súlyosabb természetű fertőző betegségektől (pl. tuberculosistól, syphilistól. trachomától, stb.) a fiatalságot megvédeni, mint meggyógyítani, mert előbbi esetben nem volt alkalmuk és lehetőségük a szervezetet megtámadni s abban kárt okozni. Súlyosabb fertőző betegségekből teljesen kigyógyult egyének ugyanis satnyákká, nyomorékokká és bénákká is válhatnak, mert e betegségek kigyógyítása, vagyis a bakteriumok teljes kipusztítása után is a szervezetben olyan ártalmas elváltozások maradhatnak vissza, amelyek javítása, stb. már nem lehetséges. *Épen ezért lép mindinkább előtérbe a praeventiv egészségügyi munka.* Minden rendelkezésünkre álló eszközzel és módszerrel tehát arra kell törekednünk, hogy fiatalságunktól elsősorban azokat a betegségeket tarsuk távol, amelyek kedvezőtlen, sőt ártalmas befolyást gyakorolnak biológiai katasterük kialakulásában.

Már több értekezésemben rámutattam arra, hogy a testi és lelki épség az egyéni és nemzeti lét integráns tényezője, csak ez biztosíthatja nemzetünk öröklődési anyagának megőrzését. Az ősöktől nyert jó és értékes öröklődési anyag a nemzeteknek ugyanis a legnagyobb és legértékesebb kincse, amelynek megőrzése és javítása az utódok szent kötelessége. Rektori székfoglalómban különösen rámutattam arra is, hogy az élet nagy szinpadján olyan események is játszódnak le, melyek az öröklődési anyagra kisebb-nagyobb mértékben ártalmas befolyást gyakorolhatnak; e behatások rendszerint átmeneti jelentőségűek, lehetnek azonban olyanok is, amelyek a csiraplasmában végleges, meg nem változtatható kárt okoznak. Igy pl. ismerünk az ókorból olyan nemzeteket, amelyek egészen kíváló idioplasmával rendelkeztek, idők folyamán ez az öröklődési anyag

*) A Magyar Tudományos Akadémia 1939 február 20-iki ülésén tartott székfoglaló előadás kivonatos szövege.

azonban olyan kedvezőtlen befolyás alá került, hogy e nemzetek vitalitását, ellenállóképességét, prosperitását igen hátrányosan befolyásolta.

Egészségügyi munkáinkban elsősorban azokkal az ártalmas behatásokkal kívántam foglalkozni, melyek fiatalságunk öröklődési anyagára jelentenek súlyosabb veszedelmet, vagyis már abban a korban fejtik ki ezt a hatásukat, amikor ez a fiatal szervezet az állam, a társadalom és a család szempontjából még nem tette meg a kötelességét, vagyis nem gondoskodott utódokról. Mindenkor különösképen hangsúlyoztam azt, hogy egészen más elbírálás alá esik olyan betegség, amely a fiatal szervezet csiraplasmáját támadja meg, vagy pedig olyan, amely az idősebb emberét; a fiatal egyének csiraplasmájának kedvezőtlen befolyásolása következtében ugyanis a jövő nemzedék testi és lelki egészségének kialakulása szenved csorbát, ezzel szemben az idősebbek idioplosmájának megromlása tulajdonképen csak az egyedet érinti. E tételnek megszívlelése nemzetünk jövőjének biztosítása szempontjából rendkívül nagy fontosságú. Ha nem tudjuk ugyanis fiatalságunk testi és lelki épségét biztosítani, akkor nemzetünk sorsa már a közeljövőben meg van pecsételve, mert az első értékesebb idioplasmával bíró ellenfél könyörtelenül végigdübörög agonizáló testünkön, hogy ősi hazánkból kiszorítson.

Háborúk rendkívül nagy károkat okoznak nemzetek és népek idioplasmájában. Az 1914—18-as világháború is súlyos és igen kedvezőtlen áthangolódást okozott a nemzetek csiraplasmájában, mert a legértékesebb emberanyag nagy részét a különböző harctereken hantolták el, ezzel szemben az utánpótlás már többnyire a kevésbbé értékes öröklődési anyaggal bíró egyénekből történt, akik a világháborúban katonai szolgálatra alkalmatlanoknak bizonyultak. Nekünk most már szent kötelességünk egyrészt, hogy a megmaradtak értékes öröklődési anyagát a legmesszebb menő módon védjük, hogy ez ártalmat ne szenvedjen, másrészt a kevésbbé értékes öröklődési anyagot feljavítsuk. E körülmények késztették a különböző népeket és nemzeteket arra, hogy a világháború után az embervédelemmel a legbehatóbban foglalkozzanak. A nagy világégés (1914—18) után csak egy haszon származott az „ember"-re, s ez a haszon főleg abban nyert kifejezést, hogy az „ember"-t észrevették, az „ember" egészségével kezdtek komolyabban foglalkozni, mert nyilvánvalóvá vált, hogy ez az egyedüli út és lehetőség, amely nemzetek és országok létét biztosítja. Ma már nem elégedhetünk meg a békebeli egészségügyi politikánkkal, amikor az egyedek kitermelését a természetes selectióra bíztuk. A selectiónak ezt a nemét ma már nem bírjuk, mert nem tudjuk a testileg és szellemileg kisebb értékűeket eltartani, hanem igyekeznünk kell a csiraplasma feljavításával a kisebb értékűek számarányát csökkenteni.

Ezek az elgondolások késztettek arra, hogy a debreceni iskolás gyermekek és egyetemi ifjak egészségügyével behatóbban foglalkozzam, vagyis átfogó klinikai és laboratoriumi kutatásokkal feltárjam biologiai kataszterüket, s igyekezzem annak a szintjét emelni. Vezetésem és irányításom mellett közel 10.000 debreceni I. oszt. elemi iskolás tanulót, 947 vitézi gyermeket és 3000 debreceni egyetemi hallgatót legkülönbözőbb betegségekre, különös tekintettel azonban a súlyosabb természetű fertőző bajokra, vizsgáltuk át, mert e kórságok nemcsak a beteg tanulót veszélyeztetik, hanem környezetét, vagyis az egészséges tanulótársakat is.

Mielőtt e kutatások eredményeire, továbbá gyakorlati értéküknek tárgyalására kívánnék rátérni, meg akarom még említeni, hogy azért választottam az I. oszt. elemi iskolások egészségügyi átvizsgálását, mert ennél még fiatalabb korban ilyen vizsgálatokat rendszeresen nem végezhetünk. Hisz az óvó ma még teljesen fakultativ intézmény, ennélfogva a gyermekeknek e korában nem lehet rendszeres, vagyis az összes egykorú gyermekekre kiterjedő egészségügyi vizsgálatokat végezni. Ilyen beállításban tulajdonképen már az óvóban is elkéstünk az egészségügyi átvizsgálásokkal, mert ezeket a csecsemő-, vagy a magzatkorban vagy még inkább a házasságkötés előtt kellene végezünk, hogy fiatalságunk fejlődését a legkedvezőbb biologiai mederbe tereljük. *Különösen annak az elgondolásnak kívántam mindenkor érvényt szerezni, hogy korántsem elegendő a tanulókat az I. oszt. elemi iskolás korban egészségügyi vizsgálatnak alávetni, véleményem szerint épenolyan fontosságú, sőt még fontosabb, ha a tanulókat már az elemi iskola I. oszt. tanterme küszöbének átlépése előtt is egészségügyi szempontból átvizsgáljuk, s a súlyosabb természetű, főleg a fertőző betegségben szenvedő tanulókat előbb megfelelő kezelésben részesítjük s csak gyógyulásuk, de legalábbis fertőző képességük elvesztése után engedjük őket az elemi iskola I. osztályának tantermébe egészséges társaik közé. Az egészségügyi vizsgálatoknak ezt az alakját „egészségügyi sorozásnak" neveztem el;* utóbbinak törvénybeiktatása céljából már 1934-ben törvénytervezetet készítettem s azt a magyar királyi Belügyminisztériumba nyujtottam be. Egészségügyi vizsgálataim során minden okom megvolt és megvan ma is arra, hogy az egészségügyi sorozásnak kötelező beállítását kérjem, mert minden kétséget kizárólag megtudtam állapítani azt, hogy fertőző betegségek (különösen a tuberculosis, gombás, stb. betegségek) a tanév végén jóval nagyobb százalékban találhatók fel az egyes osztályokban, mint a tanév elején. Ez tulajdonképen érthető is. A gyermekek nagyrészét a szülők féltő gonddal őrizték otthonukban, ahol nem volt alkalmuk fertőző betegségeket szerezniök, az I. oszt. elemi iskola küszöbének átlépése után azonban alkalom adódott, hogy a különböző fertőző betegségeket beteg társaiktól elkapják.

Igy pl. 1934-ben egyik debreceni iskola I. osztályában 52 tanuló közül 3 heveny syphilisben, 5 súlyos activ gümókorban, 26 fej-, illetve ruhatetüben, 17 bélféregben szenvedő gyermeket találtunk; e statistikai adatok milyen nagy nyugtalanságot keltettek volna ama szülők körében, akiknek egészséges gyermekei ezt az osztályt látogatták!

Már régebbi munkáimban rámutattam arra, hogy nemcsak a szegényebb, hanem a hygiénés célokra is igen sokat áldozó nyugati államokban is az állatvédelem sok tekintetben előbbre van, mert a gazda ujonnan vásárolt állatait nem engedi be a régebben vásárolt, egészségesnek bizonyult állatai közé, vagyis nem bocsátja be abba a karámba, ahol az egészséges állatait tartja. — Vajjon miért nem részesítjük hasonló védelemben az I. oszt. tanulóinkat, amikor belépnek a „kulturkarámba" vagyis az I. oszt. elemi iskolába?! Mindent el kell követnünk tehát, hogy e téren is a megelőzés irányelveit szigorúan szem előtt tartsuk, mert syphilissel, tuberculosissal, stb. megtörtént fertőzések után a gyógyítás hosszú időt és pénzáldozatot kíván s még sokkal szomorúbb az, hogy e betegségekből történt kigyógyulás után a beteg gyermekek egy részében különböző szervekben súlyos, helyre nem hozható elváltozások maradnak vissza, melyekről fentebb már említést tettem.

A debreceni I. oszt. elemi iskolás gyermekeket tehát a szervezet legkülönbözőbb természetű betegségeire vizsgáltuk át; a dermatologus-venereologus, a gyermekgyógyász, a nőgyógyász, a sebész, az orr-, gége-, fülorvos, a stomatologus, a röntgenologus résztvett e mun-

kában. Szervi betegségeken kívül elsősorban syphilisre, tuberculosisra, gonorrhoeára, bélférgekre, gombás megbetegedésre, stb. történtek laboratoriumi vizsgálatok. Ezeket az egészségügyi felvételeket még az antropometriai felvételek is kiegészítették, úgyszintén a gyermekek, illetve családjuk lakásviszonyainak felkutatása. E célra beállított védőnőink elsősorban a súlyosabb természetű, főleg azonban fertőző betegségekben szenvedő gyermekek családját is felkeresték, felvilágosították őket gyermekeik betegségéről s felszólították őket, hogy szintén vizsgáltassák meg magukat.

Minthogy a vizsgálatok jegyzőkönyvei részletesen megjelentek az orvosi folyóiratokban, főleg pedig a m. kir. Vallás- és Közokt. Minisztérium kiadásaiban, ezért ezekkel e helyen részletesen nem kívánok foglalkozni, csak a legsúlyosabb természetű betegségek statistikai adataira térek ki egészen röviden, amelyek ifjúságunknak testi és szellemi fejlődésére különösen befolyást gyakorolnak s így nemcsak nemzetünk jelenlegi egészségi állapotának, hanem jövőjének a kialakulásában is fontos szerepet játszanak. Igy pl. a közel 10.000 debreceni I. oszt. elemi iskolás gyermek közül megközelítőleg 5%-ban (2.2% biztos, 2.6%-ban igen valószínű) syphilist, 4.2%-ban activ, 20%-ban pedig inactiv tuberculosist találtunk. Egyéb fertőző betegségek is kisebb-nagyobb számarányban voltak képviselve. E helyen is külön rá kívánok mutatni, hogy nemcsak hazánkban, de még a közegészségügyi problemákkal intenzívebben foglalkozó gazdagabb nyugati államokban sem történtek iskolás gyermekeken ezekhez hasonló egészségügyi átvizsgálások; e kijelentésemet különösen akkor láttam igazolva, amikor 1936. júliusában a magyar kir. Kormány azzal tüntetett ki, hogy képviseletében megjelentem az Athénben tartott nemzetközi diák-egészségügyi kongresszuson, ahol az I. osztályú elemi iskolásaink és egyetemi hallgatóink egészségügyi vizsgálatairól beszámoltam; ezek az atheni kongresszuson igen nagy meglepetést, sőt elismerést keltettek. E kongresszus el is határozta, hogy e vizsgálatokat standard-vizsgálatoknak tekinti, melyeknek átültetését minden országba ajánlja.

Ugyancsak örömmel jelenthetem e helyen is, hogy vizsgálataink ismertetése után országunkban egyéb helyeken is debreceni mintára 17 helyen folytak hasonló egészségügyi munkálatok Így remélhetjük, hogy már a közeljövőben az egész országban önkéntes vállalkozáson alapuló ilyen vizsgáló centrumok alakulnak ki, míg e kérdés törvényes elintézést nem nyer.

Véleményem szerint csakis ilyen széles alapokra helyezkedő és átfogó klinikai és laboratoriumi vizsgálatok alkalmasak arra, hogy elemi iskolásaink biologiai telekkönyvébe betekintést nyerjünk s utóbbiak felhasználásával megindítsuk az *„egészségügyi magyar szabadságharcot"*, amint ezt *Herczeg Ferenc*, olyan rendkivül találóan mondotta „Haza és Nép" c. vezércikkében, amelyben egészségügyi munkáink hatása alatt a következőkben adott véleményt felfogásának: „hogy semmitől sem szabad visszariadnunk, még a drákói szigortól sem, ha célhoz vezet, úgy a tanköteles gyermekek sorozásától sem, hogy a fertőző betegségek elkülöníthetők legyenek". *Herczeg Ferenc* első könyvemet *„a magyarság fekete könyvé"*-nek nevezte, mely az iskolás gyermekeknek megbetegedéseire vonatkozólag olyan nagy számú és súlyos adatot foglal magában. E könyv 1931-ben jelent meg s azóta tovább folynak Debrecenben ezek az egészségügyi vizsgálatok s nagy örömmel és megelégedéssel állapíthatom meg, hogy utóbbi esztendőkben a debreceni iskolás gyermekek egészségügyi „biologiai telekkönyv"-e nagy mértékben javult; ez az örvendetes jelenség elsősorban a fertőző betegségekre vonatkozik, amelyek leküzdését kurativ és praeventiv irányelvek együttes alkalmazása alapján a leggyorsabban és talán a legbiztosabban végezhettük.

Az *„egészségügyi sorozás"* természetszerűleg csak egy keresztmetszet vagy pillanatfelvétel, amely mindenkor a jelen helyzet képét adja; feltétlenül szükséges azonban, hogy az iskolákban és az egyetemen ifjainkat időszakos egészségügyi vizsgálatoknak vessük alá, hogy a közben keletkezett vagy szerzett (főleg fertőző) betegségeket felkutathassuk s azokat minél gyorsabban és biztosabban kezelhessük.

Rendkivül nagy előnyt jelent, hogy az iskolaorvosi intézmény ujjászervezése és kiépítése az utóbbi években hatalmas lépésekben haladt előre s így megvan a lehetőség arra, hogy az I. oszt. elemi iskola tantermi küszöbének átlépése előtt történő „egészségügyi sorozás" után a tanulók periodikus és szekszerű átvizsgálásban részesüljenek a tanév folyamán is. Ennek az intézmények újjászületése *Hóman Bálint* volt Vallás- és Közoktatásügyi miniszter bölcs belátásának és elhatározásának köszönhető, *Darányi Gyula* professzor pedig igen nagy buzgósággal és szakértelemmel fáradozik ennek felépítésén és megszervezésén. Különösen rá kívánok még mutatni arra, hogy *Johan Béla* államtitkár megszervezésében és irányításában működő falu-egészségvédelem e téren is a legszebb eredményeket mutatja fel, amennyiben még a faluban, vagyis a legkisebb egységben is felkutatja és gyógyítja azokat a betegségeket, amelyek ifjuságunk egészségét károsan befolyásolják.

A *középiskolákban* szintén hasonló egészségügyi szolgálatot kell beállítanunk, felsőbb osztályaiban pedig egyéb, így pl. sexuál-hygienés kérdésekre is tekintettel kell lennünk. E téren megnyugvással állapítható meg, hogy a világháború után, főleg azonban a legutóbbi esztendőkben a középiskola egészségügyi tevékenységében eltértek a régi, úgyszólván kizárólagosan elméleti jellegű és értékű oktatástól s ma inkább a gyakorlati kérdésekre fektetik a súlyt, vagyis az élet biologiai kérdéseivel ismertetik meg a serdülő ifjut, amint ez pl. angol középiskolákban már a világháborúk előtt is történt. Az oxfordi és cambridgei collegiumokban a középiskolai tanulóknak már a világhabórú előtt teljesen gyakorlati, az élet biologiai történéseit felölelő előadásokban volt részük s így e tanulók már a középiskolákban jobban fel voltak vértezve az életben reájuk leselkedő veszedelmekkel szemben.

A *Vitézi Szék* megtisztelő felszólítására irányításommal az 1936—37. tanévben a hajdú-vármegyei vitézek gyermekeit vizsgáltuk át egészségügyi szempontból, mégpedig 1936. októberből 1937. márciusáig 947 vitézi gyermeket. E vizsgálatok szintén igyekeztek a vitézi gyermekek biologiai telekkönyvébe betekintést nyujtani, vagyis klinikai és laboratóriumi vizsgálatok szempontjából rendkivül átfogóak voltak. Megállapithattuk, hogy a vitézi gyermekek egészségügyi állapota kielégítő, mindenesetre jobb, mint a hasonló társadalmi réteg egyéb csoportjaiban. Ebből kiviláglik az is, hogy a vitézek egészségügyi szempontból is a nemzet kebelén belül egy példaadó törzset jelentenek. E kedvező vizsgálati eredményekből azonban még arra is következtethetünk, hogy milyen előnyös befolyást gyakorol az, ha egy értékes elitcsoport ethikai és anyagi támogatásában részesül, a mi minden tekintetben s így a biologiai kialakulásában is fontos szerepet játszik.

Egyetemi hallgatókon Magyarországon a legelső rendszeres, úgyszólván az egész biologiai katasztert felölelő és feltáró vizsgálatokat szervezésem és irányításom alatt az 1935—36. tanévben Debrecenben végeztünk.

Ezekben az egészségügyi kutatásokban úgyszólván az összes debreceni klinikák és intézetek résztvettek, még pedig idősebb tagjaikkal (magántanárok, tanársegédek). E vizsgálatok a debreceni bőr- és nemibeteg klinikának az alagsorában külön e célra berendezett termeiben történtek. Ezideig közel 3.000 debreceni egyetemi hallgató részesült egészségügyi vizsgálatban.

Igen nagy örömömre szolgált, hogy az 1937—38. tanév óta Budapesten is bevezették az egyetemi hallgatók *rendszeres* átvizsgálását *Darányi Gyula* professzor irányításával. Remélhető, hogy már a közeljövőben a többi magyar egyetemen is hasonló rendszeres egészségügyi vizsgálatokat állítanak be. Hiszen már régebben is végeztek néhány magyar egyetemen egyetemi felvételre vonatkozó egészségügyi vizsgálatokat, utóbbiak azonban csak egyes szakmákra vonatkoztak, nem voltak átfogo jellegüek, semmi esetre sem voltak azonban beállítva az egész szervezet egészségi állapotának felkutatására, illetve feltárására. Az ifjuság egészségvédelme szempontjából különösen kiemelendő, hogy *Szily Kálmán* államtitkár egyik rektori beszédének hatása alatt a József Nádor Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen ifjusági pavillont állítottak fel, amely elvben tulajdonképen az első magyar intézmény egyetemi ifjúságunk egészségügyi átvizsgálása szempontjából.

Az 1936—37. tanévben a debreceni egyetem központi épületében szervezésemben és irányításommal megnyílt a *„Debreceni Egyetemi Hallgatók Orvosi Rendelő Intézet"*, amelyben különálló, de mégis egymásba nyiló, kitünően felszerelt termekben a belgyógyász, sebész, dermatológus-venerologus, szemész, orr-, gége-, fülorvos és stomatologus részesítették szakkezelésben egyetemi fiatalságunkat. Ebben a rendelőintézetben a gyógykezelés reggel 8—½10 óráig történik, azért ilyen korai órákban, hogy az egyetemi orvosok és hallgatók ne veszítsenek a szorgalmi időből.

Rendkivül nagy előnyét látom annak, hogy az egyetemi hallgatók számára külön ilyen orvosi rendelőintézetet állíthattam fel, mert ezzel a berendezéssel nem kellett egyetemi hallgatóinknak a nyilvános egyetemi ambulantiákat felkeresniök. Ennek az előnye nemcsak abban domborodik ki, hogy a hallgatók nem veszítenek a szorgalmi idejükből, — az egyetemi klinikák járó beteg rendelése d. e. 9—12 között bonyolódik le —, hanem azt a nagy előnyt is jelenti, hogy a debreceni egyetemi hallgatók a váróhelyiségekben egymás között vannak s gondoskodtunk szakkönyvekről, íróasztalról stb., hogy a váróhelyiségekben idejüket értékesen felhasználhassák.

Az egyetemi hallgatók orvosi rendelőintézetének felállítása előtt azt tapasztaltuk, hogy az általános egészségügyi vizsgálatokon betegnek talált debreceni egyetemi hallgatók egy része nem jelent meg a közös ambulantiákon, még akkor sem, ha súlyosabb természetű betegségben szenvedett s megfelelő utasítással odaküldöttük, mert ez nekik nemcsak nagy időveszteséget jelentett, — még akkor is, ha őket soronkivül részesítették kezelésben —, hanem a rendelőintézetekben az egyetemi hallgatók kezelése sokkal diszkrétebben történhetik, ami különösen akkor játszik nagyobb szerepet, ha veneriás betegségekben szenvedő hallgatóról van szó.

A Debreceni Egyetemi Hallgatók Orvosi Rendelő Intézetében az utóbbi 2 esztendőben vagyis 1936—37. és 1937—38-ban összesen 8.866 hallgató részesült orvosi kezelésben. Ez egy igen hatalmas szám és ha a debreceni Bőr- és Nemibeteg Klinika ambulantiájának naplóiba tekintünk, akkor nagy megnyugvással állapíthatjuk meg, hogy az egyetemi hallgatók összehasonlíthatatlanul nagyobb számarányban kezeltették magukat rendelőintézetükben, mint annak felállítása előtt a klinikai járóbeteg rendeléseken.

A legfontosabb körülményre legutoljára kívánom felhívni a figyelmet s ez abban csúcsosodik ki, hogy a debreceni Bőr- és Nemibeteg-klinika 8 termében elhelyezett rendszeres egészségügyi vizsgálatokat ellátó intézmény a legszorosabb összeköttetésben áll az egyetemi Központi Épületben elhelyezett ugyancsak 8 nagy helyiségből álló, különböző klinikai szakmák rendeléseit szolgáló „Debreceni Egyetemi Hallgatók Orvosi Rendelő Intézeté"-vel, A Debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem minden hallgatója előzetes bejelentés nélkül, megfelelő igazolással felkeresheti a rendelőintéztetet. A jobbmódúakat mindenesetre felszólítjuk, hogy magánorvosokkal kezeltessék magukat. Sajnos a tisztántúli egyetemi hallgatók annyira szegények és nincstelenek, hogy alig akad köztük olyan, aki magánorvosnál egy hosszabb kezelés költségeit viselni tudná. Utóbbi tétel természetszerűleg csak a kezelésre vonatkozik, mert rendszeres egészségügyi átvizsgálásban minden egyes hallgató részesül, sőt arra rektori felszólítással berendelik.

Különösen még azt kívánnám kiemelni, hogy komolyabb, főleg azonban súlyosabb természetű fertőző betegségekben (így pl. tuberculosis, syphilis, stb.) szenvedő egyetemi hallgatókat az általános egészségügyi vizsgálatok alapján utasítjuk kötelező kezelésre és amennyiben e felhívásnak nem tesznek eleget, akkor ezt az illetékes kar dékánjának jelentjük, aki őket felszólítja, hogy kezelés céljából haladéktalanul jelenjenek meg a rendelőintézetben, mert különben az illetékes dékán a félév végén nem láttamozza az indexüket. Ez a rendszer kitünően bevált, mert többnyire súlyosabb természetű betegségben, így elsősorban syphilisben és tuberculosisban szenvedő betegek szokták magukat kivonni a vizsgálat és a kezelés alól, félvén attól, hogy betegségükről mások is tudomást szereznek. Ettől pedig nem kell tartaniok, mert diszkréten történik ez az egészségügyi átvizsgálás és kezelés, amikor csak orvos és ápolónő van a vizsgálati, illetőleg kezelőteremben.

Nagyon is tisztában vagyok azzal, hogy e fajegészségügyi munkálataimmal e problemáknak teljes kimerítése, részleteiben való kidolgozása koránt sincsen befejezve. Mindenesetre nagy öröm tölt el és boldog vagyok, hogy e problémakörben, vagyis az elemi iskolásaink, a vitézi gyermekek és az egyetemi hallgatóink rendszeres átvizsgálásában és szakkezelésében magvető munkás lehettem. Bizonyára még újabb meglátásokkal és eszmékkel fog az ifjúságunk egészségvédelmére beállított munka kiszélesedni.

Fiatalságunk egészségét különösképen a *nemi betegségek* veszélyeztetik és bennük igen sok kárt okoznak. Ha pontosan tudni akarjuk, hogy milyen nagy mértékben vannak elterjedve a nemi betegségek, e célból az egész országra kiterjedő s igen megbízható nemibeteg statistikára volna szükségünk. Az eddigi, világháború utáni adatgyüjtések közül az Országos Antiveneriás Bizottság kebeléből kiinduló 1928.-i felvétel érdemel különösebb figyelmet, amely Csonkamagyarországon 54.000 nemi beteget mutatott ki. Ebben az adatgyüjtésben azonban csak azok a betegek szerepelnek, akik önként kerestek fel magánorvosokat vagy szakintézményeket (rendelőintézeteket, kórházakat, klinikákat). Igen természetes, hogy ez az adatfelvétel hiányos és jóval kevesebb nemibeteget tüntet fel, mint amennyi a valóságban van. Mint az Országos Antiveneriás Bizottság elnöke és az Országos Antiveneriás Küzdelem miniszteri biztosa már előző felszólalásaimban és munkáimban, főleg azonban az 1937. és 1938.-i

felsőházi beszédemben rámutattam arra, hogy ilyen nemibeteg-statistikát a jövőben csakis állami, még pedig erkölcsi és pénzügyi támogatással valósíthatunk meg, amelyben nemcsak az önként jelentkező nemibetegek szerepeljenek, hanem széles alapokon kiépült rendszeres és kötelező vizsgálatokkal lehetőleg az ország összes nemibetegeit kutassuk fel és vegyük fel statistikánkba.

Egy ilyen megbízható nemibetegstatistika rendkívül nagy mértékben szolgálná az ifjúság védelmét, mert belőle megtudhatnók, hogy milyen társadalmi rétegekben s az ország milyen részeiben, stb. vannak a nemibetegségek különösen elterjedve s hol kell az antiveneriás küzdelmet a legerélyesebben folytatnunk. Mint miniszteri biztos különös súlyt helyeztem arra, hogy a magyar társadalom legkülönbözőbb rétegeiben, főleg azonban az ifjúság (egyetemi hallgatóság) körében a nemibetegségek elleni védekezés szempontjából ú. n. felvilágosító és ismeretterjesztő előadások tartassanak. Az Országos Antiveneriás Bizottság kebelében többen, (különösen *Grúsz Frigyes, Steiger-Kazal Dezső*) vállalkoztak e rendkívül fontos feladatra.

Már előbb említettem, hogy tulajdonképen már elkéstünk az I. oszt. elemi iskolások egészségügyi átvizsgálásával, amikor az ifjúságunk egészségvédelmét a legeredményesebben kívánjuk biztosítani és beállítani. Már a csecsemő, illetve a megtermékenyített pete védelmével is elkéstünk, mert utóbbi is különböző betegségektől, főleg azonban syphilises fertőzéstől olyan ártalmakat szenvedhet el, amelyek egy részét javítani vagy teljesen gyógyítani már nem tudjuk és épen ezért még jóval előbb kívánjuk az egészségvédelmet, még pedig olyan időben, amikor a megtermékenyítés még nem történt meg.

Ezért különösképen súlyt helyeztem arra, hogy a vezetésem alatt álló Országos Antiveneriás Bizottságból olyan törvénytervezet lásson napvilágot, amely az egészségvédelmet már ebben az időben biztosítani tudja. Ilyen elgondolással született meg bizottságunk kebeléből *a házasság előtti orvosi tanácsadás*, illetve *a házasság előtti kötelező orvosi vizsgálat* törvénytervezete (referense *Somogyi Zsigmond*), amely mindenképpen alkalmas lesz arra, hogy a házasságokban a nemi betegségek számát csökkentse. Ez a törvény különösen a kevésbbé tanult és felvilágosodott társadalmi réteg számára jelent majd nagy előnyt, akik egészségi állapotukkal kevesebbett foglalkozhatnak.

Nem elegendő azonban a nemi betegeket felkutatni s így nemibeteg statistikákat felállítani, hanem szükséges azok orvoslásáról is gondoskodni. E célt szolgálják a Nemibeteg Gondozó Intézetek, amelyek nemcsak gyógyító, hanem megelőző egészségügyi munkát is végeznek. Miniszteri biztosságom alatt közel 30 nemibeteggondozó létesült, illetve áll megnyitás előtt. Utóbbi intézetek felállítása és megszervezése jelenleg is az antiveneriás küzdelem fókuszában áll, mert a *magyar nemibeteg törvény* csak akkor léphet életbe, ha megfelelő számú nemibeteg gondozó áll rendelkezésére. E tekintetben különösképen *vitéz Keresztes-Fischer Ferenc* belügyminiszternek, továbbá *Scholtz Kornél* és *Johan Béla* államtitkároknak igen nagy érdemeit kívánom kiemelni.

Utóbbi nemibeteggondozó intézetekre már csak azért is égetően szükség van, mert a magyar nemibetegtörvénytervezet kimondja a nemibetegségek kötelező kezelését, épen ezért a nemibeteggondozó intézetek tulajdonképen az antiveneriás küzdelemnek a leghatalmasabb pillérei, melyeken a nemibetegtörvény felépülhet. A magyar nemibetegtörvénytervezet az Országos Antiveneriás küzdelem kebeléből 1936-ban megjelent (referense *Doros Gábor*) a m. kir. Belügyminisztérium kiadásában s örömmel jelenthettem e helyen is, hogy minden remény meg van arra, hogy ez már a közeljövőben törvényerőre emelkedik.

Miniszteri biztossági minőségemben az antiveneriás küzdelem még igen sok kérdésével foglalkoztam, amelyekre e helyen nem térhetek ki; ezek szintén az m. kir. Belügyminisztérium kiadásában megjelent törvénytervezetünkben láttak napvilágot.

Ismételten azt a felfogásomat akarom kifejezésre juttatni, hogy csak egészséges testben lakhatik egészséges lélek; ahol nincs egészséges test, ott nincs egészséges lélek, ott nincs kultúra, ott nincs civilisatio, nincs egészséges gazdasági, stb. politika, ott nem várható újjászületés, fejlődés, ott szomorú tengődés és sivár élet borul e népekre.

Mert mindennél fontosabb az „ember" védelme, a többi ehhez képest csak epizód, mert az „ember" testi és lelki épsége szabja meg egy ország boldogulását, vagyis jövőjét.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem Belklinikájának közleménye. (Igazgató: Fornet Béla ny. r. tarár.)

A histamin hatásmechanismusa.

Irták: *Dzsinich Antal dr.* és *Gallé Tibor dr.*

Előző közleményeinkben részletesen beszámoltunk azokról a kedvező eredményekről, amelyeket kis adag histaminnak tartós adásától láttunk különböző allergiás betegeken. Eseteink tárgyalásakor két kérdés vetődött fel. Az egyik az volt, mi indítja meg az antigen-antitest találkozásakor fellépő hyperergiás reactiót. A hyperergiás jelenségeknek, különösen az anaphylaxiás shocknak kisérleti állatok histaminshockjával való vagy hasonlósága arra a feltevésre késztet, hogy az u. n. „anaphyhatoxint" histaminszerű anyagokban vagy talán magában a histaminban keressük. Az erre irányuló számos vizsgálat kétségkivül azt mutatja, hogy emberen és bizonyos állatfajokon a hyperergiás reactio létrejöttében az antigen-antitest találkozási helyén a sejtekből felszabadult endogenhistaminnak van legnagyobb jelentősége. Kétségtelen az is, hogy a histamin mellett más testazonos sejtfehérje hasadási termékek is szerepelnek a reactio létrehozásában, ezek jelentősége azonban — legalább is az eddigi vizsgálatok szerint — nem közeliti meg a histaminét. Ez anyagok közül az acetylcholin (*Went* és munkatársai) és az adenosin jutottak nagyobb jelentőséghez. Ha tehát elfogadjuk, hogy a hyperergiás reactio létrejöttében histamin és hozzá hasonló anyagok játszanak főszerepet, akkor önként felvetődik a másik kérdés: minő mechanismus útján fejti ki mégis jó hatását a histamin különböző allergiás állapotokban.

Jelen közleményünkben erre az utóbbi kérdésre keresünk feleletet. Itt két lehetőség jöhet számításba. Az egyik, hogy a histaminkezelés csökkenti, vagy teljesen meg is szünteti a szervezet allergiás készségét; a másik, hogy a histamin csak insensibilizálja a szervezetet a hyperergiás reactiót kiváltó endogen histaminnal szemben. Ez utóbbi esetben az volna várható, hogy a szervezet allergiás készsége megmarad, az egyes betegségekre jellemző hyperergiás jelenségek azonban egyidejüleg elmaradnak vagy legalább is elhalványodnak. Hogy e kérdésekre választ kaphassunk, vizsgáltuk azokat a változásokat, amelyeket allergiás betegségek kimutatására klinikánkon el szoktunk végezni. Ilyenek a

vérkép, a vérsavó complement titere, a vérsavó cholesterin-szintje és a histamin bőrpróba.

Mielőtt saját kisérleteink tárgyalására rátérnénk, rövid kritikai áttekintést adunk az említett változásokról, amelyeket allergiás betegeken jellengzetesnek tartunk és amelyeket vizsgálataink folyamán felhasználtunk.

Az egyik ilyen jelenség *a vér eosinophil sejtjeinek megszaporodása*. E tünetet először *Fr. v. Müller* mutatta ki asthmás betegeken. *Storm v. Leeuwen* és *Niekerk* csaknem minden allargiás betegben hypereosinophiliát talált. Szerintük a megszaporodás nincs mindig párhuzamban a betegség súlyosságával. Az eosinophilia sokszor akkor sem változik meg, ha az allergen befolyása már megszünt. Általában csökkenni szokott a számuk akkor, ha az allergiás folyamatot valami úton kedvezően befolyásoljuk. Asthmás roham alatt a vérben az eosinophilsejtek erősen csökkenek és megszaporodnak újra a roham megszünte után. Hasonló a helyzet anaphylaxiánál is. *Morenas* és *Gallouin, Vallery-Radot, Piere Blamoutier, Hajós* és *Mazgon* shock alatt a vér eosinophilsejtjeinek csökkenését, shock után pedig megszaporodását mutatták ki. Az anaphylaxiás hypereosinophiliát typusos chemotaktikus jelenségeknek foghatjuk fel *(Nägeli)*. Positiv chemotaktikusan hatnak állati paraziták, vértestek és különböző fehérje lebontási termékek *Schlecht* anaphylaxiás vizsgálataiból azt következteti, hogy az eosinophilsejtek megszaporodása a szervezet azon reactiojának kifejezője, melyet az idegen fehérje toxikus bomlástermékei váltanak ki. Ha az anaphylaxiás shockot a histaminshockkal azonosnak tartjuk, akkor ennél is hasonló változás volna várható. *Mayeda, Porth, Brunow* az anaphylaxiához hasonlóan a histaminshockban is eosinophilsejtek sülyedését észlelték. Emberkisérletekben *Dzsinich* és *Sarudy* a histaminhatás tetőfokán lényegesebb változást nem láttak. Ennek oka talán az is lehet, hogy az általuk alkalmazott 1 mgr. histamin nem volt elégséges a teljes shock előidézésére. Az eosinophilia és az autonom idegrendszer, valamint a reticuloendothelialis rendszer közti összefüggésre itt nem térhetünk ki. Mivel a hypereosinophilia az allergiás állapot állandó kisérő tünete, kisérleteinkben ennek vizsgálatát fontosnak tartottuk.

Egy másik fontos tünet az allergiás állapotban *a vér complement tartalmának megváltozása*. Erre ujabban *Fornet* és tanítványai irányították rá ismét a fitérhetünk ki. Mivel a hypereosinophilia az allergiás állapotával van szoros összefüggésben. A vér kolloidjainak általános kifejezői a vérfehérjék. A complementaris hatást is ezeknek egymásközti viszonya szabja meg. Az emberi vér complement tartalmát elsőnek *Lüttke* és *Moro* számos más szervezővel egybehangzóan tulnyomóan állandóan találta. *Weil* és *Buchholtz* 100 esetben azt észlelte, hogy a vér complement tartalma ép egyéneken 0.02—0.05 ccm között ingadozik. Ennek csökkenését több betegségben sikerült kimutatni. *Slewrigk, Friedberger* és *Hartock* shockban complement veszteséget mutattak ki. *O. Thomson* szerint a complement megfogyatkozása mind aktiv mind passiv anaphylaxiás shockban állandó. *Paul* és *Popper* tengerimalacok anaphylaxiás shockjában a vér complementjének erős csökkenését észlelte. Az allargiás betegek complement csökkenését azonban néhány szerző csak részben tudta megerősíteni. Ujabban *Tilden* 18 asthmás, szénalázas és urticariás betegen ép egyénektől való eltérést kimutatni nem tudott. Ezzel szemben *Paul* és *Pély* allergiás betegeken az anaphylaxiás shockhoz hasonló complementesést észlelt. Saját kiséreleteink, melyeket alább táblázatban foglaltunk össze, teljesen megerősitik *Paul, Popper* és *Pély* vizsgálatait.

Mindezek után természetszerűleg felvetődik az a kérdés, hogy a complementnek az allergiás betegeken észlelet csökkenése milyen úton jöhet létre. Számos szerző felfogása szerint a complement elhasználódása a szervezetben lefolyó antigen-antitest reactio következtében áll be. E felfogás tarthatatlanságára *Paul* és *Popper* igen értékes és meggyőző kisérletei mutattak rá. Megfigyelték állatokon, hogy histaminshokban is complementesés áll be, ahol pedig antigen-antitestnek a reactióba lépéséről nem lehet szó. Hasonló eredményt kapott *Leichtenberger* kutyák peptonshokjában. Ha tehát e shokfajtákban a savó complementtartalma csökken, fel kell tenni, hogy ez a complementmegfogyás allergiás állapotokban is nem a shok alatti antigen-antitest kötés következménye. *Paul* és *Popper* szerint az okot a vér kolloidalis szerkezetének a megváltozásában kell keresni, amelynek irányító szerve a reticuloendothelialis rendszer és annak egyik fontos tagja, a máj. Ezt bizonyítják állatkisérleteik, hogy a reticuloendothelialis rendszer blokirozása után histamin befecskendezésre shok ugyan kiváltható volt, de nem következett be complementesés. E vizsgálatok tehát arra mutatnak, hogy a complementcsökkenés okát a vér kolloidális viszonyainak megváltozásában kell keresni.

Az utóbbi két évtized kutatásai a cholesterin anyagforgalom jelentőségére mutattak rá allergiás betegségekben. Többen a kisérleti anaphylaxiában shok alatt a vér cholesterin szintjének emelkedését tapasztalták. Emberen *Fornet* és munkatársai asthmás rohamokban a vér cholesterinszintjének tettemes emelkedését találták, mely — vizsgálataik szerint — az asthmás rohamot szabályszerűen kiséri. A vér cholesterin szintjének változását alkalmasnak láttuk felhasználni jelen kisérleteinkben is, hogy belőle a szervezet allergiás visszhatására következtethessünk.

Az allergiás állapot felismerésére fontos adatokat szolgáltatnak a specifikus bőrpróbák. Azonban igen gyakran szinte áthághatatlan akadályokba ütköznek. Egyik ok a számításba jövő antigenek sokfélesége, nehezen beszerezhető volta és nem utolsó sorban drágaságuk, másrészt pedig — különösen a hosszabb ideig fennállás folytán — a szervezet túlérzékenységének kiszélesedeése, mikor is más természetű antigenek, sőt nem ritkán egyszerű mechanikai ingerek is létrehozhatnek bőrreactiót az allergiás szervezetben. Éppen ezért az általunk máshol részletesen ismertetendő histamin bőrpróbát alkalmaztuk jelen kisérleteinkben, amelyet túlérzékenységi állapot kimutatására általában alkalmasnak tartunk. Lényege ennek az, hogy a forgalomba hozott egyezerelékes histaminoldatot kellően felhigítjul és ebből 0.0001— és 0.00001 mg histamint fecskendezünk az alkar bőrébe. Az egyes befecskendezések között legalább 6 cm. távolságot hagyunk, legalulra a controll physiologiás konyhasó 0.1 ccm-ét fecskendezzük és efölé adjuk sorba a 0.00001 és 0.0001 mg histamint 0.1 ccm-ben. Allergiás szervezetben a reactio 3—10 perc alatt bekövetkezik. Positivnak azt a reactiót tekintjük, amelynek dudora legalább 1 ccm és az ezt körülvevő vörös udvar 2 cm átmérőjű. Allergiásokon histamin bőrreactiót csaknem minden esetben ki tudtunk mutatni, mely az előbb említett halványabb dudorból és piros udvarból áll. Igen ritka esetekben nem allergiásokon is positiv a reactio.

Kisérleteinkben a vér eosinophil sejtjeit, a vérsavó complement titerét, a savó cholesterinjét, továbbá a histamin bőrpróbát figyeltük asthmás betegeken a histaminkezelés előtt és annak befejezése után. 26 aller-

giás betegen végeztük el ezeket a vizsgálatokat. Eredményeinket táblázatban foglaltuk össze.

Azt látjuk, hogy allergiás betegekben 1. az esetek túlnyomó számában fennálló lymphocytosist a histaminkezelés nem befolyásolja; 2. az eosinophylsejtek histamin kura után 11 betegben megkevesbbedtek ugyan, de szabályos értékre nem szálltak alá; 3. a vérsavó complement tartalmának csökkenését a histaminkezelés nem változtatta meg; 4. a kimutatott hypercholesterinaemia a kezelés után változatlanul kisebb ingadozásoktól eltekintve fennállott; 5. a bőr histaminérzékenysége kissé csökkent; 6. 26 beteg közül — egyikük által megadott eljárással végezve a histaminkezelést — panaszmentes lett 14 beteg, kiújulás után újra kezelt 5 beteg ismét panaszmentes lett, lényegesen javult 1, javult 3, többször recidivált átmeneti javulással 2, nem javult 1 beteg.

így kezelt állatokon az újraoltás alkalmával az anaphylaxiás jelenségek elmaradtak. Saját, valamint *Went* és munkatársainak vizsgálatai nem mutattak azonos eredményeket. Hasonlóan jártunk el azzal a különbséggel, hogy a sensibilizálást lósavóval végeztük. Az állatkisérleteknek ez eltérő viselkedését nehéz magyarázni. Nagyon valószínűnek látszik, hogy az antigen különbsége adja ennek okát. *Went*-tel együtt a legerősebb antigen-hatású lósavót használtuk fel kisérleteinkben, ezzel szemben *Karády* és *Bensáth* jóval enyhébb hatású tojásfehérjével végezték a sensibilizálást. Fel lehet azt is tenni, hogy allergiás jelenségek másképen folynak le emberen, mint állatokon és egyes állatfajokon is különbözhetnek. Lehetséges az is, hogy éppen az alkalmazott nagy histaminadag (naponta háromszor 1 mg.) nem nyujtják állatoknak azt a védőhatást, mint embernek az egész kicsiny, 0.00001—0.01

A HISTAMIN ADAGOLÁS HATÁSA:

Kezelés előtt:					*Kezelés után:*					
Vérkép %		Vér-compl. titr. ccm.	Vércholesterin mgr. %	Histamin intracutan próbára. Positiv mgr.	Vérkép %		Vércomplement titr. ccr	Vércholesterin mgr. %	Histamin intracutar próbára Positiv mgr.	A kezelés eredménye.
Lymph.	Eos.				Lymph.	Eos.				
28	12	0.07	303	0.00001	22	10	0.09	256	0.0001	panaszmentes.
20	2	0.07	290	0.0001	25	1	0.07	265	0.001	„
30	6	0.15	190	0.0001	30	4	0.07	196	0.001	„
34	14	0.07	190	0.0001	32	7	0.12	185	0.001	„
20	4	0.15	198	0.00001	25	4	0.05	185	0.0001	recid. után panaszm.
28	7	0.07	232	—	30	6	0.06	208	—	„
32	6	0.08	277.7	0.00001	33	5	0.08	256	0.0001	„
36	14	0.08	208.3	0.00001	34	8	0.07	215.1	0.00001	javult.
35	10	0.06	267	—	30	4	0.11	238.4	—	„
35	10	0.12	230	0.00001	40	5	0.15	178	0.00001	recid. után panaszm.
40	7	0.12	166	0.0001	44	4	0.10	172	0.001	„
30	2	0.08	232	—	41	—	0.05	229	—	panaszmentes.
33	7	0.07	196	0.0001	28	4	0.11	214	0.0001	lényegesen javult.
16	3	0.07	265	—	30	2	0.06	247.4	—	recidiva.
31	8	0.08	238.4	0.00001	23	3	0.05	208.3	0.0001	panaszmentes.
31	8	0.06	232.2	—	32	5	0.06	214	—	„
33	6	0.05	172.9	—	30	5	0.06	196	—	„
37	12	0.09	202.3	0.0001	32	7	0.06	222.2	0.0001	„
39	10	0.14	185.1	0.00001	35	4	0.08	196	0.0001	„
36	10	0.06	172.4	0.0001	30	5	0.06	166.6	0.001	„
40	9	0.06	208.3	0.00001	36	7	0.05	202.5	0.0001	„
38	6	0.07	185.1	0.0001	31	3	0.05	196	0.001	„
30	5	0.08	190.5	0.0001	32	4	0.05	172.4	0.001	„
25	42	0.06	290	—	30	15	0.06	287	—	nem javult.
35	13	0.09	222	0.01	30	10	0.06	238.4	—	többször recidivál.
34	8	—	266.6	0.0001	31	4	—	215.2	0.001	javult.

Áttekintve kisérleti adatainkat, kitűnik, hogy histaminkezelés után az allergiás állapotra jellegzetes vérkép, vér-humoralis jelenségek és histamin bőrpróba változást nem szenvednek, de maga az allergiás folyamat igen kedvezően befolyásolható. A histaminkezelés jó hatásáról már korábbi közleményeinkben is beszámoltunk. Hasonló jó eredményeket kaptak mások is. *Rusznyák* és *Karády* a műtét utáni collapsus megelőzésében ért el kitünő eredményeket. Kielégítő eredményeket kaptak allergiás betegeiken is. A histamin nagyobb adagjait használták (0.5—1 mg. histamin). Míg az emberen észlelt eredmények csaknem egyértelműen jók, addig állatkisérletekben ezt elérni nem sikerült. *Karády* és *Bensath* állataikat tojásfehérjével szemben tették túlérzékennyé és a sensibilizálás első napjától háromszor 1 mg. histamint adtak naponta bőr alá. Az mg. *(histodil mite et forte sec. Richter)* adagok. A kérdés eldöntésére újabb állatkisérleteinkben ugyanazt a histamin adagolást fogjuk elvégezni, mint embernél tettük.

Mint vizsgálatainkból is kitűnik, az ember allergiás állapotában a histaminkezelés mintegy 70%-ban kielégítő és tartós eredményt ad. Hogy miként fejti ki hatását annak magyarázata nem könnyű. Lehet arra gondolni, hogy a histamin mint heteroprotein fejti ki gyógyító hatását. *Rusznyák* és *Korányi Á.* felteszik azt, hogy a heteroprotein-hatásban fontos szerepet játszik a szervezet nem fajlagos desensibilizálása. Kisérletileg heteroprotein-oltással az állatok fajlagos anaphylaxiás sensibilizálása megszüntethető. De több más ponton is kimutatható bizonyos analógia a histamin és heteroprotein-hatásban: mindkettő fokozza a mirígyes

szervek működését. Ezenfelül egész kis adag histamin — hasonlóan az optimalisan működő heteroprotein hatáshoz, — növeli az isolált, már hypodynamiásan is működő szívfunctiót. Mindkető hatásában észrevehető a harántcsíkolt izmok teljesítőképességének megnövekedése (*Rusznyák* és *Karády*). Ugyane szerzők a különböző heteroprotein hatására bekövetkező immunanyag-fokozódást histaminkezelés esetén is ki tudták mutatni. Több szempontból azonban a két hatás között eltérés van. Így histamin befecskendezésre lázat rendszerint nem kapunk. Heteroproteinre ez csaknem minden esetben bekövetkezik, úgy hogy joggal arra is lehetne gondolni, hogy hatásának lényeges alkotó része a láz. Nincs még azonban teljesen tisztázva az, hogy a láz feltétlenül szükséges-e a gyógyító hatás elérésére, sőt egyesek — mint *Grünzweig* is — ennek fontosságát kétségbe is vonják. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a legkedvezőbb gyógyító hatás ott érhető el, hol a heteroprotein-oltás nyomán nagy láz jelentkezik. A focalis gócra gyakorolt hatásuk sem mutat egyöntetű eredményt. Proteinkezelésre sokkal gyakrabban találjuk annak fellángolását, mint histaminra. Ez utóbbi kapcsán azonban ritkán mi is megfigyeltük a góc fellángolását. De saját vizsgálatainkban sem találunk elegendő támpontot arra nézve, hogy a két hatást azonosnak vegyük. Az eosiniphilsejtek megváltozását a bevezetésben említett okok miatt nem is várhattuk. Nagyobb fokú megszaporodásukat, mint azt *Spongitz* asthmásokon a lósavó- és tejoltás után látta, histaminkezelés után nem észleltük, sőt csaknem minden esetben csökkenő hajlamot mutathattunk ki. Heteroprotein hatásban észlelt leukocytosis helyett minden esetben lymphocytosist találtunk. Hasonlóan ellentétesen viselkedett a vérsavó complement-tartalma. *Gelera* tej befecskendezés után nyúlakban és emberben a savó complement-tartalmának növekedését látta. Histaminkezelés után ennek lényegesebb változását kísérleteinkben nem tapasztaltuk.

Ezek szerint tehát a histaminhatást egymaga a proteinhatás nem magyarázza eléggé. Más utakat is kellett keresnünk ennek megértéséhez. Az allergiás shok pontosabb elemzése új lehetőséget nyitott ehhez. *Fornet* az allergiás shok közelebbi tanulmányozásakor annak létrejöttében elvileg *két szakot különböztet meg.* Az elsőbe sorozza az antigen-antitest reactiót a szó legtisztább értelemben. Szerinte ez az első szakasz, a fajlagos, a döntő esemény, mely megindítja a shok tarka képét. Erről az első phasisról még alig tudunk valamit és csak következményeiben alkothatunk róla némi képet. Nyilvánvalónak látszik, hogy az allergiás történéseknek ez a leglényegesebb része. Amint az első phasis megtörtént, következményeként fejlődik ki a második, mely hyperergiás szöveti gyulladásra vezet a maga strukturalis és functionalis tüneteivel. Ebben a második szakban jutnak tehát döntő szerephez a bevezetésben említett testazonos sejtfehérje bomlási termékei. Szabaddá válásukat a sejtekben, illetőleg a szövetekben az első szakban bekövetkező antigen-antitest kapcsolódás indítja meg. Ez anyagok legfontosabbika a histamin. Az allergiás események ilyen kettéosztása sok egyéb szempont tisztázása mellett közelebb visz a histaminhatás mechanismusának megértéséhez. Azt látjuk kísérleteinkben, hogy histaminkezelésre klinikai tünetek visszafejlődnek, sokszor évekre kimaradnak, sőt nem egyszer teljes gyógyulás áll be. Evvel szemben azonban azt is kimutattuk, hogy a histamin kitünő gyógyhatása ellenére továbbra is fennállanak azok a változások — hypereosinophilia, lymphocytosis, complement-megfogyás, hypercholesterinaemia, positiv histamin bőrpróba, — amelyeket allergiás betegeken mindig ki tudtunk mutatni és amelyeket alkalmasaknak tartunk arra, hogy velük a szervezet allergiás állapotát felismerhessük. *Mindezen megfigyeléseinkből arra kellett következtetnünk, hogy a histaminnal kezelt allergiás egyénen is létrejön az első szakasz — azaz az antigen-antitest kapcsolódás, — a második szak hyperergiás szöveti reactiója és annak tünetei azonban teljesen elmaradnak, vagy olyan enyhén folynak le, hogy észrevehető jelenségeket nem okoznak. Tehát a kívülről — egyikünk (Dzsinich) által leírt eljárással — bevitt kis histaminadagokkal hozzászoktatás útján insensibilizáljuk ez anyaggal szemben a szervezetet és ezúton meggátoljuk az allergiás események második szakának kibontakozását, az endogen (szöveti) histamin okozta hyperergiás szöveti reactiót. A histaminkezelés gyógyító hatását tehát ebben látjuk.*

A histaminkezelés hatásmechanismusában a protein befolyást nem óhajtjuk vitatni, csak rámutattunk bizonyos elvi különbségekre. Valószínűnek tartjuk, hogy a különféle nem fajlagos desensibilizálási eljárások lényegükben nem egyebek, mint álcázott histaminkezelések. A heteroproteinek therapiájában azonban histamin mellett más fehérje-hasadási termékek is keletkezhetnek, amelyek a feltételezett histaminhatást gyengíthetik, sőt le is ronthatják. Ezért már korábban közölt módszerünkkel a histaminkezelést előnyösebbnek tartjuk a különféle heteroproteinnél és hatását azok fölé helyezzük.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika bőrbeteg-osztályának közleménye. (Főorvos: Török Lajos egyet. rk. tanár.)

A kisérleti viszketés keletkezése.

Írta: *Kenedy Dezső dr.*

A kisérleti viszketésről írt dolgozataimban régebbi szerzőkkel (*Török, Nékám, v. Frey, Thőle, Rothman,* stb.) megegyezően arra az eredményre jutottam, hogy a viszketés érzése az ép hámhoz van kötve; hámtól megfosztott bőrterületeken viszketés nem váltható ki, továbbá, hogy a kisérleti viszketés használatos chemiai anyagok (histamin, morphium, stb.) a subcutisba juttatva nem idéznek elő viszketést. Ez megfelel annak a klinikai tapasztalatnak, hogy a subcutis csalánfoltja: az urtica gigantea (Quincke-oedema) sem viszket. A kisérleti viszketés előidézéséhez az ép hámon kívül a bőrfájdalom érzését közvetítő idegek épsége is szükséges. Kóros folyamatok-, vagy érzéstelenítés következtében a fájdalom iránt érzéstelen bőrterületeken viszketés nem idézhető elő (*Török*); végre hogy a viszketés érzését, épp úgy, mint a bőrfájdalom érzését, a hám sejtjei közt szabadon végződő idegfonalak közvetítik (*Török, Frey* és mások).

Rámutattam azonban arra, hogy a kisérleti viszketés előidézésében az ép hámon és idegeken kívül milyen fontos szerepe van a vérkeringésnek. Számos kisérletem közül csak az alapkisérletre hivatkozom. Ha az alkaron az erek leszorításával a vérkeringést kiiktatom és az így anaemizált kar bőrébe juttatom a viszketést előidéző port, a kisérleti egyén a behatás pillanatában fájdalmat jelez, de a lekötés ideje alatt nincs viszketés, annak ellenére, hogy a rövidebb ideig tartó lekötés alatt a bőr érzésfunctiói nem változnak,

*) A m. kir. Dermatologiai Társaság X. nagygyűlésén tartott előadás.

sőt — amint arra majd később rátérek, — a csiklandásnak enyhe, felszínes mechanikus ingerekkel kiváltható viszkető érzése is változatlanul előidézhető. Ilyen kisérleti berendezés mellett viszketés csak akkor keletkezik, ha a vérkeringést ismét helyreállítjuk. Hasonlóan elmarad a viszketés akkor is, ha az anaemizálást követően a behatás után iktatjuk be. Ellenben alig van hatása az anaemizálásnak a viszketés lefolyására, ha a lekötést a kisérleti egyén karján a viszketés jelentkezésének pillanatában eszközöljük. A kisérleti viszketés közvetlen előidézője tehát nem a kisérletben felhasznált anyag (viszkető-por, vagy más chemiai anyag: histamin, morphin, stb.), mert különben az kifejtené viszkető hatását az érzésfunctióiban nem változott, vértelenített kar bőrén is, hanem kapcsolatos a bőr megfelelő ereinek gyulladásos elváltozásaival, amelyek a kisérleti viszketést — bármivel is váltottuk azt ki — kivétel nélkül kisérik. A vérkeringés kiiktatásával ezeknek a gyulladásos elváltozásoknak kibontakozását gátoljuk meg, amelyek a vérkeringés helyreálltával aztán akadálytalanul kifejlődhetnek. Feltevésem szerint a kisérleti viszketést a gyulladással kapcsolatosan képződő szövetanyagok okozzák. Hogy ezek a szövetanyagok milyen természetűek, az még tisztázásra vár. Kétségtelen és feltűnő kapcsolatuk a gyulladásnál szerepet játszó H. anyagokkal. Így minden olyan kisérleti behatás, amely fokozza a gyulladást, fokozza a viszketést is; a gyulladást gátló behatás gátolja a viszketést is. Kisérleti behatásainkról részletesen beszámoltak az előttem szólók (l. *Török L.*: Bőrreactio változás ismételt fizikai és chemiai behatásokra. O. H. 1938. okt. 20-iki sz.), ezért megelégszem a hideggel, meleggel, az ismételt behatással, a pangással megejtett stb. kisérletek felsorolásával. Érdekes volt annak a kimutatása, miként befolyásolja a gyulladást csökkentő pangásos savó a kisérleti viszketést. E célból a hátbőr symmetrikus két helyének egyikébe pangás nélkül vett vérsavót, a másikba pedig ugyanazon egyénből hosszabb pangás után vett vér serumát fecskendeztük. Viszketőporral végzett kisérletünkben a viszketés a pangásos serummal átitatott bőrön a controllhoz képest mind intensitásban, mind időtartamban visszamaradt. Felvetődött ezek után az a kérdés: azonos-e a kisérleti viszketésben szerepet játszó szövetanyag a H. anyaggal, vagy sem. Ha azonos a két szövetanyag, a H. anyagnak bizonyos esetekben viszketést keltő hatását a gyulladásra alkalmazott hypothesis magyarázná meg. Egy példával igyekszem ezt megvilágítani. Ha a bőrbe felszínesen histamint vagy morphiumoldatot fecskendezek be vagy percutan módon, iontophoresis útján viszem be, gyulladás keletkezik és viszketés támad. Ha úgynevezett gyulladás-fokozó vagy fajidegen savót fecskendezek intracután a bőrbe, a befecskendezett folyadék okozta initialis kiemelkedés 20 perc alatt megnő nagyságának többszörösére; nagy kiterjedésű csalánfolt keletkezik tehát anélkül, hogy viszketés jelentkeznék. A gyulladás kifejlődésében résztvevő H. anyag ez esetben nem okoz viszketést. A H. anyag egymagában tehát éppúgy nem kelt viszketést, mint ahogy a H. anyag egymagában nem okoz gyulladást. Létrejöttükhöz szükséges, hogy a szöveteket a beható inger által bántalom érje. A kisérleti viszketésnél felhasznált anyagok primaeren bántalmazzák az epithel idegvégződéseit, — a viszketést aztán a hatásukra kifejlődő H. anyaggal együtt idézik elő. Mivel a befecskendezett vérsavó nem bántalmazza az epithel idegvégződéseit, az általa okozott gyulladás, illetőleg a hatására fejlődő H. anyag nem okoz viszketést. Az idegvégződéseket sajátosan bántalmazó behatás és a hozzá csatlakozó H. anyag-hatás okozza e feltevés szerint a kisérleti viszketést. Ha azonban a viszketés szövetanyaga specifikus szövetanyag volna, fel kell tételeznünk, hogy a H. anyagok csoportjába tartozik, de csak bizonyos ingerek hatására termelődik.

A kisérleti viszketésre általában alkalmazott anyagok most röviden vázolt hatásmechanismusa két jelenségre vetett fényt, amelyeknek kielégítő magyarázatát mindezideig adni nem tudták. Az egyik a *lappangási* idő. A kisérleti viszketésnél t. i. a behatást nem követi azonnal a viszketés, hanem közbeiktatódik egy rövidebb-hosszabb, néha félpercnél tovább tartó lappangási idő, mely körülmény az emberi érzőszervek élettanában merőben szokatlan. Kisérleteinkben ezt a lappangási időt a közbeiktatott anaemizálással többszörösére növelhettük, ami részben azt bizonyítja, hogy a lappangási idő alatt termelődnek a külső behatás kapcsán kifejlődő gyulladásos, illetőleg viszketést okozó szövetanyagok, részben pedig azt, hogy bizonyos idő telik el, míg azok termelési helyüktől — az erek és az utóbbiakat környező szövetekből — az epidermis érző idegvégződéseihez jutnak.

A másik jelenség: *a kisérleti viszketést* mindenkor kisérő *érelváltozás*. Ez a számos szerző által vasomotoros izgalomnak nevezett és a különböző angioneurotikus tanokkal magyarázott bőrpir helyes értelmezésében nem más, mint gyorsan múló, kisebb-nagyobb exsudatiót okozó gyulladás *(Török)*.

Van azonban a kisérleti viszketésnek egy másik, mint látni fogjuk, szövetanyagokra nem vonatkoztatható fajtálya, melyet a bőrön vagy nyálkahártyákon egész felszínes, az érintés ingerküszöbét nem túllépő, tovahaladó mechanikus ingerek segítségével tudunk kiváltani. Ez a bőrcsiklandásnak viszketés érzését okozó fajtája (a németek obrflächlicher vagy Hautkitzelje), melyet a továbbiakban megkülönböztetésül *viszkető csiklandásnak* *) fogok nevezni.

A *Jadassohn* Handbuchban *Rothman* a viszketésről írt fejezetét *L. Jacquet* meghatározásával kezdi: „Viszketésen olyan bőrérzést értünk, amely a vakarás szükségességét váltja ki." Ez a definitio — írja *Rothman* — már eleve különválasztja a viszketést a csiklandás érzésétől. Ugyanezen Handbuchnak a bőr élettanát tárgyaló részében *v. Frey* és *Rein* a csiklandásról azt írja, hogy bőrnyílások környékén, a keményszájpadon mechanikus ingerekkel könnyen lehet az ingert túlélő viszkető érzést kiváltani, amely „bőrérzés" közelebbről vizsgálva semmi újat vagy különöst *nem* jelent, hanem viszkető érzés, amely éppúgy, mint a *másik* viszketés, az izgatott területek dörzsölésére, gyúrására, vagy vakarására kényszerít. A *„másik"* viszketésen *v. Frey* nyilván nem a csiklandás útján kiváltott viszketést érti. Ennek receptorai szerinte hasonlóképen a fájdalmat közvetítő epithelialis idegvégződések, míg a viszkető csiklandásra vonatkozólag azt tartja, hogy ez a bőrérzés sajátságos keveréke a tapintási- és fájdalomidegvégkészülékek izgalmának. Ilyen külön elbírálás-

*) Kéréssel fordultam *Berde* Professor urhoz ajánljon a viszkető csiklandás fogalmát fedő magyar kifejezést. Szives válaszát, melyért hálás köszönetemet fejezem ki — itt közlöm.

„Felszólításod értelmében utána kerestem nyelvkincsünkben annak, hogy milyen szóval nevezhetnők el az általad különválasztandónak ítélt csiklandó-viszketést. Az alföldi szókincsben található *„Bizserelés"* tájszó, amit az irodalom nem használ, de a Magyar Tájszótár szerint Debrecen, Halas, és Kecskemét környékén a nép száján használatban van. Hangzása és értelme nem azonos a „Bizsergéssel" és így azt hiszem bátran igénybevehetjük a tudományos irodalom számára, az általad jelzett fogalom fedésére".

ban részesül *Frey* nyomán a Hautkitzel, azaz a viszkető csiklandás minden szakkönyvünkben.

A Handbuch két fejezete, illetőleg a két szerző: v. *Frey* és *Rothman* közti ellentét szerintem abban leli magyarázatát, hogy *Rothman* nem választotta széjjel közös néven csiklandásnak nevezett *két* érzést: a *csiklandást* és a *viszkető csiklandást*. Mindkét érzést külső mechanikus behatás váltja ki: a csiklandást rendszerint durvább mechanikus hatások, a viszkető csiklandást a felszínes érintés bizonyos fajtája. Mindkét érzés durva motoros reflexet vált ki, de míg a csiklandás reflexe a védekezés, menekülés, a viszkető csiklandásé a vakarás. Mindkét érzés érzelmileg aláfestett, de míg a csiklandáshoz rendszerint nevetés társul, a viszkető csiklandás érzése rendszerint kellemetlen, kínos színezetű. A fő különbséget azonban abban látom, hogy a csiklandás érzése erősen psychés eredetű és reactiója elmarad, ha ugyanazt a mechanikus behatást testünkön mi magunk végezzük; a viszkető csiklandás az idegek helyi izgalma, melyet mindenki saját magán, idegen tárgy közbeiktatása nélkül, bőrén pl. kezével, vagy keményszájpadlásán nyelve segítségével ki tud váltani. Röviden összefoglalva tehát, amit köznyelven csiklandásnak nevezünk tulajdonképen két különböző érzés helytelen közös elnevezése. A csiklandás érző idegpontjai mélyen vannak, *Hall, Allin* és *M. Bach* szerint fasciákban és izmokban. Ezzel szemben a viszkető csiklandás receptoros idegvégződései, már kiválthatóságának alacsony ingerküszöbét is tekintve, anatomiailag nyilván egész felszinesen helyezkednek el.

A viszkető csiklandással kapcsolatban érdekes még az a viszony, amely közte és a *v. Frey* által *„másik"* viszektésnek nevezett folyamat között fennáll, vagy helyesebben az a viszony, amely a mechanikusan kiváltható viszkető csiklandás és a szövetanyagok előidézte viszketés között van. E két folyamat szembeállítása nem volna jogos és teljes, ha nem térnénk ki itt rögtön arra a látszólagos ellentmondásra, amely abban rejlik, hogy a viszketést is ki tudom váltani mechanikus úton. Kis bőrterületen sűrűn gyakorolt tűszúrások viszketést idéznek elő, úgy szintén teljes mértékű viszketést tudunk kisérletileg előidézni, ha finom üvegszálcsák dörzsölékét juttatjuk a bőrbe. Csakhogy mind a tűszúrások, mind üvegszálcsák behatását előbb fájdalom követi és a viszketés csak bizonyos lappangási idő után, a gyulladásos elváltozások kapcsán jelentkezik. Előadásom elején említett alapkisérletemmel, a vérkeringés kiiktatásával ki tudtam mutatni, hogy a mechanikus hatás nem közvetlen okozója a viszketésnek, hanem a viszketést szövetanyagok okozzák. Az ellentmondás tehát csak látszólagos.

Rátérve arra a viszonyra, amely a viszketés és viszkető csiklandás között van a következőket állapíthatjuk meg: Egymással megegyező sajátossága mindkét viszketési fajtának az, hogy reflexük az ingerelt terület vakarása, gyurása, dörzsölése. Eltérő sajátságaik a következő: A szövetanyagok okozta kisérleti viszketésnek van lappangási ideje; a mechanikus viszkető csiklandásnak nincs lappangási ideje; az idegvégződések közvetlen izgalma folytán a behatást azonnal követi a viszketés érzése. A vérkeringés kiiktatása, az anaemizálás a csilkandó viszketés érzését nem befolyásolja. Eltérés van a behatást követő viszketés érzésének időtartamában is; a szövetanyagok által okozott viszketés hosszabb ideig tart, mert a viszketés csak a szövetanyagok eltávolításával, talán felhígításával, vagy egy más anyag (az R anyag) ellentétes hatására szünik meg. A mechanikusan előidézett viszkető csiklandáskor is túléli a viszketés érzése a behatást, hiszen különben nem késztetné az egyént vakarásra. Az utóérzés azonban rendszerint nem hosszú időtartamú. Hiányzik a viszkető csiklandásból a kisérleti viszketésre jellemző hullámzó, pulzáló, visszatérő viszketés érzés, mely az utóbbinál valószínüleg az érelváltozásokra vonatkoztatható. Mechanikus ingerekkel szemben is más az ingerküszöbe a két viszkető érzésnek, amiről részletesebben már megemlékeztem. Lényeges eltérés végül, hogy a *kisérleti viszketést* mindenkor kiséri helyi látható érelváltozás, a *viszkető csiklandásból* ez rendszerint hiányzik. A nehezen meghatározható subjectiv érzésben is látunk különbséget a két viszketés-fajta között. *Török*nek sikerült tanult betegeken hely viszkető bőrfolyamatok helyén mechanikus úton a viszkető csiklandást kiváltani, úgy, hogy a beteg a két érzést meg tudta különböztetni.

A viszketés és viszkető csiklandás felsorolt eltérései keletkezésükben, — úgy vélem — kielégítő magyarázatukat lelik.

Nem térhetek ki részletesen annak a kérdésnek tárgyalására, hogy mely idővégződések közvetítik a viszkető csiklandás érzését. *Frey* előtt számos szerző: *Lukey, Richet, Alrutz, Buch, Goldscheider*, stb. megállapították a viszketés és viszkető csiklandás közeli rokonságát, sőt többen azonosították a két érzést. *Frey* az érintés érzését a tapintás érzéséhez sorolta; a viszketést (*Török* után) a bőr fájdalomérző idegvégződéseinek tudta be. Abból, hogy a viszkető csiklandást az érintés mechanikai ingerei váltják ki és mégis viszket, kénytelen volt arra a következtetésre jutni, hogy a viszkető csiklandás érzése két fajta ingervégkészülék, a tapintás és fájdalom idegvégződések együttes izgalmi állapotából ered. A bonctani, ill. szövettani ismereteink nem támogatják *Frey* feltevését. Ez a hiányosság azonban átvonul ezidőszerint a bőrézéseknek úgyszólván egész területén. De nem követhetjük *Freyt* ama következtetéseiben, amelyeket a percutan érzéstelenítési kisérletekből levon. T. i. iontophoresis (kataphoresis) útján bevitt érzéstelenítők hatására a bőrérzések sorrendi kieséséből *Hacker* és *Frey* is, az érvégződéseknek a bőrrétegek szerinti elrendeződésére következtet. Számos kisérletemben, melyekben különböző érzéstelenítőket (pantocain, novocain, cocain, carbolsav, stb.) különbözőképen alkalmaztam (iontophoresis, könnyen felszívódó olajsavas közegben percutan befecskendezésekben) a következő kisérleti sorrendet lehet megállapítani. A hideg, a legfelszinesebb érzés és a viszkető csiklandás érzése úgyszólván egyidejüleg szünnek meg, azt követi a viszketés és fájdalom érzésének kiesése, azután következik a tapintás és végül a meleg érzésének megszünése. *Frey* következtetése, hogy az érintés érzése a tapintás érzőtestjeihez kötött, mert a tapintás érzésének megszünésével az érintés érzése is megszünik, ezek szerint nem helytálló. Carbolsavval módunkban állott ép tapintás, csökkent fájdalom- és viszketés-érzés mellett a felszines érintés és viszkető csiklandás érzését kiiktatni. Csábító volna ezekből a kisérletekből az érintés, viszkető csiklandás, fájdalom és viszketés érzésének receptorait ugyanazon felszines rétegre és ugyanazon idegvégződésekre vonatkoztatni; hasonló sorrendi kiesést kapunk azonban akkor is, ha az érzéstelenítőt bőr alá, vagy endoneuralisan adjuk. Itt tehát nem azonos rétegbeli elhelyezkedésről, hanem a végkészülékeknek és a megfelelő idegeknek az érzéstelenítőkkel szemben tanusított hasonló chemiai affinitásáról van szó.

Az elmondottakat röviden összefoglalva azt mondhatom, hogy kisérleteinkben a viszketés két fajtája sze-

repel, melyek mindegyike a vakarás reflexét váltja ki. Az egyik *a szövetanyagok okozta chemiai eredetű viszketés* — a másik *a mechanikai ingerek kiváltotta viszkető csiklandás*. Előadásomban mindvégig csak a *kisérleti* viszketésről beszéltem. A *klinikai* viszketés eredetére az alkalommal nem térhetek ki. Hangsúlyozom, hogy a klinikai viszketés egyik-másik fejezetére a kisérleti viszketés kapcsán szerzett tapasztalataink nem vonatkoztathatók. Igy a centralis, a neurogen viszketés az elmondottaktól teljesen különálló. A *peripherikus* viszketést három csoportra osztom, u. m.: *haematogen, dermogen* és *exogen* viszketés. A kisérleti viszketés szorosan véve az exogen viszketés utánzása azzal az eltéréssel, hogy míg a kisérleti viszketésben és viszkető csiklandás két különálló tüneményt képvisel, a bőr bántalmaiban, bőrbetegségekben e kettőnek *számos átmenete és kölcsönhatása* létezik. A haematogen eredetű bőrviszketéskor a szövetanyagok helyébe más chemiai anyagok léphetnek, amelyek közvetlen izgatják az epithel idegvégződéseit, anélkül, hogy H. anyagok a viszketés létrejöttében szerepelnének. Mindezekről egy más alkalommal fogok beszámolni.

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

Felszívódási vizsgálatok Giardia-val fertőzött gyermekeken.

Írta: *Véghelyi Péter dr.*

A Giardia lamblia flagellatával történő fertőzés gyermekkorban gyakran okoz hasi panaszokat, vérszegénységet és fejlődési visszamaradást. E tünetek keletkezésmódja ismeretlen. Valószínű, hogy a hasi tünetek a parasita mechanikus hatásának következményei. A vérszegénység talán annak a folyománya, hogy a paraziták a szervezetnek a vérképzésben fontos szerepű részén a duodenumban telepszenek meg. A fejlődés elmaradására semmiféle magyarázatunk nincs, annál kevésbbé, mivel az élősdiek által elvont tápanyagmennyiség nem lehet akkora, hogy komoly hiányt okozhasson. Ez indított arra, hogy a felszívódási viszonyokat vizsgáljam Giardiával fertőzött gyermekekben.

Elsősorban a zsír felszívódását figyeltem. Egyrészt felületes vizsgálatok azt mutatták, hogy itt kiesések vannak (mint ezt utólag *Reginald Miller* személyes közléséből hallottam, a háborús giardiasis-járványokban gyakori volt a jellemző zsírszéklet), másrészt ennek az eltérései könnyebben és kevesebb hibaforrással értékelhetők, mint a cukrok vagy fehérjék forgalmából kapható különbségek. Vizsgáltam ezenkívül a vizelet festéktömönységét is. Ennek az értéke nem mindig jellemző a bélbeli felszívódásra s nem is arányos vele. De ha a felszívódás valami ok miatt gátolt, a normálisnál több epe fog a széklettel eltávozni s a vizeletben kevés lesz a festék.

A kisérletek 188 beteg közül kiválasztott 17, 2—14 éves gyermeken történtek. Az adatok 48 és 72 órás kisérleteknek 24 órára számított átlagai. A zsírmeghatározások *F. Müller* szerint, a vizeletszín mérése *Veil* és *Heilmeyer* módszerével történt.

I. *Zsírforgalom.* Egészséges szervezetben a megevett zsírnak kb. 94—98%-a felszívódik s rendes étrenden a kiürülő zsír a széklet szárazanyagának 12—15%-a szokott lenni. 14 gyermeken vizsgáltuk a zsír felszívódását, összesített adataikból a fontosabbakat az alábbi táblázat mutatja. Helykímélés céljából a nagyjából hasonló esetek egy-egy csoportba vannak összevonva.

I. TÁBLÁZAT.
Zsírbevitel és ürítés:

Eset száma	Összes zsírbevitel	Összes zsír a székletben a bevitel %-ában	Összes zsír a székletben a szárazanyag %-ában	Szabad zsírsavak összzsír	Kötött zsírsavak a széklet %-ában	pH
3, 7, 9, 12	48.05	4.41	9.07	20.0	45.5	6.9
4, 10, 13	49.04	24.83	35.47	47.0	29.2	5.0
5, 11, 17	82.30	47.57	41.53	41.0	37.6	4.6
1, 2, 15, 16	40.44	77.68	51.83	58.9	15.9	3.8
1, 2, 15, 16	12.53	79.20	26.87	62.2	12.2	3.8

Mint látszik a táblázatból, rendes a felszívódás csak az I. csoport 4 gyermekében volt. A II—III—IV. csoportokba foglaltak mind kóros értékeket adtak. A IV. csoport tagjai csak egy ötödrészét tartják vissza a megevett zsírnak s a székletük szárazanyagának több mint a felét zsír adja. A rossz zsírkihasználás nem a táplálék túlmagas zsírtartalmának következménye. A IV. csoport tagjait zsírszegény étrenden is megvizsgáltuk. Ugyanazt a táplálékot kapták, mint eredetileg, csak a zsír mennyiségét csökkentettük harmadrészre. A táblázat utolsó sorából látható, hogy ez a felszívódáson mit sem javít s az egyetlen különbség, hogy a széklet szárazanyagának így kisebb részét teszi ki a zsír. A beteg ilyen átállítás után, a széklet változásából itélve, javulást mutat, holott a felszívóképesség változatlanul épp olyan rossz, mint volt.

A felszívódás ilyen nagymértékű akadályozottsága csak pankreas-kieséseknél szokott előfordulni. Hogy ezekben az esetekben nem erről van szó, azt fermentmeghatározásokkal lehet kimutatni. Lipase-meghatározás minden betegen történt. A lipase értéke *Róna* és *Michaelis* stalagmometriás módszerével mérve 90% felett volt 9, 80—90% között 2 és 70—80% között 3 gyermeknél. A legalacsonyabb mért érték — 76% — sem vehető még kórosnak. A felszívódás tökéletlensége szóval nem valami ferment kiesésének a következménye. Kiviláglik ez abból is, ha a kiürült zsír összetételét nézzük (I. táblázat, III. és IV. oszlop). Kivéve az első csoportot, a szabad zsírsavak mennyisége a kötöttek rovására sokkal több, mint lenni szokott. *A megevett zsír tehát hasad a bélben, csak felszívódni nem tud.* A szabad zsírsavaknak ilyen tömege persze a béltartalom erős elsavanyodására vezet (lásd a pH értékeket az I. táblázat utolsó oszlopában). Ez és az a körülmény, hogy a víz és a többi tápanyag is épp ilyen rosszul szívódik fel, magyarázzák meg, miért van e betegeknek állandó hasmenésük és nagytömegű székletük.

A zsír tehát, bár megemésztődik, nem tud felszívódni. E tényt csak kétféle ok hozhatná létre. Az egyik a zsírsynthesist igazgató kéreghormon kiesése. Mivel ez a felszívódási rendellenességen kívül egyéb tünetekkel is jár, melyek betegeinken nem voltak láthatók, fel kell tennünk, hogy *a felszívódásnak mechanikus akadálya van, jelen esetben a bélfalat bevonó protozoonok áthatolhatatlan rétege.*

II. *Vizeletfesték. Veil* és *Heilmayer* szerint egészséges szervezetben a vizeletben lévő festékek tömönysége $F_0 = 1.80$ körül van, s az egész nap ürített festékmennyiség $F \times M = 9.0$ és 11.0 között. Egészséges gyermekekben az F_0 értéket mindig 1.0 felett, az $F \times M$ értéket 8.0 és 9.0 között szoktuk találni. 17 közül 13 gyermekben határoztuk meg ez értékeket. Közülük 2, kinek egyéb módon is kimutatható májbántalma volt, kórosan magas értékeket adott, míg 3 gyermek rendeset.

A többi 8 beteg értékei mind jóval alacsonyabbak voltak a normálisnál: kettőnél az Fo 0.1, az F×M 1.0 alatt volt, másik négynél az Fo 0.1 és 0.2 között, az F×M 1.20 és 2.10 között.

Olyan betegséget vagy állapotot, amelyben a vizelet festékmennyisége megkevesbbedne, nem is ismertünk eddig. Az Fo értéke alacsonyabb lehet polyuria esetén, stb. Viszont ezt sem észleltük betegeinken s az F×M értékek mutatják, hogy a festékeknek nemcsak a töménysége, hanem az absolut mennyisége is csökkent. Ez a körülmény csak egyféleképen magyarázható: *a bélfal valami miatt átjárhatatlanná vált,* annyira, hogy az oly könnyen felszívódó epének is csak kis része jut át rajta.

III. *Kezelt esetek.* A leírt kisérletek kimutatták, hogy e betegekben a felszívódás súlyosan gátolt és hogy az akadály mechanikai jellegű. Feltételeztük, hogy a bélfalat bevonó élősdi réteg okozza az akadályt. E feltételt bizonyítani csak úgy lehet, ha a parasiták elűzése után a felszívódás ismét rendes lesz.

A 17 gyermek közül 8-at kezeltünk arsen- és akridin-készítményekkel. Egyéb gyógyszert vagy diaetát nem kaptak. Mind a 8 megszabadult élősdijeitől, legfeljebb 7 hét alatt. A felszívódási rendellenességek mind a 8 esetben a kezelés megkezdése után azonnal csökkenni kezdtek s 10—12 hét múltán teljesen rendes állapotot találtunk. A 3 legbetegebb gyermek (lásd az I. táblázat IV. csoportját) kezelés előtti és utáni értékeit a következő, II. táblázat mutatja.

II. TÁBLÁZAT.

Zsírforgalom és vizeletfesték-értékek kezelés előtt és után:

Eset száma	Összes zsír a székletben				Vizeletfesték			
	Bevitel %-ában		Szárazanyag %-ában		Fo	Fo	F × M	
	előtt	után	előtt	után	előtt	után	előtt	után
2.	77.90	5.6	58.0	7.7	0.095	1.79	0.99	8.0
15.	77.40	5.2	42.0	12.1	0.09	1.93	0.82	8.75
16.	73.60	7.1	60.5	9.3	0.17	1.44	1.52	9.32

Látnivaló, hogy kezelés után a zsírfelszívódás rendes lett, a széklet zsírja a szárazanyagnak már csak egytizedét teszi. A vizeletben a festékek töménysége és absolut mennyisége is rendes. Evvel együtt haladt a vérszegénység csökkenése s az erősen elmaradt fejlődésnek hirtelen megindulása is.

A leírt kisérletek bizonyító erejűek a Giardia lamblia némelyek által még mindig vitatott pathogenitása mellett és részben felderítik az általuk okozott tünetek keletkezési módját. A vérképzésben szerepet játszó szervek laesióján kívül része lehet a vérszegénység okozásában a felszívódás zavarának is és valószínűleg ennek tudható be a fejlődésnek Giardia-fertőzötteken annyiszor látható visszamaradása.

„Oriza" szárított rizsnyák. Mint az idevágó klinikai vizsgálatok megállapították a Krompecher-féle ORIZA-ból 5 perces főzéssel kolloidalisan jól oldott tápanyagokban gazdagabb, könnyebben emészthető, jobban kihasználható, nyákfőzet készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagokból, rizs-, búza-, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös kolloid chemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhigításra, valamint a hasmenések kezelésénél gyógytáplálékul használatos nyákoldatok készítésére az ORIZA használata a legcélszerűbb és a leggazdaságosabb, mert a belőle készült nyák felel meg legjobban az ideális nyák követelményeinek.

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

Uj magyar sugárfogóanyag (Neorenumbral) az intravenás pyelographiához.

Írta: *Fórizs Ödön dr.,* klinikai gyakornok.

Amerikai, majd európai szerzők kevés sikerrel járó próbálkozásai után 12 évvel ezelőtt német vegyészek munkájának eredményeként vált lehetővé olyan anyagok előállítása, amelyek alkalmasak a kiválasztásos pyelographiára. E vénába fecskendezett anyagok a vizelettel választódván ki, a vesék üregrendszerének, az uretereknek alak- és helyzetváltozásait a röntgenvizsgálatnak hozzáférhetővé teszik olyan esetekben is, amikor a retrográd pyelographia nem kivihető, vagy tilos.

Az intravenás pyelographia a vesék kiválasztóképességének megitéléséhez is ad bizonyos támpontot, magának a veseparenchymának röntgensugárral való feltüntetését is kedvezőbbé teszi (renographia), azonkívül felhasználható a vesemedence és ureter dynamikájának vizsgálatához. *(Minder).*

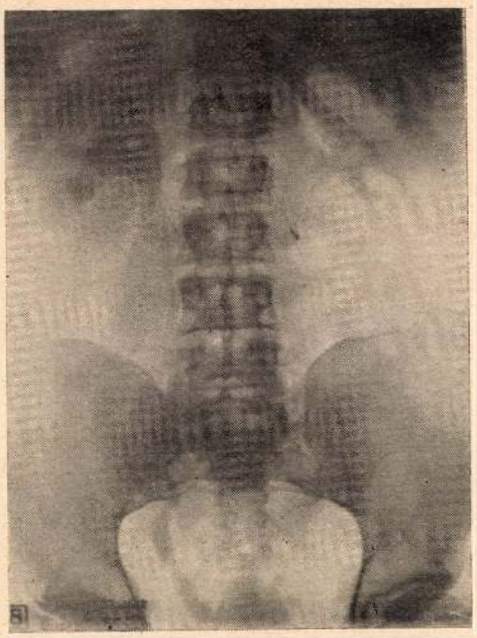
A jódot, mint nagy atomsúlyú, ismerten jó sugárfogó, a vesében kiválasztódó elemet próbálták felhasználni vénábafecskendezéssel, peroralisan, urographia céljára. Nátriumsója azonban még hugyany-complex-vegyület alakjában (Roseno-féle pyelognost) sem felelt meg, mert szükséges mennyiségben adva, a szervezetnek árt. A gyakorlatban tehát nem válhatott be.

Arthur Binz és *Curt Räth* a chemotherapeuticumok synthesisének elvei szerint ezt az elemet olyan chemiai szerkezetbe vitték, amely lehetővé teszi a szükséges mennyiségben való bejuttatását a szervezet ártalma nélkül. Bár munkájuk célja az elinduláskor egészen más volt, a véletlen — mint annyiszor — itt is nem várt új lehetőségek területét nyitotta meg. A tervszerű, synthetikus chemiai munka és egy alkalmi észleletből származó megismerés kihasználása voltak a nemzői annak a már kiterebélyesedett ismeretanyagnak, amelyet az urologiai diagnostikában a kiválasztásos (az alkalmazás módja szerint ma már kizárólag intravenás) pyelographia jelent.

Binz és *Räth* állapították meg hosszú, rendszeres kisérletezés után, hogy a jódnak heterocyklusos vegyületekkel való összekapcsolása, hasonlóan más elemekéhez, a szervezetre gyakorolt hatásában lényeges változásokat eredményez. Azt találták, hogy különösen a pyridin- (az egy N atomot tatalmazó benzol-) gyűrűből levezethető pyridon, amely az előbbitől egyik szénatomján lévő ketonszerű kötésben különbözik, — az az anyag, amelybe a jódot megfelelő helyzetbe substituálva, annak vízben való oldhatósága, a szervezetből történő kiválasztódásának gyorsasága nagymértékben megnövekszik, mérgező ereje pedig sokszorosan megcsökken. A vegyületek chemiai szerkezete és biologiai hatása között bizonyos összefüggés állapítható meg: „A jódot a pyridon-gyűrű mintegy méregteleníti." *(Binz).*

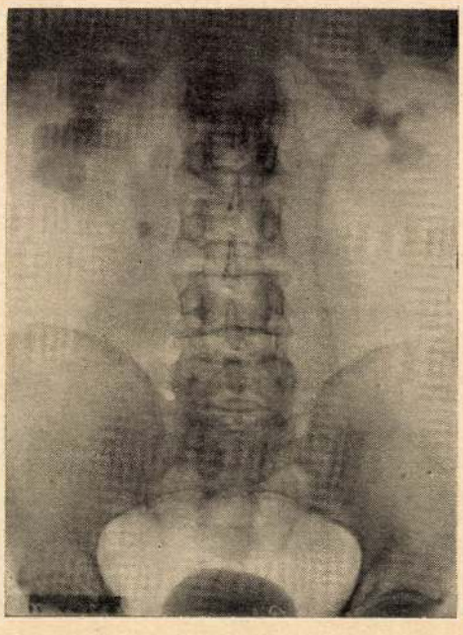
Ezek voltak azok az alapvető megállapítások, amelyek nyomán az egyre megfelelőbb anyagok előállítása lehetővé vált. Sok új anyag készült, amelyek közül már nem egy csak históriai jelentőségű. Ám ezen az úton vált lehetővé az i. v. pyelographiának, mint diagnostikus módszernek részletes kidolgozása, az urographia követelményeinek megfelelő sugárfogó előállítása, az eljárás kellemetlenségeinek kiküszöbölése. Ma

már megállapodott az intravenás pyelographia helye az urologiai diagnostikában. Javallatait, eredményeinek értékelését számos vizsgáló megfigyelése, sok külföldi és magyar irodalmi adat, pontosan meghatározta. Megállapították végrehajtásának minden technikai vonatkozását is, optimalis pyelogramm előállításához.



1. ábra. Dr. Cs. K. 37 é. férfi. Rendes kiválasztás ép viszonyok között.

Az i. v. pyelographiára jól alkalmazható szertől megkívánjuk, hogy nagy jódtartalma legyen, hogy lehetőleg kis térfogatban adhassuk be a szükséges mennyiséget. Legyen a vegyületben a jód erős organikus kötésben, nehogy a bevitt több grammnyi mennyisége a szerveztben lehasadva, jódártalmat okozzon. Ürüljön tehát a szervezetből változatlanul, a vesén való áthaladása közben ne bántsa a parenchymát, ne izgassa a húgyutakat. Választódjon ki gyorsan az ép vesében, hogy a vizeletben percek alatt elérje a röntgenképen árnyékot adó sugárfogó töménységet.

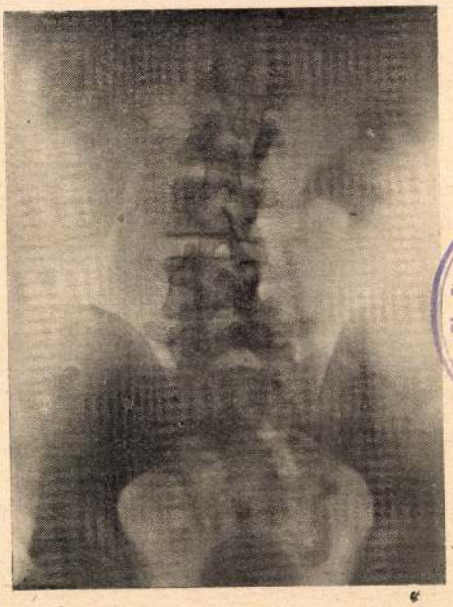


2. ábra. v. Zs. P. 48 é. férfi. Dg.: Calc. renis l. d. Calc. ureteris l. s.

Ez elméleti és gyakorlati követelményeknek teljesen megfelelő új contrastanyag az Egger-gyár által forgalomba hozott „Neorenumbral", amely a fejlődő magyar gyógyszerchemia újabb bizonyítéka.

A neorenumbral — vegyileg benzoyl-jód-aminoecetsavas-Na, — felépítésében a Binz és Räth-féle elvnek felel meg. Az eddigi hasonló sugárfogóanyagokkal szemben eltérést jelent a molekulájában szereplő glykokoll. A jódot igen szilárd kötésben tartalmazza. Molekulája változatlanul halad át a vesén, a vizelettel szervetlen jód nem ürül, a jód-ion tehát nem hasíttatik le a szervezetben a molekuláról. Chemiai tulajdonságaira nézve semleges só, fehér, tűalakú kristályokban. Olvadáspontja 171 C°. Vízben 65%-ig oldódik.

A pyelographiához használt sterilen ampullázott, stabilis oldat 55%-os, gyengén meglúgosított, így 20 ccm-nyi mennyisége minden kellemetlenség nélkül injiciálható.



3. ábra. A. F. 32 é. férfi. Dg.: Tbc. renis l. u.

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJA KÖNYVTÁRA

Nyúlon testsúlykilogrammonként számítva 1.65 gr. neorenumbralnak semmi toxikus hatása nincs. A diagnostikusan alkalmazott 20 ccm-nyi 55%-os oldat átlagos (70 kg.) súlyú embernél megfelel 0.16 gr.-os dosisnak pro kg.

Megfelelő előkisérletek után az urologiai klinikán eddig 40 esetben alkalmaztuk a neorenumbralt i. v. pyelographiára az esetek minden válogatása nélkül. Az oldatot az ampulla felnyitása előtt testhőmérsékletre felmelegítve, lassan fecskendezve, lényeges kellemetlenséget sohasem észleltünk. Néhány cseppnek paravenás injectiójára különösebb fájdalmas beszüremkedés nem keletkezett. Nem fordult elő egyszer sem utána láz, hidegrázás, exanthema, erősebb vénagörcs, hányás vagy kellemetlen hányinger, szédülés vagy lüktetés érzése a fejben. Hasonlóan nem tapasztaltuk a némelykor jelentkező égető, szárazságérzést a testnyílások nyálkahártyáin, nem fordult elő egyszer sem kellemetlen vasomotoros zavar. Alig néhányszor tettek említést a betegek enyhe, múló melegérzésről a fejben, törzsön, amelyek különösebb panaszokkal sohasem jártak, pár perc alatt spontán megszüntek. A neorenumbal alkalmazása után haematuria, albuminuria nem volt, a vizelet fajsúlyának nagyobbfokú emelkedését szintén nem tapasztaltuk. A kilinkán hosszú tapasztalat alapján kialakult felvételi idő a sugárfogó

befecskendezése után 15, illetve 45 perc múlva a neorenumbralnál is optimalisnak bizonyult. A kapott képek mindenkor alkalmasak voltak a megfelelő tájékozódásra.

A mellékelt képen jól észlelhető a neorenumbral jó sugárfogó, kifogástalan árnyékot adó tulajdonsága, amely a pyelogrammokat contrastdús rajzolatúvá teszi.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr.* kéziratának átdolgozásával írták: *Benderek István dr.* és *Külley László dr*

A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

A kimerülés.

Ha a munkavégzés olyan, hogy nemcsak a fáradtságanyagok felhalmozódása csökkenti a teljesítőképességet, hanem az energiát szolgáltató és az izomműködés folyamatához egyébként is szükséges anyagok elfogyására is kell gondolni, akkor kimerülésről beszélünk. A tartalékanyagok elfogyása csak kivételesen lehet oka az elfáradásnak, mert bár hosszabb megerőltető munka a glikogén tartalmat csökkenti *(Kobayashi)* és a vércukor tükre leszáll *(Schenk)*, ezek a változások nem olyan számottevőek, hogy a működés megszünését megmagyaráznák. Fontosabbnak látszik az izom és a zsir foszfatid vesztessége. *(Gage, Patterson, Bogdanow* és mások.) Kimerülés után a munkaképesség helyreállása sokkal lassubb és tökéletlenebb, mint egyszerű elfáradás után, sőt egy bizonyos határon túl már lehetetlen. Ilyenkor az elfáradás halálos is lehet és végkimerülésről beszélünk. Laboratoriumi kisérletekben is előidézhető a végkimerülés. Valószinű, hogy ilyenkor már rendellenes vegyi folyamatok is játszódnak le az izmokban és az egész szervezetben, melyek hatása alatt nemcsak az izmokban, hanem a parenchimás szervekben is súlyos működési zavarok és szöveti elváltozások támadnak.

Ha a fáradtság teljes kipihenése, vagy a kimerültség teljes kiheverése előtt a szervezetnek ujabb megerőltetéseket kell végeznie, melyek újra visszavetik az előbb leírt állapotba, beáll az elcsigázás. A szó, a régi értelmében, a fáradtság azon állapotát jelentette, melyben a mozgások nemcsak koordinálatlanok voltak, hanem lassuak és vontatottak is, ami az igazi izomfáradás jelensége gyanánt is beállhat. Ma a halmozódó kimerülések során kifejlődő idült fáradtsági állapotot értjük az elcsigázás alatt. Kifejlődését jelentékenyen gyorsítja és súlyosságát fokozza a táplálkozás elégtelensége. (háború). A gyakorlatban egyes betegeken és sportolókon észlelhetjük mint elhibázott edzés következményét.

A mozgás és az izomláz.

A megerőltető munkához nemszokott embereken, vagy kellő edzés nélküli sportteljesítményekre vállalkozókon megerőltető munka után egy-két napig tartó beteges állapot fejlődhet ki, melyet izomláznak nevezünk. Megkaphatja a mozgásokhoz szokott ember is, ha olyan izmait erőlteti, melyeket foglalkoztatni nem szokott, vagy ha a megszokott mozgás a rendes mértéket erősebben meghaladja. Hosszabb tétlenség után aránylag csekély megerőltetés is előidézheti az izomlázat, mig a terhelés óvatos fokozásával rendszeres mozgással teljesen elkerülhető. Leginkább az erőlködésssel járó mozgások idézik elő, mig a könnyű mozdulatok gyakori, vagy hosszas ismétlése kevésbbé. A megerőltetésnek elég nagyfokunak és elég tartósnak kell lenni, hogy izomlázat okozzon. Az olyan mozgások, melyek kifulladást, vagy más általános tünetet nem okoznak, vagy a munka még az általános kifáradás előtt véget ér, akkor izomláz csak ritkán keletkezik.

Közvetlenül a megerőltetés után gyakran nem észlelhető semmiféle tünet, a fáradtság jelein kivül és az izomláz csak 6—12 óra mulva áll be; ritkábban fordul elő az, hogy rögtön feltünik az izmok fokozott keménysége, duzzadtsága és nyomásérzékenysége.

A betegség egyik legfontosabb tünete az izmok fájdalmassága, mely jellegében és viselkedésében emlékeztet az izomreumánál észlelhető fájdalmasságra és feltehető, hogy közös okaik is vannak (kolloidkémiás elváltozások, *Schade)*. Az izmok még nyugalmas állapotban is fájdalmasak és minden mozdulat jelentékenyen fokozza a fájdalmat. Néha a megerőltetés után láz is mutatkozhatik. Ilyenkor azokban az izomcsoportokban is jelentkezik fájdalom, melyek nem vettek részt a megerőltető munkában. A derék és a törzs izmai fájnak a legerősebben. A hidegrázás ritka, de az enyhébb borzongás gyakori. A hőmérséklet elérheti, sőt meghaladhatja a 40 fokot, de ez ritka, legtöbbször csak néhány tizedfokos a hőemelkedés. A láz rendesen egy napig tart, rövid kulminálás után lassú fokozatos csökkenéssel megszünik. Másnap még néha átmeneti hőemelkedés lehetséges. A vizelet fehérje nyomokat tartalmazhat. Az izomláz gyógyulása rendesen gyors, bár az izmok fokozott keménysége, merevsége, nyomásérzékenysége még napokig is fennállhat.

Az egész kórkép nagyon hasonlít ahoz a megbetegedéshez melyet izületi zuzódások, vagy sérülések szövetközti vérzések nyomán látunk kifejlődni és emlékeztet az idegen -fehérje injekciókat követő lázas állapotra.

Kétségtelen, hogy a folyamat az izmokban végbemenő változásokkal van összefüggésben, mert ugyanazoknak az izmoknak az újabb megerőltetése redszerint nem okoz újból izomlázat. Az izom képessé válik annak a munkának a teljesítésére, az általános tünetek beköszöntése nélkül, melyek azelőtt izomlázat okoztak. Ez az állapot azonban csak egy bizonyos ideig tart; hosszabb tétlenség után a megerőltetés újabb izomlázat okoz.

Valószinű, hogy az izomlázat a munka közben az izomban keletkező tökéletlen égési termékek, esetleg fehérjeszármazékok felszívódása és a szervezetben való eloszlása okozza.

Feltünő a keveset mozgó emberek nagy hajlamossága az izomlázra, ilyen esetekben feltehető, hogy az izom nem a megszokott vegyi folyamatokkal dolgozik, hanem rendellenes folyamatok székhelye volt. Ezt a jelenséget azzal magyarázhatjuk, hogy feltesszük, hogy a tétlen izmok gyönge vérkeringése és elégtelen égési folyamatai már nyugalomban is a bomlási termékek felhalmozódására vezetnek, melyeket az erősebb munka a szervezetbe juttat.

Az izomlázhoz hasonló jelenség bizonyos izomcsoportok fájdalmassá válása szokatlan statikus izommunka után. Különösen gyakori a törzsizmokban és a deréktáj izmaiban.

Betegeinket természetesen még jobban óvjuk az izomláztól, mint az egészséges embereket. Védekezés: a rendszeres mozgás. Állítólag az előkészítő masszázs és a bemelegítő torna a kezelések előtt, megakadályozhatja a kifejlődését. Hasonlóan hatna a gyakorlat után végzett masszázs is és a munkában részt nem vett izmok foglalkoztatása.

A fizikai gyógymódok gyakorlata szmepontjából az izomláz ismerete fontos, mert óvatos adagolásra int olyan betegeknél, akiknek nincs kellő gyakorlatuk.

A mozgás és a légzés.

A mozgó ember légzése megváltozik. Megváltozik a lélekzetvételek mélysége és szaporasága, valamint ezek eredményeképpen a perctérfogat is. A légzőszervekben a percenkint áthaladó levegőmennyiség pihenő, egészséges embernél által 6—8 liter, de munkánál sokkal többre is emelkedhetik. A lélegzetvételek száma a nyugalmi átlagos 16—20-ról sokkal többre emelkedhetik és mig a pihenő ember egy légzéssel átlag 500 ccm levegőt forgat, addig a mozgó ember kétszer ennyit is. A perctérfogat emelkedése arányos a testi munka nagyságával és rendes viszonyok mellett ugyanilyen arányban nő a szervezet oxigénfogyasztása is.

Az erősebb légzés az erősebb testi munkával egy időben kezdődik. A légzés szabályozásának legfőbb mozgatója a vér kémiai eltolódása. Még ma sem egészen tisztázott, hogy vajjon a szabad szénsav-e a légzőközpont élettani ingere, vagy a H. ion töménységének a változása, vagy pedig a HCO_3 töménység *(Speck, Miescher, Zunz, Löwy, Haldane, Wilson, Straub, Schenk,* stb.). Kétségtelen azonban, hogy az aciditás állapotának van befolyása.

Erős mozgás végzésekor a szervezet nem tudja fedezni oxigénszükségletét, mert az időegység alatt több oxidációra váró anyag keletkezik, mint amennyi oxigént a szervezet felvehet. A szervezet tehát oxigénadósságot csinál *(Zunz, Durig, Hill).* Különösen nagyra nőhet az oxigénadósság, ha a légzés a rövid és az erős munka végzése alatt szünetelt, vagy elégtelen volt. Ezt az oxigénadósságot a munka befejezésével törleszteni kell, amiből az következik, hogy a légzés még a mozgás befejezése után sem válik azonnal rendessé.

Gyérütemű lassubb mozgásnál a fokozódott légzés fedezheti az oxigénszükségletet, tehát a szervezet nem csinál oxigénadósságot és olyenkor a szervezet igen kitartó munkára képes *(Hill).*

A mozgás és a légzés mechanikája.

Mint említettük, a perctérfogat növekedése a légzésszám és a légzéstérfogat növekedésének az eredménye. Nagy oxigénszükség idején mind a kettő számottevő növekedést mutat, de egyébként számos körülménytől függ, hogy melyikre esik a nagyobb súly és melyik fokozásával szabályoz a szervezet. A változás jórészt egyéni, de függ a gyakorlattól, a mozgás minőségétől, a test helyzetétől, a vérkeringési szervek állapotától és a mozgás közben létrejött változásaitól. Gyakorlott emberen a mérsékelt és meg nem erőltető mozgásnál rendesen a légzés mélysége nő, kissé növekedett szaporaság mellett. Erős mozgásnál a szaporaság is nő és előfordulhat hogy a mélység ismét csökken. Egyenletes tartós mozgásnál a szervezet bizonyos egyenletes kedvező légzésre áll be, amely mint izommunka is a leggazdaságosabb *(Liliestrand).* Minden mozgásnak van egy bizonyos kedvező légzési technikája, melyet rendszeresen meg is lehet tanulni és gyakorolni *(Kohlrausch).*

A légzés alkalmazkodása a mozgáshoz a gyakorlattal javul. A gyakorlott embernek ugyanahhoz a munkateljesítményhez kevesebb levegőre van szüksége, mint a gyakorlatlannak, nemcsak azért, mert izomműködése gazdaságosabb, hanem azért is mert lélegzeni jobban tud. Tapasztalás szerint a gyakorlott alkalmazkodásában a légzés mélyitésének nagyobb szerepe van, mint a gyakorlatlanéban és csak ennek elégtelensége esetében, vagy elégtelenné válásakor nő számottevően a lélegzetvételek száma. Az ilyen emberek légzéstérfogata pihenéskor is nagyobb az átlagnál és feltünően gyéren vesznek lélekzetet.

Az oxigénszükséglet annál gyorsabban nő, minél több elégésre váró, főleg savi vegyhatású anyag termelődik az izommunka által a szervezetben. Kis izomtömegek könnyű tevékenysége sokkal kevésbbé változtatja a légzést, mint a nagy izomtömegek megerőltető munkája. A légzészsükségletet a statikus munka is emeli és főleg innen van az, hogy különböző testhelyzetekben más és más a légzésszám és a perctérfogat.

A légzésben a rekeszizmon és talán a bordaközti izmokon kivül olyan izmok szerepelnek, melyeknek más feladatuk is van, mint a lélekzés ellátása. Ezért gyakran egyszerre kellene szolgálni a légzést és a gyakorlati munkát. A légzés izmai és velük a légzés az akarat számára is hozzáférhető. Ezért van az, hogy munka közben hosszabb-rövidebb ideig ellenállhatunk a légzőközpont ingerületeinek. A légzési forma alkalmazkodása a munkához a legtöbbször automatikusan történik — főleg a ritmusosan ismétlődő mozgásoknál — és főleg akkor veszünk lélekzetet, mikor az a legcélszerűbb és a leggazdaságosabb.

A légzés menetének az akarattól többé-kevésbbé függő volta nemcsak a legcélszerübb légzéstipus céltudatos kitanulását és begyakorlását teszi lehetővé, hanem a légzés önálló foglalkoztatását is, mellyel a légzési gyakorlatoknál foglalkozunk.

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Sulfanilamid okozta toxikus hepatitis. *Garvin J.* (Amer. Med. Ass. 111. k. 2283. o. 1938.) A szerző sulfanilamid (teljes nevén aminobenzolsulfamid) okozta májártalom 5 esetét ismerteti. Három esetben dermatitis exfoliativa, egyben pedig ascites társult a hepatitishez. Az előbbiek halálosan végződtek. A szerző az irodalomban eddig közölt 5 esetet sajátjaival összevetve a sulfanilamid csoportba tartozó vegyületeket a májlaesiót okozó vegyületek közé sorozza. (B. 5.)

Rékai Pál dr.

Adrenalinmeghatározás vérben. *C. Giordano* és *P. Zeglio.* (Zschr. Klin. Med. 135. 2.) Chemiai eljárás a vér adrenalintartalmának meghatározására. Az eljárás alapja, hogy kovasav natriumthiosulphat jelenlétében az adernalint quantitative és elektive adsorbeálja. Az adsorbeált adrenalin annak felszabadítása után kolorimetriásan meghatározható. A venás vérben általában 20%-kai alacsonyabb értéket találtak, mint az arteriásban. (G. 4.)

Gömöri Pál dr.

Sárgaság cukorbetegeken. *Ducas* és *Uhry.* (Presse. Med. 1939. 2. sz.) Szerzők három fiatalkorú diabeteses kórtörténetét közlik. Közülük egy Weil-féle fertőző sárgaságon, a másik kettő icterus simplexen esett át. A három beteg kórlefolyása alapján, összevetve az idevonatkozó egyéb irodalmi adatokkal, a következőket állapitják meg: A sárgaság a tolarentia romlását okozza, de lezajlása után az anyagcsere ismét az eredeti állapotba tér vissza. Egyebekben az icterus lezajlása semmiben sem tér el a nem diabeteses egyéneken észlelt lefolyástól. Kezelésében a szénhydrátnak nagy mennyiségben való bevitele ajánlatos, az insulinadag megfelelő emelésével; a zsirok mennyisége redukálandó. (B. 4.)

László Géza dr.

Ismételt vérvételek következményei állandó vértadókon. *Reicher H.* (Fol. Haemat. 61. k. 2. f.) 209 vértadót figyelt meg, 4 és ½ éven keresztül. Tapasztalatait más szerzőkkel nagyjában megegyezőleg abban foglalja össze, hogy egész-

séges, közepes fizikumú férfi havonta átlag 275 ccm. vér lebocsátását ártalmas következmények nélkül eltűri, ennél sűrűbb, vagy 400 ccm-nél nagyobb vérlebocsátás nem ajánlatos. Két egészséges és egy polycythaemiás vértadónál egy idő múlva vaskezelésre jól reagáló hypochrom anaemiát látott kifejlődni, mellékes leletként achylia gasrica-val. Az ilyen egyének, továbbá a menstruatiós vérveszteségek által igénybevett nők állandó vértadókként nem használhatók. (B. 2.)

Koltai Győző dr.

Vizsgálatok az ovalocytosisról. *A. Vischer.* (Ztschr. f. Klin. Med. 135. 2.) Az anaemia perniciosán kívül ismerünk olyan kórképeket is, melyekben — bár tüneteket nem okoznak — az erythrocyták legnagyobb része ovális vagy pálcika alakú. Ilyen esetek száma a pontosabb megfigyelések következtében az utóbbi években egyre szaporodik. Szemben az anaemia perniciosával, itt sokkal több ovalocytát találunk, mely az egész életben megmarad és semmivel sem befolyásolható. Az ovalocyták hypotoniás konyhasóoldattal szemben való ellenállóképessége normális. Sternumpunctióval megállapítható, hogy az éretlen, magvas erythrocyták nem mutatnak ovális alakot, csak az egészen érettek. Az ovalocytosishoz gyakran társul anaemia. Nagy anyagon végzett kutatások alapján bebizonyosodott, hogy dominánsan öröklődő familiáris vérképanomáliáról van szó. A szerző egy terhelt család 51 tagját vizsgálta, s közülük 14-ben talált ovalocytosist. Az erythrocyták 70—90%-a volt kifejezetten ovális alakú. A retikulocyták száma 18—38‰ volt. Normális egyénbe való transfusióval úgy találta, hogy az ovalocyták élettarama 12—13 nap (normálisan 20—40 nap), úgyhogy a retikulocyták magas számát valószínűleg a fokozott ovalocyta pusztulás magyarázza. Anaemiás a beteg akkor lesz, ha hypersplenia, vagy valami infectio következtében az erythropoesis nem tudja compensálni a sejtpusztulást. Közel fekszik tehát a gondolat, hogy az ovalocytosist rokonságba hozzuk az icterus haemolyticussal, ezen rokonság tisztázására azonban még behatóbb vizsgálatok szükségesek. (G. 3.)

Erődi Frigyes dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Prochnow Ferenc* és *ifj. Verebélyi Tibor.*

Az epekőbetegség és az epehólyag elsőleges rákjának összefüggéséről. *Böttiger.* (Arch. f. Kl. Chir. 194. k. 1. f.) 32 operált elsőleges epehólyagrák-eset vizsgálata alapján megállapítja a szerző, hogy 1. főleg nőknek van elsőleges hólyagrákjuk, hasonlóan mint epekövük; 2. az elsőleges hólyagrák-esetek 80%-ában kő is van a hólyagban. Figyelembe véve azt a két statisztikai adatot: 1. a hólyag áttéti rákja esetén az egyidejű epekőbetegség ritka (kb. 15%-ban); 2 a másodlagos hólyagrák inkább a férfiak betegsége, arra a következtetésre jut, hogy az epekő a rákképződésnek az oka. Mindenesetre nem az epekő kiváltotta mechanikus izgalomban kell keresni a ráképződés közvetlen okát, hanem az általa fenntartott chronikus regeneratióban, amely mint localis dispositio — általános rákhajlam esetén — allobiotikusan rákképződéssel reagál (Fischer-Wasels-féle elmélet). (P. 4.)

Prochnow Ferenc dr.

Hereficamodásról. *Ott.* (Zbl. f. Chir. 1939. 3.) 21 éves férfi a munkatáborban fejjel lefelé, lábán lógva, árokban dolgozott. Az árokból kijutva, észrevette, hogy a bal heréje hiányzik, egyidejűleg szúró fájdalmakat érzett a lágyék táján. Vizsgálatkor kitünt, hogy a bal herezacskó üres, a lágyéktáj nyomásra érzékeny, kissé előboltosul, de here nem tapintható. A műtét alkalmával kiderült, hogy a normális nagyságú és küllemű here a lágyékcsatorna belső nyílásában foglal helyet. Az ondózsinór ép, sérvnek nyoma sincs. A herét átmenetileg a combhoz öltötte. Sima gyógyulás. Igen ritka esetében a hereficamodás keletkezését úgy magyarázza, hogy a here nem volt a herezacskóhoz rögzítve — a mesochorium ugyanis hiányzott, — másrészt pedig valami oknál fogva előálló cremaster-görcs a herét luxálta. (P. 5.)

Prochnow Ferenc dr.

Szükséges-e a műtét utáni szőllőcukor infusio? *Saegesser.* (Chirurg. 1938. 17.) Műtét utáni szőllőcukor infusio eddigi meggondolások szerint egyrészt folyadékbevitelt, másrészt különösen szívtáplálást jelent, de hathatósan támasztja alá a májműködést is. Súlyos hassebészeti esetekben azonban a szervezet cukor-, sóegyensúlya egyrészt a sóveszteség, másrészt a csökkent insulintermelés miatt annyira zavart lehet, hogy a cukorinfusio súlyos zavart idézhet elő. Ilyenkor az insulinelégtelenség miatt a vércukoremelkedés nagyfokú serumchlór-csökkenést és restnitrogen-emelkedést idéz elő, aminek az eredménye uraemiához hasonló állapot. Ennek elkerülésére műtét utáni időszakban a cukorinfusiót kerülendőnek tartja, sőt inkább hypertoniás konyhasó és insulin adagolást tart szükségesnek, különösen idős embereken. (V. 2.)

ifj. Verebélyi Tibor dr.

A felső- és középső hasfalmetszés. *Usadel* és *Wahl.* (Chirurg. 1938. 19.) A felső-középső hasfelmetszésnek sok az előnye, de vannak hátrányai is. Izomzatot nem sért, a hasüreg felső szerveihez jó betekintést és helyet nyujt, zárása könnyű. Azonban sérv, ill. rectus diastasis keletkezéséhez vezet. *Sprengel* szerint nem hossz-, hanem harántmetszés, mert az oldalsó hasizmok erővonalaira és a linea albabán összefonódó bőnyerostokra merőlegesen halad. Szerző munkatársa, *Wahl,* eszközt szerkesztett, amellyel a hasfal dynamikája vizsgálható és mérhető. A musc. transversus, valamint az egymásra merőleges irányú két musc. obl. eredője is haránt irányban hat, az oldalizmok erejét a rectusizomzat egyensúlyozza ki. Működés közben medialis széleivel egymáshoz közeledni igyekszik és így tehermentesiti a linea albát az erős oldalhúzástól. Szerző szerint ez az eddig kellően nem hangsúlyozott tény készteti őt arra, hogy pl. gyomorresectiós betegeit már a műtét utáni első napon felülteti, sőt talpra is állítja, hogy így a rectusizomzat tornásztatásával óvja műtéti metszését. A metszést a köldök felett kb. két haránt ujjal fejezi be, a köldökbőnyet sohasem sérti meg, így is kellő helyet nyer minden gyomorműtéthez. Ezen eljárásnak hátrányát egy esetben sem látta. Ha széles a linea alba, vagy diastasis, vagy hegsérv áll fenn — eltekint a középmetszéstől. Ilyenkor más behatolást választ pl. a Lennander-féle paramedián metszést. Újabban epehólyag- és epeút-, valamint gyomorműtétek esetén a jobb-, ill. baloldali bordaszéli kulisszametszést (Rippenrand Kulissenschnitt) végzi. (V. 1.)

Rhrorer László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Batizfalvy János* és *Horváth Kornél.*

Az uteroplacentaris apoplexiáról. *Ardelt.* (Mschr. f. Geburtsh. 107. 88. 1938.) Két eset kapcsán felhívja a figyelmet egyrészt a diagnostikus nehézségekre, másrészt a kórkép súlyosságára. A kisfokú retroplacentaris vérzéstől az igen súlyos fokú toxikus apoplexiáig, amikor az uterus fala intramuscularisan át és átvérzik, az átmenetek teljesen elmosódottak. *Couvelaire* irta le először a kórképet, mint uteroplacentaris apoplexiát. Szerinte a magzat majdminden esetben elvész, az anyai halandóság pedig a legnagyobb az összes szülészeti szövődmények közül. Nagy eltérések vannak az irodalomban az előfordulás gyakoriságára vonatkozóan. Oka valamilyen toxikus gestosis is lehet, ami valamiképen összefüggésben van az eklampsiával. (B. 4.)

Aigner Károly dr.

A hólyagsipolyok műtéti gyógykezelése. *Martius.* (Dtsch. Med. Wschr. 1938. 9.) Néhány eset kapcsán műtéti alapelveket ir le. Főleg azt emeli ki, hogy hol különbözik a vizeletsipoly és incontinentia sebészet az általános sebészi szabályoktól és elvektől. Egyik alapelv: két üreges szerv közötti plastikus műtét azzal kell kezdődjék, hogy a két szervet egymástól szélesen és pontosan szétpraeparáljuk. A hólyagsipolyok záródásakor nem rétegenként varrunk, hanem a nyálkahártya kivételével az egész hólyagfalat és a környező szöveteket lehetőleg szélesen öltjük fel, hogy ezáltal szöveti tömeghatást érjünk el. Nem egyszer a hüvelyfalat fordítjuk be lebenyt alkotva a hólyagsipolyba. Ez a műtéti technikát nagyon leegyszerűsíti, a sipolyok zárása feszülés nélkül, vaskos szövetréteggel lehetséges, a hólyagba nem jut varróanyag, soha nem sértjük az ureterek intramuralis szakaszát. Mindezt megelőzően a sipolyjáratot felfrissítjük és a heges lenövéseket felszabadítjuk. Sohasem hagyunk nagy üregeket, ezeket mindig töltsük ki akár a nagyajak bulbocavernosus szövetével is, amelyik erre a célra igen alkalmas. Nehezebb a helyzet, ha a hólyagizomzár elégtelen és közvetlen izomplastikával sem állítható helyre. Szerző több esetben egyrészt nagyajak-bulbo és ischiocavernosus, másrészt levator ani lebenyt varrt keresztben a hólyagnyakra a sipolyvarrat fölé. Sohasem sza-

bad sipolyműtétek alkalmával a legkisebb szövetdarabkát is levágni, ami ez a sebszélek simává és egyenletessé tétele miatt szokás, fel kell használni a legkisebb lebenykét is. Gyakran sikerül a műtét anatomiailag és technikailag, de a beteg részben incontinens maradhat, mert a puha és rugalmas párnaszövet — amely nyugalomban az izomzaton kívül a hólyagzárt képezi, — hiányzik. Hasonló a helyzet, mint a Whitehead-féle aranyérműtét esetén, ahol a végbél körüli barlangos szövetet eltávolítjuk és dacára a megtartott, sértetlen és jó-tónusú sphincternek, incontinentia maradhat vissza. (B. 5.)

Aigner Károly dr.

Adalék a burokrepedés diagnosisához. *Schneider.* (Zbl. Gynaek. 1938. 45.) *Numers* a burokrepedés diagnosisára új eljárást dolgozott ki, melynek lényege, hogy a hüvelyből kikent készítményben burokrepedés után a magzatvízben levő zsír kimutatható, míg burokrepedés előtt nem. A zsír kimutatására Sudan III-at használt, ami a zsírt narancsvörösre festi, minden egyéb festetlen marad. *Numers* 280 esetében az eljárás csak 2%-ban adott hamis eredményt. A szerző 400 vajudón utánvizsgálatokat végzett s *Numers*nél lényegesen rosszabb eredményt ért el, az eljárás 7.2%-ban volt megbízhatatlan. Koraszülések esetében burokrepedés után 17.3%-ban nem tudott zsírt kimutatni, ami a vernix caseosa kisebb mennyiségére vezethető vissza. Minél hosszabb idő telt el a burokrepedés óta, annál nagyobb százalékban fordul elő tévedés. (B. 7.)

Thuránszky László dr.

BŐRGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő:*

A külső orr sarkomája. *Huse.* (Der Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt. 29. k. 6. f.) Az orr felületén jelentkező, elsőleges rosszindulatú daganatok ritkák. Rendszerint az orr belsejéből, vagy a mellüregekből terjednek az orr felületére, vagy mint áttételek jelennek ott meg. A külső orr primaer sarkomájára jellemző a tömöttség, körülírtság, továbbá, hogy nem terjed sem az orrüregbe, sem a mellüregekbe, nem usurálja a csontot, de a periosttal összekapaszkodik. Pontos diagnosist csak a szövettani vizsgálat ad. A daganat teljes kiirtása és a rádiummal végzett utókezelés szerző esetében teljes gyógyulást eredményezett. (A. 5.)

Gergely Zoltán dr.

Akne és gümőkór. *F. v. Veress.* (Dermat Wschr. 1938. 52.) Aknés betegei közül 94.6%-ban talált subfebrilitást. Ez, valamint az aknénak a klinikai, sőt szövettani hasonlósága a tuberkulidokhoz, továbbá a statisztikai adatok, végül azok a positiv állatojtások, melyeket *Ramel* és mások végeztek akne-anyaggal és aknés betegek vizeletével, meggyőzték arról, hogy az akne a haematogen tuberkulid egyik alakja (*Ramel* értelmében), melynek kifejlődéseit és alakját a tuberculosison kívül más tényezők is befolyásolják: endokrin-, emésztési zavarok, seborrhoea. (Sz. 4.)

Szép Jenő dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Szürkehólyagosok C-vitamin anyagcseréje. *J. Urbanek.* (Klin. M. A. 101. 670.) Korábbi vizsgálatai során megállapította, hogy a szürke hólyagosok legtöbbje. C-vitamin hiányban szenved. Most azt vizsgálta, hogy a szürkehályog kifejlődése és a C-vitamin hiány között van-e összefüggés. Azt találta, hogy öreg egyénekben a hályogképződés nem párhuzamos említésreméltó C-avitaminosissal. Nem hályogos fiatalok szemének további C-vitaminanyagcsere-vizsgálata dönti majd el, hogy bőséges C-vitamin adagolással a hályogképződés elkerülhető. Az eddigi ilyen irányú kezelés nem adott kielégítő eredményt. Fontos adatok nyerhetők olyan társadalmi osztályok tagjainak vizsgálatából is, akik kizárólag sajátszerűen összeállított növényi koszton élnek. Ezeken tapasztalás szerint hamarább és gyakrabban keletkezik szürkehályog, mint a vegyes kosztot evőkön. A C-vitaminnak a hormonokra kifejtett védő hatása minden bizonnyal fontos szereppel bir a hályogképződésben. Feltehető, hogy a hormonoknak a vitaminok által nyujtott védelme és állandósítása nemcsak az életet hosszabbítja meg, hanem egyes szervek, így elsősorban a szemlencse időelőtti megöregedését is megakadályozhatja. (G. 5.)

Bendenritter Ferenc dr.

Tokos hályogkivonással szerzett tapasztalatok. *K. A. Reiser.* (Kl. M. f. A. 101. 692.) 300 tokos és 100 nem tokos hályogműtét alapján a következő tapasztalatokat szerezték: Tokos hályogműtét közben különösen két szövődmény fordul elő gyakrabban, mint a tokból való kivonásnál. Az egyik az üvegtest-előesés, a másik tokfogónak a tokról történt lecsúszása. Előbbi gyakorlattal, utóbbi a műtéti javallat elővigyázatos felállításával csökkenthető. A műtét utáni szövődmények közül glaukoma tokból történő hályogkivonás, iris-előesés pedig tokos hályogműtét után gyakoribb. 5/10 és ennél jobb volt a látásélesség a tokos műtétek 82%-ában és a nem tokosok 49%-ában. Az előbbiek gyógyulási tartama átlag 14, az utóbbiaké 27 nap. 40 évtől felfelé a szürkehályog minden alakjában megkísérlendő a tokos hályogkivonás. Túlérett hályog, továbbá dülledtszeműek vagy nagyfokban közellátók és pastosus hályogosok esetén óvatosság ajánlatos. Ellenjavallt a tokos hályogkivonás a 40 éven aluliak minden veleszületett és szerzett hályogjában, a duzzadó és minden olyan szövődményes hályogban, ahol az iris lapszerint a lencséhez nőtt. (G. 6.)

Bendenritter Ferenc dr.

Szemkidülledés agydaganat kapcsán. *Skydsgaard.* (Acta. Ophth. 16. 4.) Szerző a stockholmi Ringshospital agytumoranyagáról számol be. 325 eset közül 14 ízben volt exophthalmus jelen, tehát az összes esetek 4%-ában (5 kétoldali, 9 egyoldali). Az eloszlás a következő: az *ékcsont meningiomáiban 45%* (túlnyomóan egyoldali), egyéb meningiomákban (parasagittalis, convexitás, stb.) 12%, hypophysis daganatokban 10%. Eltekintve az elsőleges chiasma és látóideggliomáktól, a glioma ritkán okoz szemkidülledést, szemben a meningiomákkal. Részletesen ismerteti az egyéb kisérő szemtünetek gyakoriságát. A kidülledés nincsen összefüggésben az agynyomásemelkedéssel. Az egyoldali kidülledések nagy számában másodlagos csontburjánzás vagy a daganat szemüregi betörése (meglévő nyílásokon át, csonton áttörve) található. Olyan esetben, hol közvetlen mechanikai magyarázat nem tartható fenn, ott a sinus cavernosus összenyomatása a valószínű (venás pangás). Sympathicus-izgalom elmélete nem használható. Acidophil hypophysis adenomát kisérő exopthalmus talán hormonalis eredető (mellsőlebeny-kivonat befecskendezése állaton kidülledést okoz). Acusticus-neurimoxa egy esetében észlelt protrusióra nincs magyarázat, noha ez nem ritkaság *(Ley).* Az egyoldali szemkidülledés olykor agydaganat első tünete lehet sokáig. (G. 7.)

Grósz István dr.

Adatok a szemideggyulladás klinikumához. *Dymling.* (Act. Ophth. 16, 4.) Rendszeres vérvizsgálatok útján kiderült, hogy az esetek nagyobb felében relativ lymphocytosis van jelen, normális fehérvérsejtszám mellett: 27 eset közül 11-ben 40% felett, 10-ben 30—40% közt. Vörösvérsejtsülyledésben értékelhető változás nincs. B-hypovitaminosis, melyet szintén lymphocytosis kisér, talán az a talaj, mely a központi idegrendszer fajlagos fertőzését teszi lehetővé. A vérkép enyhe, idült fertőzés mellett szól (sklerosis multiplex?). A lymphocytosis a szemtünetek elmúltával is fennáll. *Frandsen* egyoldali neuritis retrobulbaris esetében a kóros oldalon súlyos, az ép oldalon lappangó hemeralopiát talált; utóbbi általános megbetegedés tüneteként fogható fel s szintén sokáig marad meg. Csukamájolaj, B- és C-vitaminok jó hatásúak. (G. 8.)

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Mandulaműtét utáni fájdalomcsillapítás B_1- és C-vitaminnal. *Baer.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. évf. 1. f.) A tonsillektomia utáni fájdalom, mely a műtétet követő napon a leghevesebb, jórészt magából a műtéti sebből származik. Csillapítására az ismert analgetikumok használandók (kúpok formájában). A későbbi napokban fellépő, gyakran fokozódó ú. n. késői fájdalmak részint rheumás eredetűek, amit az atophán adagolás eredményessége is igazol, részint vitaminhiányból származnak. Ötven esettel kapcsolatban ismerteti tapasztalatait a vitaminoknak tonsillektomia utáni fájdalomcsillapító hatásáról. Ezek szerint a műtétet követő második napon adott nagy adag B_1 és C-vitamin injectio a fájdalmakat feltűnően jól és gyorsan enyhíti, emellett a beteg közérzetét javítja és a sebgyógyulást segíti.1 injectio rendszerint elegendő, 5-nél többre soha nincs szükség. Mint az eddig ismert fájdalomcsillapító eljárásoknak hasznos kiegészítője ajánlható. (A. 4.)

Kökény Dezső dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

Állatokon végzett ureterimplantatiós kisérletek. *Franche.* (Journ. d'Urol. 1938. okt.) Kutyák sigmabelébe implantálta az uretert és 30%-os eredményt ért el. A többi 70%-ban a sikertelenség oka a beültetéskor fellépő szűkület, vagy az ureter ki nem mutatható dynamikai zavara. Ez utóbbit inkább a húgyutak musculonervosus hálózatának zavara okozza, nem pedig fertőzés, amire szintén megvan minden lehetőség. Kisérleteiben ugyanis a gyulladások okozta ureterhypokinesissel ellentétben hyperkinesist talált, az implantatiós helyen szűkület nem volt és pyeloskopia alkalmával a contrastanyag mégsem jutott át a rectumba. Ha a sikertelenséget szükület okozta, úgy mindig meg lehetett találni az ureter és a hozzá tartozó vese kitágulását. Mindezen nagy hibaszázalék mellett is — a más módon meg nem oldható betegségek esetében — ajánlja az ureterimplantatiót a rectumba. Ha nem is végleges az eredmény, de múló siker is sokat segíthet a beteg nyomorúságán. (B. 3.)

Vízkelety Gyula dr.

A lipoidnephrosis láztherapiája. *Robert Clément.* (Press. Med. 1938. 50.) Szerző azt tapasztalta, hogy lipoidnephrosis gyógyulására kedvező hatással van valami közbejött lázas betegség. A láz kezdetekor súlyosbbodnak ugyan a betegség tünetei: megkevesbbedik a vizelet, szaporodik a fehérje, vizenyők keletkeznek. Utána azonban paradox klinikai javulás áll elő. A fehérje csökken, a napi vizeletmennyiség 2 litert is meghalad, a vizenyők felszívódnak és az általános állapot javul. Ez az állapot sokszor hónapokon keresztül megmarad. A hatásmechanismus ismeretlen. A lázkeltőszert többször kell adni, leghelyesebb 6—10 napos időközökben. Nem kell megvárni a tünetek újbóli megjelenését, hanem újabb injectio adagolásával fokról-fokra kell haladnunk a teljes gyógyulásig. (B. 4.)

Vízkelety Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Eiweisskörper des Blutplasmas. *Bennhold, Kylin, Rusznyák.* (Steinkopff kiadása, Drezda 1938. 470 oldal. Ára: 40 RM.)

Kylin kezdeményezésére a fenti szerzők és még 8 munkatársuk — kötük a magyar *Farkas G., Hatz E.* és *Korányi A.* — összeállították és kritikailag megvitatták mindazt, amit a vérplasma-fehérjékről tudunk. A kataphoresis apparatus és az ultracentifuga segítségével kiderült, hogy a közismert plasmafehérjék: fibrinogen, albumin, globulin nem egységes anyagok, hanem mindegyik többféle fractióból áll; pathologiás körülmények között ezenfelül még új fractiók keletkezhetnek. Biztos alapokkal rendelkezünk e fehérjefeléleségek keletkezési helyét illetőleg *(Jürgens). Farkas* objectiv és alapos referatuma a vér colloidnyomásáról megismertet e fehérjék egyik legfontosabb physiologiás functiójával, míg *Bennhold* főleg saját kisérletei nyomán a másik fontos plasmafehérje functiót, a szervezetben keletkező, vagy oda bevitt idegen anyagok transportálását tárgyalja. De emellett összefoglalja e könyv a vérfehérjék meghatározási módszereit *(Hatz)*, a normális és pathologiás fehérje-határértékeket *(Hatz, Korányi)*. A klinikai részben többek között *Rusznyák prof.* világítja meg a plasmafehérjék jelentőségét az oedema keletkezésében. *Klinke* a serumfehérjék és a serologiai reactiók, azonkívül a plasmafehérjék és a véralvadás című fejezetet dolgozta ki. — Mivel a kötetet sok szerző írta, ezért tárgyalási módja nem egészen egységes. Mindazonáltal élénken kidomborodik a plasmafehérjék igen nagy élettani és klinikai fontossága, a felmerült és megoldott, vagy megoldatlan problémák sokasága. Melegen ajánlható.

Simon S. dr.

Die Klinik der primären Lungentuberkulose des Kindes. *Walter Schwenk.* (Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1938. 50 oldal 40 ábrával. Ára 5 RM.)

A nagy gyakorlati érzékkel, kitünő műnyomó papiron megírt kis könyv gazdag röntgenfilmanyaggal illustrálva tárgyalja a csecsemő és gyermekkor primaer tüdő tbc. klinikumát s pathologiáját, a kórfolyamatok prognostikai jelentőségét. A primaer tbc. fejlődési folyamatainak tárgyalása kapcsán a hilus tbc., a perifocalis infiltratiót s atalektasiát, a primaer tbc. csecsemőkori chronikus elsajtosodási folyamatának jelentőségét s a későbbi gyermekkorban a kerek gócárnyékok, a caverna képződéssel járó rosszindulatú elsajtosodási folyamatok tüneteit ismerteti.

Csecsemőkori, klinikailag is activ hilus tbc-s gyermekek közül, ha a kórfolyamat az 1—3. hónapban jelentkezik csak 37.5% marad életben, az első év vége felé manifestálódó hilus tbc. gyógyulási arányszáma a 70%-ot is eléri.

Sokkal rosszabb a csecsemőkori chronikus elsajtosodó folyamatok prognosisa, mortalitás 86.5%.

A könyv vége a primaer tbc. therapiáját s megelőzésének kérdését említi, sajtosodó folyamatokban a légmellkezelést ajánlja.

Petrányi Győző dr.

Leçons cliniques sur les affections hypophysaires. *L. Langeron.* (Masson et Cie. Paris. VI. 1937. 221 oldal. Ára: 50 fr.)

A belsőelválasztású mirigyek közül a hypophysis egyike azoknak, amely az utóbbi években a kisérletes vizsgálatok központjába került. Bátran mondhatjuk, hogy az ilyen irányú kutatások úgyszólván a legtöbb új eredményt hozták.

A szerző, a kitünő francia klinikus e munkájában az experimentalis eredmények tanulságait levonva, azokat a klinikai megfigyelésekkel kibővíteni, másrészt a kisérletes megfigyeléseket — mint ahogy előszavában kifejti, — a klinikai terrenumra transponálni akarja. E célból a hypophysis megbetegedéseinek különböző formáit tárgyalva, kitér ezek pathologiájára, a mirigy functiója vizsgálatának módszereire és a kóros állapotok gyógyításának lehetőségeire. A munka 12 fejezete közül különösen az acromegaliáról, a diabetes mellitus és insipidusról, a Cushing és Simmonds kórformákról írt részei a legkiválóbbak. Ezeknek és a többi fejezeteknek is különösen az a közvetlen tárgyalásmód adja meg értékét, amelyben egy-egy érdekesebb eset szemléltető leírása és diagnostikus feldolgozása teszi érzékelhetővé a sokszor bonyolultnak tetsző syndromát. A nagyszerű munkát *Desplats*-nak a hypophysis okozta megbetegedések psychotherapiájáról gondosan megírt fejezete egészíti ki.

A gyakorlat számára írt e munkában bizonyára azok is sok új és gyümölcsöztethető részt találnak majd, akiket a hypophysis okozta megbetegedések experimentalis szempontból érdekelnek.

Blazsó Sándor dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 17-i ülése.

Bemutatás:

Sereghy E.: *Szabályozható kórházi ágy.* A különféle külföldi szabályozható ágyak mechanikai elveinek egyszerüsítésével bemutatja saját constructiójú szabályozható kórházi ágyát, mely 3 részből áll, a háti rész felemelésével a lábrész magától lesüllyed, a beteg anélkül, hogy hozzányúlnánk, akár fél- akár egész ülőhelyzetbe hozható. Ha a lábrész emelőjét kikapcsoljuk, az vízszintes helyzetben marad. A lábrészen egy lábtámasz foglal helyet, mely a beteg hosszának megfelelően szabályozható és megakadá'yozza a beteg lecsúszását.

Szabályozható comb- és alszársín. Egy év előtt mutatta be keretextensiós készülékét, mellyel nagy eltolódású comb- és lábszártörések korai primaer helyretevését és rögzítését lehet elvégezni. Kisebb eltolódású törések helyretevésére és a nagyobb eltolódású reponált törések rögzítésére szolgál új készüléke, melynek comb- és lábszárrésze hosszabbítható, tetszőleges szögben beállítható, a sínek szárai a törzs felé szükség szerint szélesíthetők. Készüléke a merev térd mobilisatiójára is jól alkalmazható.

Neuber E.: *Újabb adatok a skleroma fajlagos reactióihoz és fajlagos gyógykezeléséhez.* Röviden kitér a skleroma fajlagos reactióira, amelyek közül már 1909-ben a complementkötéses eljárást *Goldzieher Miksa* munkatársával kiépítette. Utóbbi eljárás különösképen alkalmas a skleroma bacillus typus fajlagosságának kiépítésére. Később az előadó az *allergiás reactiókkal* is foglalkozott és sikerült neki utóbbi reactiókkal egy rendkívül megbízható fajlagos diagnostikai eljárást kidolgozni. Az *intracutan allergiás* reactiókat a legérzékenyebbeknek tartja. Különösen kiemeli azt, hogy utóbbi reactiók végzéséhez használandó antigen megbízható, fajlagos és érzékeny legyen. Később a *fajlagos vaccina-gyógymódot* építette ki, még pedig oly módon, hogy legyengült vérszegény skleromás betegeket roborálás

céljából előbb aranytherapiában (solganol B) részesítette, hogy az anergiás szakból kiragadja és a hyperergiásba vigye át őket. Csakis jó egészségi állapotban lévő skleromás betegeken kezdte meg a kezelést vaccinával. Mert meggyőződhetett arról, hogy az anergiás szakban adott vaccinakezelés a skleromás betegek állapotát súlyosbbítja, ami érthető is, mert ebben az állapotban a szervezetbe vitt vaccina a szervezetnek az eredeti fertőzésből származó fajlagos védőanyagait leköti, a szervezet pedig ebben az anergiás állapotban újakat termelni nem tud.

Legújabban fajlagos *reconvalescens savó*, továbbá *skleromás reconvalescensek vérének* (vérátömlesztés) gyógykezelésével is foglalkozott, amely két eljárás, főleg azonban az utóbbi kitünő eredményeket adott, mert ezekkel kész fajlagos anyagot tudott bevinni a szervezetbe s nem kellett a szervezetnek védőanyagokat termelni, amint arra a fajlagos vaccinakezelés esetében kényszerült.

Az utóbbi években úgyszólván százszázalékban sikerült e fajlagos gyógykezelésekkel skleromás betegeit meggyógyítania, úgy hogy a skleroma gyógykezelésének problémáját megoldottnak tekinti.

Lénárt Z.: A skelorma serologiai és allergiás diagnostikája, valamint fajlagos gyógykezelése *Neuber* prof. rendkívül alapos munkája által tökéletes lett. Az aranykezelés anergiás betegeken, továbbá a fajlagos reconvalasecens savóval történő passiv immuntherapia és a reconvalescensek vérének átömlesztése lehetővé teszi a súlyos állapotban lévő betegek eredményes gyógyítását is. Ezért ma már kötelesség a Neuber-féle eljárást ismerni és alkalmazni. — Mégis a külföldi közlemények, sőt egy legújabban megjelent tankönyv sem említik. Ennek a betegek és a tudományos szinvonal érdekében meg kell változnia. Ebből a szempontból is örvendetes, hogy *Neuber professor* úr lehetővé tette, hogy a Pápai-féle serumtermelő intézet az ő utasításai szerint, kitünő skleroma-vaccinát állít elő és így a fajlagos kezelés általánossá válhat. Azóta klinikáján maguk végzik a skleromások kezelését és ennek alapján felhívja a figyelmet azon tapasztalatára, hogy előnyös már a fajlagos kezelés folyamán kiirtani a skleromás infiltratumokat és a gégeszűkületeket dilatatiós kezelésnek alávetni. Ez a combinált gyógyítás meglepően jó eredményt nyujt. A beszűrődések úgyszólván nyom nélkül meggyógyulnak és a gégeszűkület igen rövid idő alatt kitágítható. Ennek magyarázatául az szolgálhat, hogy az operativ kezelés, a fajlagos sarjszövet kiirtásával, bizonyos fokig megfosztja a skleroma-bacillust a táptalajától, amint ezt *Neuber prof.* úr az aranykezelésre vonatkozólag is felveszi. A fajlagos skleromakezelés elterjedésével bizonyára bővülni fognak a hasonló therapiás megfigyelések.

Fekete S.: *Myasthenia gravidarum.* A terhesség alatt az izomzat munkabirása csökkent, a szervezet hamarább elfárad, ugyanazon munka elvégzésekor több oxygénre van szüksége, mint terhességen kivül, s hosszabb időt vesz igénybe a pihenés is. Egyesek ezt az állapotot hyperthyreosisra vezetik vissza, ez azonban eddig nem nyert exact bizonyítást. A munkaképesség csökkenésének egy másik, jól vizsgált oka az, hogy a terhesség alatt a szívre lényegesen nagyobb feladat háramlik — főleg az oxyhaemoglobin kedvezőtlen dissociatiója miatt — s egészséges terheseken ez az oka a munkaképesség csökkenésének.

Kóros körülmények között azonban annyira gyorsan áll elő terhesség alatt a kimerülés, akárcsak az előrehaladott Addison-kórban és ezeket az eseteket külön kórkép gyanánt kell felfogni. Nem felel meg ez a kórkép a myasthenia gravisnak sem, mert a myasthenia gravis rendesen az arcizmokon kezdődik, ráterjed a nyelőizmokra, az izmok rigidek s a folyamat gyógyulásra nem hajlamos. Ezzel szemben a my. grav. a törzs- és végtagizmokon mutatkozik, az izmok puhák, tonustalanok és a folyamat a terhesség után néhány hét alatt meggyógyul. 3 ilyen esetét ismerteti, ahol az izmok erőtiensége oly nagyfokú volt, hogy a betegek 50—60 lépés után teljesen kimerültek. Első ilyen esetében kisfokú hyperthyreosis s billentyűhiba is volt, ennél a folyamat a VI. hónapban kezdődött s a szülés előtt javult. Másik esetében somatikus hypoplasia mellett bronzszínű elszineződés mutatkozott a bőrön, a folyamat a 2. hónapban kezdődött s néhány hetes észlelés után hányás és hőemelkedés miatt kénytelen volt a terhességet megszakítani. Harmadik esete ehhez hasonló volt, ennél a nagyfokú gyengeség hetekkel előrement influenzához csatlakozott. Különösen utolsó két esetében feltűnő volt az alacsony vérnyomás (105/60 és 95/70 Hg. mm.) és a cukorterhelés után elhuzódó vércukor-görbe. Valószinünek tartja, hogy a mellékvesekéreg állományának csökkent működése idézi elő ezt a feltünő izomgyöngeséget. Myasthenia gravidarum enyhe eseteiben jó hatása van a corp. luteum kivonatainak, súlyos esetekben jó kéreg-készítménytől vagy phosphorisált flavint tartalmazó élesztő vagy májkivonattól vár eredményt.

Beznák A.: A munkaokozta mellékvesehypretrophia mechanismusának vizsgálata a következő eredményeket adta: A hypertrophiára serkentő inger a vérben jut el a mellékvesékhez. A mellékvese hypertrophizáló képessége függ az autonom idegrendszertől. Denervált mellékvese rohamosan elveszti azt a képességét, hogy hypertrophiával válaszoljon a munka által támasztott igényekre. Számos kutató kisérletei nyomán tudjuk, hogy a testi munkán kivül mellékvesehypertrophiára vezet minden olyan beavatkozás, mely a szervezettől fokozott vitalitást kiván. Igy műtét, mérgezések, fertőzések. E sorozathoz tartozik előadó úr bizonyítékai alapján a terhesség által a szervezettel szemben támasztott fokozott igény is, mely normális körülmények közt mellékvesehypertrophiára vezet. Hozzászóló kisérletei alapján arra a lehetőségre gondol, hogy az előadó által ismertetett esetekben is az autonom idegrendszer csökkent működésével hozható kapcsolatba a mellékvesék terhességi hypertrophiájának valószinű elmaradása. Az autonom idegrendszer csökkent működésének eredete kereshető öröklésben, csecsemőkori célszerütlen és hiányos táplálkozásban — A és E-vitamin hiány, — de oka lehet — amint azt kisérletek bizonyítják — a mellékvese hypofunctiója is. A mellékvesekéreg és az autonom idegrendszer működése között tehát szoros korrelácio van; ezen korreláció bármely tagjának csökkent működése a másik tag működésének zavarát vonja maga után.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Othologiai Szakosztályának december 7-i ülése.

Angyal F.: *Természet által létrehozott radicalis üreg.* 49 éves férfin, kinek mindkét füle gyermekkora óta folyt kezelésben nem részesült, a jobb fülben teljesen kihámosodott. Száraz radicalis műtéti üregnek megfelelő kép látható, melyben még több pneumatikus cellula is van.

Ilyen nagy csontdestructio létrejöttének lehetősége úgy *másodlagos* acut otitisek complicatiójaképen, mint chr. genyedése folyamán már régen ismeretes. Esetében másodlagos heveny genyedés (tbc., luse, diabetes, heveny fertőző betegségek, stb. kapcsán) kizárható volt. Amennyiben olyan betegen, akit azelőtt sohasem láttunk, ilyen teljesen gyógyult folyamat esetében a keletkezés mechanismusára utólagos következtetés egyáltalában levonható, secundaer epitympanalis csontgenyedést (cholesteatoma nélkül) és a kariosus csont részletek kilökődését tételezi fel. Emellett szólna: a pneumatikus sejtek jelenléte, a dobhártya nagy destructiója, a beteg chr. orrgarat elváltozása, erősen romlott hallása (amire a secundaer atticus folyamatok elkülönítő kórismejénél, a primaerekkel szemben, *Politzer* nyomatékosan figyelmeztet) és végül a másik fülben, ahol radicalis műtét történt. *(Rejtő* prof.) hasonló *súlyos csontdestructiók* (caries) mellett *cholesteatoma nem volt.*

Rejtő S.: Az eset érdekességét abban látja, hogy cholesteatoma nélkül fejlődött és szépen kihámosodott. Az eset fejlődését röntgennel illustrálja.

Kepes P.: Az a körülmény, hogy az üreg minden részlete tökéletesen kihámosodott, cholesteatoma mellett szól. Másodüregi folyamatban ilyen idealis kihámosodás nem szokott spontan bekövetkezni.

Szende B.: A bemutatott eset mindennapos a gyakorlatban és mindenkor idült otitis kapcsán fordul elő, heveny otitis soha nem képez természetes radicalis üreget.

Rejtő S.: *Radicalis műtét utáni erős szédülés esete.* Bemutatott betege egy typust képvisel: az évekig, sőt évtizedekig panaszmentes radicalis fülműtéten átesett egyén sebüregе genyesedni kezd, heves szédülést és fejfájást okozván. Bemutató a dobüreg fenekének és a sinus tympanalisnak bonctani sajátosságában látja az itt jelentkező makacs genyedés okát, ezért ennek a résznek behatóbb vizsgálatát ajánlja. Gondos conservativ kezeléssel legtöbbször gyógyulást érünk el.

Fleismann L.: A hiányos kihámosodás radicalis műtétek után vagy a tuba megbetegedésére, vagy a középfülüregekben nyálkahártyaszigetek visszamaradására, vagy a labyrinthfal megbetegedésére vezethető vissza. Jelen eset-

ben valószínűleg a cellulae tympanicae beteg nyálkahártyája okozza a secretio időnkénti kiujulását, de ennek összefüggése a hátsó függélyes ívjárattal nem valószínű.

Réthy A.: *Extraduralis tályog, labyrinth-fistula érdekes esete.* 18 éves műszerészen 4 esztendós korában jobboldali középfülgyulladás, amely után éveken át fülfolyás Egy év előtt a fülfolyás újból megindul, de különösebb panaszokat nem okozott. Felvételkor a jobb dobhártya hiányát és kevés váladékot találunk. Suttogó beszéd a fül előtt. — Fistula tünet. A fület kifecskendezzük; másnapra hidegrázás 41.3 C°. A műtétnél az antrumnak megfelelőleg nagy beolvadt területet találunk, felette granulatióval fedett dura. A tegmen jórésze szintén elhalt. Sinus ép. Sima gyógyulás, de 2 hét után a hőmérsék 39.2 C°-ra ugrik, fejfájás, profuzváladék. Controll alkalmával sehol sem találunk megfelelő magyarázatot. A recessus epitympanicusban kis sarjadzás, amelyre gyakorolt nyomás szédülést, nystagmust és szemrezgést vált ki. Sondával 3 mm-nyire hatolhatunk be a labyrinth mellett. A röntgenfelvétel szerint a felső félkörös ívjárat előtt borsónyi éles szélű üreg látható. Száraz behámosodás és magas temperatura jelentkezett, másrészt, hogy a leírt elváltozásoknak a hallás a műtét előtti suttogó beszédről 3 méterre javult.

Kelemen Gy.: *A tegmenáttörések mechanismusáról.* A sziklacsont szövettani vizsgálatával olykor nehezen dönthető el, melyik közvetitette a végzetes koponyaüregbeli szövődményt a tegmen csontlapjának két oldalán fekvő lágyrészek közötti átvezető csatornák közül? Még panotitis esetén is válasz nélkül maradhat ez a kérdés, miért járatlan több, kényelmes átvezető út, amíg a fertőzés különben jelentéktelen edénycsatornán át a koponyaüreg belsejébe jutott. A bemutatott esetekben az áttörés néhol éppen csak, hogy megindult; máshol reparatio kezdődött az áttörés körül; ismét másutt be is gyógyult az illető hely. Egy és ugyanazon megbetegedés folyamán több ilyen „fruste" áttörés lehetséges, azaz olyan, amely nem vált halálossá, de meghagyta nyomát a kórszövettani képben. A pyramiscsúcs táján azért jár az áttörés oly súlyos következményekkel, mert rendszerint velősürből indul ki; így az a mechanismus, mely a folyamat tovaterjedését valamely pneumatikus ürből az endocarnium felé meggátolja, itt nem működik. Ezenfelül pedig, a betegség folyamán előfordult „fruste" áttörések végzetesen csökkentik a dura fennálló képességét.

Tátrallyay Wein Z.: A bemutatott esetekről látható elváltozások olyan természetűek, amelyek gyógyulása a szervezet reparativ képességétől nem várható és a műtéti beavatkozás ilyen elváltozás esetén a gyakorlatban elkerülhetetlen.

Pollatschek E.: Előadó azon megállapítását, hogy durvább boncolási módszerek, a tegmen finomabb elváltozását, esetleges dehiscentiáit torzítják, tapasztalta a rostasejtek medialis falának tanulmányozásánál, midőn orrmelléküreg genyedéseknek a szemüregre átterjedésének útját vizsgálta. Az itt található dehiscentiák nagy része boncolási, illetve macerálási műtermék és hangsúlyozza, hogy a fertőzés e helyen is főképen a csonton áthaladó nagyobb, de leggyakrabban kisebb véredények és nem a dehiscentiák útján terjed, amit analogiában kitünően demonstrálnak előadónak tanulságos készítményei.

Kepes P.: Az endokraniumban történő áttörések alkalmával a veleszületett dehiscentiák a tegmen tympanin és tegmen antrin nem játszanak nagy szerepet. Egyesek szövettanilag kimutatták, hogy a dehiscentiák mellett, illetve azokon kívül lamina vitreát átfúró és a dura felé haladó erek mentén thrombophlebitis, perivascularis infiltratio útján terjed be az infectio az endokardiumba. Beolvadásos contactinfectio is hamarább jelentkezik a dehiscentia melletti, vagy attól távolabbi területen.

A bemutatott rendkívül értékes metszeten a kórfolyamatok lefolyását csak a duráig, illetve a dura endokranialis felszinéig mutatják be. Kár, hogy az efeletti rétegen subarachnoidealis üreg és maga a cerebrum nem szerepelnek a sorozatban, mert épen a durán is áthatoló venák thrombophlebitises elváltozásait érdemes lett volna követni e kényes rétegek felé.

Kelemen Gy.: Az ilyen áttörés a kórlefolyás perturbatiója gyanánt mutatkozik és inkább activitásra int. — Lehet, hogy a „forme fruste"-áttörés a rhinogen szembajok kóroktanában is szerepel. — A boncolás technikáján múlik, hogy a kifürészelt sziklacsonton legfeljebb csak a dura marad meg. Ezért szorítkozott az előadás a corticalisan történő áthatolás ábrázolására.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának december 12-i ülése és közgyűlése.

Bemutatások:

Dziobek L.: *Tehenészcsomó.* Bemutat egy 31 éves fejőt, aki egy pécskörnyéki uradalomban áll alkalmazásban. Mindkét kézháton egy-egy mogyorónyi, kékes-vörös, köldökszerű behúzódással biró csomó van, amelynek szöveti képe pustula képződését mutatta. Guarnieri-testeket is sikerült kimutatni. Revaccinatio negativ. Rámutat a megelőzés fontosságára, aminek eszközei: a tehénistálló általános hygienés viszonyainak javítása, gummikesztyűben történő fejés a különösen veszélyeztetett vidékeken, továbbá az állandó orvosi ellenőrzés.

Dziobek L.: *Akanthosis nigricans.* Egy 59 éves nőbeteget mutat be, akinek kórelőzményében papilloma carcinomatosum miatti vesekiirtás szerepel. A nagy hajlatokban, övtájon, keresztcsont felett a bőr sötétbarnán elszíneződött, erősen barázdált, a bőr rajzolatát nagyítva mutatja. Ezenkívül számos apró papillaris növedék is található. Rámutat az akanthosis nigricans kórjelző fontosságára a hasüri rákokat illetőleg, ami a szakorvos és gyakorló orvos figyelmét a sürgős beavatkozás szükségességére hívja fel. Esetében a jóindulatú daganat, a papilloma rosszindulatúvá válásának időpontját a bőrtünetek fellépése jelzi.

Follmann J.: Érdekes esetével, egy 48 éves nőbeteg észlelésével járul hozzá a bemutatáshoz, amely eset a jellegzetes tüneteken kívül két tünettel, és pedig kb. borsónyi papillomák igen nagy számával és általános hypertrichosissal különbözött az akanthosis nigricans szokásos kórképétől.

Közgyűlés:

Az elnöki megnyitó után a tisztviselők beszámolói következnek, majd a tiszteletbeli- és levelező tagok választása. Tiszteletbeli tagok lettek: Prof. *Noeggerath Károly* (Freiburg), Prof. *Gröer Ferenc* (Lemberg), Prof. *Wittek Arnold* (Grác). A közgyűlés utolsó pontja az új tisztikar megválasztása volt. A közgyűlés egyhangúlag a tavalyi tisztikar további egy évre szóló megválasztása mellett döntött.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatások:

Ladányi J.: *Gümőkór a garatmandulában előrehaladottabb korban.* 42 éves nőbeteg gyakori náthával és akadályozott orrlégzéssel jelentkezett. Nagy babnyi garatmandulát távolított el. A beteg panaszmentessé vált. — 37 éves férfibeteg, akadályozott orrlégzés miatt kereste fel a klinikát. 22 éves korában septum-műtéten esett át, utána csak néhány évig volt jól. Szájban, orrban elváltozás nem látható, az epipharynxban lebenyes garatmandula látható. Az eltávolított kis diónyi garatmandula szövettani készítményének nagy részét többé-kevésbé körülírt gümők foglalják el. Műtét óta panaszmentes. Részletes belvizsgálat tbc.-s elváltozást kimutatni nem tudott.

v. Tátrallyay-Wein Z.: Néhány évvel ezelőtt 40 év körüli nőbeteget mutatott be, akinek eltávolított adenoid-vegetatiójában a górcsövi vizsgálat gümős elváltozást mutatott. Az irodalomban az eseteknek csak kis része van közölve, mert az adenoid gümőkóros megbetegedésének túlnyomó része vagy észrevétlenül marad, vagy nem kerül közlésre. A felnőttkori adenoidvegetatiók tekintélyes hányadának rejtett okozója a gümőkór.

Kökény D.: Röviden ismerteti egy 27 éves férfibeteg epipharyxából eltávolított, féldiónyi, szövettanilag tuberculomának bizonyult tumor esetét, mely elsőleges gümős affectiónak volt felfogható.

Pollatschek E.: A garatmandula gümőkórja nem ritka betegség. *Urbantschitsch* két év előtt sok esetről számolt be. Említi *Lexer* kutyakisérleteit, mellyel a tonsilla infectiót a tüdőig követte. Öregkori hirtelen fellépő általános

fertőzés a tonsillában levő régi tbc.-s gócokból származhatik.

Ladányi J.: Az a körülmény is mutatja, hogy a felnőttkori garatmandula nem oly ritka elváltozás, hogy két esetét fél éven belül észlelte.

v. Tátrallyay Z.: *a) Ethmoiditist utánzó haemangioendothelioma.* 44 éves férfibeteg 1938. október 3-án jelentkezett a Vöröskereszt kórházban azzal, hogy junius óta romlik a balszemén a látása, sőt az utóbbi időben a jobb szemével sem lát már úgy, mint azelőtt. Öt évvel ezelőtt elvesztette a szaglását és feje is fáj. A régebben készített röntgenfelvétel a jobb homloküreget és arcüreget, valamint a rostasejteket mindkét oldalon árnyékoltnak mutatta. Mindkét középső orrjárat nyálkahártyája előtüremkedik és a rendes polyposus tultengésnél belöveltebb. A jobb arcüregből punctiókor néhány nyálkafoszlány ürül, a bal arcüreg épnek bizonyult. Egy vidéki szemészfőorvos neuritis retrobulbarist állapított meg a betegen. Előzetes semtumresectio után kétoldali rostacsont kitakarítást végzett, a középső orrkagyló duzzadt alsó szélének eltávolításával és a jobb oldali iköből megnyitásával. A műtétet egészen szokatlan heves vérzés zavarja. A jobb oldali eltávolított kagylórészek górcsövi vizsgálata diffuse infiltráló haemangioendotheliomát mutatott ki, melynek „malignitása kétségtelen". Műtét után látásjavulás nem következett be, újabb szemészeti vizsgálat mindkét oldalon pangásos papillát állapított meg. Az I. Belklinikán történt vizsgálat kiderítette, hogy a látásromlás oka koponyaalapi daganat, mely a röntgenfelvétel tanusága szerint a koponyaalapnak középső skaláját elpusztította. A daganat nyilván a rostasejtek vagy az iköből nyálkahártyájából, illetve a középső orrkagylóból indulhatott ki. Beteg ezután röntgen- és rádiumkezelést kapott. A látás ennek ellenére nem javult.

b) Pansinusitis gyógyult esete 6 éves gyermeken. Hat éves fiú, akit junius 20-án vettek fel a Vöröskereszt kórházba, magas lázzal. Felvétel előtt kanyarón esett át, de a kiütés már teljesen elmult. Felvételi status: legyengült beteg, a bal felső szemhéj duzzadt, hasonlóan az orrgyök bal oldala, hol a bőr halványpiros; a szem kissé előtülledt. A középső orrjáratból mindkét oldalt geny ürül. Az orrmelléküregekből készített röntgenfelvétel mindkét arcüreget, de különösen a bal oldalit kifejezetten árnyékoltnak mutatja. A naponta végzett arcüregmosás a beteg hőmenetét nem befolyásolja, sőt a láz (40°) a duzzanat és exopthalmus, valamint a bőrpir fokozódott. VI. 24-én orbitotomiát végzett a bal oldalon. Az orbita zsirszövetéből bemetszésre bőven ürül sűrű geny. Ezután meglékelte a papirlemezen keresztül a bal rostaüreget és az orr felé széles közlekedést készített. Az orr és a szemüreg felől is drainálta a rostaüreget. Műtét után a beteg állapota lényegesen javult, azonban VII. 1-én lemezes bőrhámlást észleltek, miért is a beteget vörheny-gyanuval áttették a Szt. László kórházba. Két hónap mulva jelentkezett a beteg ismét a Vöröskereszt kórházban bal oldali szemüregi sipollyal. Mindkét arcüregből zavaros tejszerű váladék ürült punctio alkalmával, amelyben összeálló genydarabok is voltak. Beteg ezuttal is lázas (38—39°). Vörheny reconvalencens savó és tejinjectio nem igen javított a beteg állapotán. A szeptember 5-én végzett jobb oldali arcüregmosás alkalmával azt tapasztalták, hogy a jobb arcüregbe fecskendezett mosóviz a bal oldalon lévő szemüregi sipolyból folyik ki. Elhatározta a közlekedés útjának kiderítését lipiodol befecskendezése után készített röntgenfelvétellel. A contrastanyag befecskendezése csak nagy nyomás alatt sikerült, a röntgenkép mutatja, hogy a lipiodol a jobb arcüregből, a jobb oldali rostatömkelegen, a jobb oldali homloküregen át a bal oldali homloküregbe jutott és innen a bal rostatömkelegen keresztül a sipoly útján került a bőr felszinére. Kétségtelen, hogy a betegnél az elmondott közlekedést a genyes gyuladás kapcsán keletkezett csontbeolvadás létesítette. Az igen leromlott gyermeken az orrbeli szűk térviszonyok mellett a pansinusitis műtéti megoldására gondolni sem lehetett annál kevésbé, mert az E. K. G. szívizomlaesiót mutatott, miért is a gyermekorvossal együtt elhatározták vértransfusióval javítani a spontán gyógyulás kilátásait. A gyermeknél VIII. 17-től X. 31-ig összesen 12 transfusio történt. Minden alkalommal 50—60 ccm vért kapott. Közben a hőemelkedések megszüntek, az orbitalis sipoly elzáródott, de a naponta végzett arcüregöblítések ellenére sem tisztult fel a jobb arcüreg. Ezért október 13-án a jobb oldali arcüregen Luc-Galdwell műtétet végzett, mely után a beteg teljesen meggyógyult.

Zoltán I.: A régebben endothelioma néven osztályozott daganatok nem egységesek. Nagy részük néhai Krompecher vizsgálatai óta basalsejtes ráknak bizonyult. A felső légutak területén aránylag leggyakrabban a lágyszájpad lemezei között fejlődnek, tokba zártak, tekintélyes nagyságot érhetnek el és klinikailag jóindulatuak. A bemutatott daganat sejtjeinek elrendeződése rákra emlékeztet, klinikailag igen rosszindulatú.

Liebermann T.: Hígan folyó contrastanyagnak brómkáli oldatot ajánl, melyet még a lipiodol aera előtt alkalmazott.

Kepes P.: Vörhenynél az orrmelléküregek gyuladása a csontos falakban súlyos elváltozásokat, nekrosisokat okozhat. Ezért radicalisabban kell eljárnunk, mint az influenzás eredetű melléküreg-gyuladásnál. Egy tiz éves gyermeknél a homlokürget, rostasejteket kivülről, továbbá az azonos oldali Highmore üreget és a csecsnyulványt kellett egyidejüleg feltárni. Mindenütt hasonló jellegű csontnekrosisokat talált.

Angyal P.: Az epithelioma klinikai diagnosisának megállapítása semmiben sem különbözik e tájék más daganataitól. Nehézség csak a szövettani kórisme felállításánál adódhatik; ez akkor biztosítható, ha a daganat és endothel sejtek között folytatólagos átmenetek láthatók. Vörhenynél épúgy a fülben, mint az orrmelléküregek megbetegedéseinél súlyos csontdestructiókat találunk. A rostasejtek és homlokürteg anatomiai viszonyai mellett ily módon érthető az öblítő folyadéknak a másik oldalon való megjelenése.

Ladányi L.: A bemutató esetére emlékeztető, kezdeti stádiumban levő esetet operált. Orrvérzés miatt jelentkező betegen a vérző oldal felé domboruló septumdeviatiót és rhinoskopia posteriorral a choana felső részén látható polypot talált. Elvégezve a septum-műtétet, a középső orrjáratban érintésre vérzékeny polyp volt látható. Eltávolítása után már makroskopikusan is rosszindulatú daganat benyomását keltette. A szövettani vizsgálat eredménye: Carcinoma.

Ipolyi F.: Magas lázzal, bőséges genytermeléssel járó állcsontöbölmegbetegedésnél a vékony punctiós tüvel való öblítésnél eredményesebbnek gondolja a Highmore és orrüreg mielőbbi széles összekötését.

Pollatschek E.: A lipiodolos töltést, amely a kórisméhez vezetett, előadó ülőhelyzetben végezte. Felhivja a figyelmet arra, hogy a felső melléküregeknél előnyösebb a töltést Parkinson helyzetben végezni. A beteg asztalon fekszik lógó fejjel, fejét a vizsgálandó oldal felé fordítva.

v. Tátrallyay Z.: *Kepes* hozzászólására hangsúlyozza, hogy a súlyos és leromlott állapotban lévő betegen az első napokban az élet veszélyeztetése nélkül nagyobb műtétet lehetetlen lett volna végezni, azonban a scarlatina gyanuját csak a hetedik napon fellépett lemezes hámlás keltette fel, amikor a rendszeresen végzett arcüregöblítésének és a néhány nappal előbb elvégzett orbitotomia eredményeként a beteg már csaknem teljesen láztalanná vált. Még ha a beteget nem is kellett volna átadni a fertőzőkórháznak, akkor sem lett volna már indokolt az összes melléküregek feltása. *Ipolyi* megjegyzésére ugyancsak azt válaszolja, hogy az erősen leromlott betegnél irányelvként a legkisebb megterhelés, vagyis beavatkozás elvét kellett szemelőtt tartani.

Réthi A.: *a) A bal orrfél hydrorrhoea cerebrospinalisa.* A nőbeteg előadja, hogy 8 év előtt éjjel egy gázpisztoly durranására ébredt nyitott ablak mellett. Igen erős főfájás lépett fel, amely napokig kinozta s amellett a bal orrfélből bőséges, vizes váladék ürült. Később kevesebb lett ugyan a váladék, de szünet nélkül csepeg; negyed óra alatt egyharmad kémcsőnyi gyülik össze. A váladék cerebrospinalis liquornak felel meg. Jellegzetes az egyoldaliság, az állandó csepegés, a váladéknak szag- és üledékmentessége, glucosetartalma, de viszont albumin- és mucinmentessége. Koponyacsontokon röntgenvizsgálat lényegesebb elváltozást nem mutat.

b) A glandula submaxillarisban ülő nagy nyálkő esete. 45 éves férfinél jelentkezése előtt 4 nappal a jobb oldalon a nyelv alatt és a nyakon fájdalmas beszürődés keletkezett. Négy izben hidegrázás, 40° körüli hőmérséklettel. Nyomásra ductus Whartonianusból geny ürül; szájadéka mögött mogyorónyi kemény tumor, amelyre rászurva, az kőnek bizonyul. Az állkapocs alatti mirigy hatalmasan megnagyobbodott és gyulladt, beszürődött szövetekkel környezett. Röntgen a mirigyben ülő nagy követ mutat. A ductust felhasítva a kis követ eltávolítjuk, majd pedig külső műtéttel az áll alatti mirigyet távolítjuk el, amelynek a phlegmonosus kör-

nyezetből való kiirtása nagy nehézséggel jár. A mirigy állományában, de mégis a kivezető cső egy hatalmas tágulatában ül a barackmagnyi kő.

Pesti: Két esete közül az egyik 50 éves nőbeteg spontán féloldali nasalis liquorrhoeával, amelyet laboratoriumi lelet igazol. A fennálló tapoparalysis és röntgenfelvétellel kimutatott lamina cribrosa dehiscentia alapján gummás csonthiányt feltételezett. Másik esete rostasejt polypusok miatt sokszorosan operált beteg volt, akinél reoperatiója kapcsán féloldali liquorrhoea lépett fel; ez a folyás néhány hónap alatt megszünt, a beteg gyógyult.

A nomenclaturát illetőleg ajánlja a kifejezőbb „liquorrhoea nasalis" elnevezést.

Liebermann T.: 1919-ben megpungált egy sinus maxillarist — a punctio pillanatában agnyomáscsökkenés tünetei mutatkoztak, a kicsurgó folyadék liquor volt: praeformált meningocele volt a sinus maxillarisban.

Zimányi V.: 45 éves nőbetege 2 izben állott j. o. liquorrhoea nasalis miatt kezelés alatt. Az orrból csepegő vizszerű váladék teljesen azonos tulajdonságot mutatott a cysterna-punctatummal. Első izben izzasztó-kúrára, másod izben csak antiluetikus kúrára gyógyult, dacára a negativ Wa. R.-nak.

Angyal P.: Szerinte a röntgenleletben jelentőség nélkülinek említett elváltozások (a sella csekélyfokú megnagyobbodása, valamint a beteg oldali sziklacsont tetején levő árnyék) határozottan intracranialis térszükitő folyamat mellett szólnak (meningeoma, lues stb.). Az agnyomási tünetek hiányát éppen a liquor-folyás magyarázza. Alapos ideggyógyászati vizsgálatot tart szükségesnek.

Réthi A.: *Pesti* terminus-technicusa megfelelő. *Liebermann* érdekes esetének megismétlődése súlyos szövődményeket okozhatna egy esetleges Highmore punctiónál. Az antiluetikus kurát meg fogja kisérelni. *Angyal* nézetét nem osztja. A röntgenologusok véleménye mégis az irányadó.

HETI KRÓNIKA

A középkor kedvelt, népszerű orvosirodalmi termékei közé tartoztak az ú. n. *regimina sanitatis.* Versben vagy prózában irott tanácsok ezek, amelyek az élet legkülönfélébb körülményei közé került embert látták el üdvös útbaigazításokkal. Ezek a regimenek jutottak eszünkbe, amikor az Országos Orvosszövetség hivatalos lapja legutolsó számában olvastuk *Vértessy István dr.* hartai orvosnak: „Jó tanácsok falura készülő orvosok számára" című közleményét, amelyben a tapasztalat jártasságával kioktat a falusi orvos életében felmerülő olyan dolgokra, amelyekre többnyire csak hosszú idő, illetőleg a saját kárunkon okulás tud csak megtanítani. Aki írta, hivatását szerető orvos és akiknek írta, a jövő falusi orvosai bizonnyal hasznát is fogják venni.

*

A „falu jegyző"-jét *Eötvös* vezette be a regényirodalomba, de a „falu orvosa" sem nélkülözi a maga világirodalmi hátterét. *Balzac:* „Le médecin de campagne" című regényének olvasása közben életre kél előttünk a derék *Benassis* ,aki áldása vidékének, akárcsak *Claude Tillier* „Mon Oncle Benjamin"-jának hőse: *Benjamin Rathery,* akinek erősen optimista életfelfogása a francia irodalom büszkeségét, a tulajdonképen szintén orvos *Rabelais*-t igazolja, akinek „Les joyeux guérissent toujours" mondása az emberi lélek mély ismeretéről tesz bizonyságot. *Daudet* „Jack" című regényének egyik legrokonszenvesebb alakja az öreg Rivals doktor, aki saját egyéni tragédiáját lelkébe zárva egylovas kocsiján visz gyógyulást az Etiolles körüli falvak betegeinek. — És milyen megható emberélet számadása rejlik *Francis Brett Young:* „Doctor Bradley Remembers" című könyvében, amelyben Sedgebury derék orvosa *John Bradley* munkás élete alkonyán elbeszéli orvosi élményeit. Heroikus valóságot tükröz vissza egy fiatal svéd orvos, *Einar Wallquist* nemrég olvasott könyve (Lappmarksdoktor), amelyben egy földhözragadt, szegény lapp falucska életével ismerkedünk meg. *Thedering:* „Roman eines Landarztes" című könyvében egy tehetséges, fiatal klinikus fordít hátat a nagyváros nyujtotta fényes lehetőségeknek, hogy a falu népének szeretetében megelégedést találjon. *Kuhwald:* „Die Idylle vom Landarzt" című műve a falusi orvos apothesise és a falusi orvos életének mennyi nehézségéről tanuskodik már címében is *August Heisler* könyve: „Dennoch Landarzt!". *Németh László:* „Villámfénynél" című szinművében Nagy Imre körorvos elhagyja családját, hogy egyedül a „szegények orvosa" lehessen, *Kodolányi János*nak a falu életébe vágó súlyos problema, az egyke körül zajló „Földindulás" című szinművében is ott találjuk az orvost.

*

Emlékezetünkben él a világháború előtti hazai regényirodalom egyik terméke *(Farkas Pál:* Egy körorvos feljegyzései), amelyben egy fiatal fővárosi orvos különböző csalódások miatt az afrikai gyarmatokra készül kivándorolni, hogy ott felejtést találjon. Barátja azonban felvilágosítja, hogy sokkal hatásosabban közelebb is „eltemetheti" magát, ha az Északkeleti Kárpátok egy kicsiny falujában telepszik meg körorvosnak.

Az „eltemetkezés" gondolata, ami régebben sokszor kisérte a falusi gyakorlatba kilépő — főleg városi származású — orvost, ma már nem is merülhet fel. Kitünő állami egészségügyi szervezetünk működésének áldásos hatása a legkisebb faluban is érezhető és a falusi orvos is élheti, sőt szükségszerűen kell is, hogy élje — áldásos hivatása mellett — a kulturember életét.

Igen tanulságosak azonban ezzel szemben e folyóirat régebbi évfolyamaiban még Nagymagyarország területéről rendszeresen közölt pályázati hirdetmények, amelyekből kiderül, hogy közülük egyesek — főleg az erdélyi részeken — két-háromszori hirdetés után is eredménytelenek maradtak. Csakugyan voltak helyek, ahová nem lehetett orvost kapni, vagy ha igen, többnyire csak rövid időre.

Sajnos, a trianoni tragédia következtében ma éppen fordított a helyzet, több a jelentkező, mint ahány a hivatalos állásokban vidéken elhelyezhető. A kevéssel ezelőtt betöltésre került, újonnan szervezett vidéki orvosi állásokra beérkezett pályázatok tömege is igazolta ezt. Vigasztaló tudatul szolgáljon azonban, hogy a falu egészségügyének céltudatos fejlesztésében megállás nem következhetik be, ami idővel ismét újabb orvosi állások szervezését vonja majd maga után.

Büszkén pillantunk vissza az elért magaslatról a multba. Milyen emberi elhagyatottság, kétségbeesés és egészségügyi nyomoruság szólal meg a mármarosiaknak az 1760-i pestisjárvány alkalmából a Helytartótanácshoz intézett leveléből: *„Hic in Marmatia praeter Deum neminem medicum habemus".* *Tignio Lajos* egyetemünkön az általános kór és gyógyszertan tanára így írhatott még: *„Magna est medicorum Hungariae desolatio, quae perniciosa est medicis, medicinae atque generi humano.*

*

Billroth egyik 1883-ban írt levelében megemlékezik az orvosi hivatás nehézségeiről: . . . *der Artz ist wahrlich nicht auf Rosen gebettet."* Mennyivel súlyosabban nehezedik mindez a falusi orvosra, akinek hivatásával járó nehézségeit és fáradalmait a kivülálló sosem értékelheti teljes mértékükben.

Igaza van *id. Imre József* professornak, amikor 1925-ben megjelent „Orvosi ethika"-jában így ír: „a

falusi orvos munkája a legerősebb, értelmi és technikai irányban legképzettebb embert kívánja." A falu orvosa a legelső, s így a legfelelősségteljesebb vonalba állított katonája a nemzet egészségvédelmének. Hivatása természetéből folyik, hogy állandóan készenlétben kell lennie. Hiába van táblájáu rendelő idejének megjelölése, a sajátos falusi viszonyokból következik, hogy ahhoz betegei csak nagyjából tarthatják magukat. A többnyire kezdetleges járműveken a beteglátogatások komoly testi fáradalmakat jelentenek minden falusi orvos számára és gyakran fordul elő, hogy a hazaérkezőt már másik kocsi várja a háza előtt. A fáradalmak nemcsak testiek. A beteg feletti aggódás, nem a nagy operatőrök kiváltsága, lehet álmatlan éjszakákat kicsiny falusi házakban is eltölteni, hiszen az egész falu, sokszor a messze környék szeme nyugszik itt is a betegen és figyeli az orvos tevékenységét.

Mint *Vergilius* alvilágában úgy veszik körül a falu orvosát a római költő által megénekelt *„pallentes morbi"*, sápasztó betegségek. Egyedül keresi a differential-diagnostika útvesztőiben a helyes utat olyan betegségekben, amelyek sokszor nem a tankönyvekben leírt formában jelentkeznek. És milyen nehézségek merülnek fel számára, amikor az életet veszélyeztető, sürgős sebészi beavatkozást igénylő betegséggel áll szemben, amely gyakran nem jelentkezik alarmírozó tünetekkel és a megtévesztéshez talán népünk szenvedésttűrő képessége is hozzájárul.

*

A falusi orvos életében a legtisztább és legnagyobb örömök — szerintünk — a sikeres szülészeti tevékenységből származnak. Talán éppen azért, mert oly nehéz körülmények között történhetik csak minden. *Sellheim* a Stoeckel tervei szerint épült nagyszerű lipcsei nőiklinikán kedvenc gondolatának megvalósításával is igyekezett tökéletesíteni hallgatóinak gyakorlati szülészeti kiképzését. Hogy a falusi szülészeti gyakorlat nehézségeiből ízelítőt adjon, azok számára, akik a rendes szülőszobán már vezettek szüléseket, egy parasztszobát (Primitive Entbildungs-Einrichtung) is rendeztetett be a klinikán és az itt lefolyó szüléseknél csak a bábatáskával felszerelt bába segédkezett. Figyelemreméltó elgondolás és mégis milyen messze marad a valóságtól, főleg a mi magyar valóságunktól. A lipcsei klinika paraszti szülőszobájában gázkályha melegíti a vizet, nálunk csak füstölög a nedves kukoricaszár, de meleget nem ad, vízvezeték helyett vándorcigány faragta sekély fateknő a kézmosás egyedüli lehetősége.

*

Liek a kevéssel ezelőtt elhunyt kíváló danzigi sebész „Der Arzt und seine Sendung" című könyvében állította fel — sok támadásban részesült tételét —, hogy az orvosok tulajdonképen két nagy csoportba oszthatók. Van „Arzt" és van „Mediziner". Az előbbi az ideális értelemben vett igazi orvos, az utóbbi a szó köznapi értelmében szintén orvos, mert diplomája van, sőt igen előkelő állást is foglalhat el, de az igazi orvos lényegéből egy szikra sem található fel benne.

*Jean Paul*tól származik az a maga idején is inkább tréfás mondás, hogy a sebészet sympathia nélkül is meglehet. Ma már ennek sem adunk igazat, de kétségtelen, hogy a jó falusi orvos csak a Liek-féle osztályozás első csoportjába tartozhat. Az *„örök orvosarc"* viselője kell, hogy legyen, akiről *Reményik Sándor id. Imre József* emlékének szentelt „Az orvos" című versében így ír: „Tekintetében gyógyító erő, áldás és béke van".

A falusi orvosnál nincs *„eset"* és nem ismer *„anyag"*-ot. Neki az „eset" kenyérkereső apa, akinek betegágyát rimánkodó apróságok veszik körül vagy édesanya, akinek betegségét már a konyhába belépéskor a hideg tűzhely elárulja. Nem lehet rideg számokból álló statistika ott, ahol a kalendárium az egyetlen könyv és a mestergerendán lógó csizma az egyetlen fényűzés és ahol az asztalon, amelyen receptjét írja, ott áll a valóban „mindennapi kenyér".

*

„Educate the people" — üzente *Washington* még halálos ágyáról is. Mennyi feladat vár éppen ezen a téren a falu orvosára. Nemcsak a szorosan vett egészségügyi ismeretek terjesztésére gondolunk, hanem a falu népe általános műveltségének emelésére, amire lépten-nyomon annyi alkalom kínálkozik. Ne dicsérjük más nép nagyobb műveltségét, de a reformkorszak nagy utazóink: *Wesselényi*-nek és *Széchenyi*nek szemével lássunk és iparkodjunk a hiányokon segíteni. Népünkben olyan értékek vannak, amelyek akármilyen népével felérnek — ha annál nem többetérők — és igaza volt a kursaneci erdő nagy halottjának, a „Szigeti veszedelem" lánglelkű költőjének, amikor büszkén hirdette: *„Egy nemzetnél sem vagyunk alábbvalók!"*

Alkalmi beszélgetés során, az Iskolánkívüli Népművelés előadásain bőven adhatunk tudásunkból és ha a türelem és megértő szeretet nem hiányzik, mindenki tapasztalhatja, hogy népünk lelke valóban az Evangélium magvető példázatában említett *„jó föld"*.

*

Tévhit az, hogy a falusi orvos nem élhet kultúremberhez illő életet. Sőt inkább szükséges, hogy a falu népe előtt állásából kifolyólag szerzett nagyobb tekintélyén soha csorba ne essék, sőt azt növelni igyekezzék. „Nálunk az orvos az első", hallottuk egy dunántúli faluban és ebben benne van úgy az orvosnak, mint a falunak a dícsérete.

Jókai írta: „Az orvost olyan nimbusznak kell körülvenni, mint a papot." Ennek elérésére vidéken a magától értetődő ethikai tulajdonságok mellett legjobb eszköz az önképzés. Orvosának ezirányú törekvéseit a nép megbecsüli, tudja, hogy érte történik. Bármenynyire is kell, hogy szem előtt tartsa a falusi orvos a „vivere parvo" elvet, folyóiratokra, könyvekre kell, hogy áldozzon. Továbbképzésének lehetőségeiről az állam gondoskodik, mögötte áll az Országos Közegészségügyi Intézet kitünő szervezetével és a Zöld Kereszt mozgalom is egyre több faluban bontja ki zászlaját. Fáradságos életének egyformán vannak örömei és bánatai. Öröme telik hivatásában és — ha van — családjában. Örül, ha fáradozását siker koronázza, ha megcsinálja az egyszerű fogó-műtétet, ahol előtte a javasasszony mesterkedése nem járt sikerrel, örül minden gyógyuló betege első mosolyának, örül, ha a tanyai hierarchia alsó fokán álló földhözragadt szegény kanász utolsó látogatása alkalmával könnyes szemmel előkotorász vánkosa alól — pedig nem tartoznék fizetni — hálája jeléül két pengőt. Nem fogadja el és mégis úgy érzi, sokkal gazdagabban távozik, mint amikor fejét mélyen meghajtva, belépett az alacsony ajtón.

Elszomorodik, ha látja a vagyonukat a fiatalokra átiratott öreg szülők sokszor kegyetlen helyzetét, ha a vitiumos gyermek ágya fölött megkérdik a szülők: érdemes-e gyógyszerre költeni? Ha látja, hogy két testvér megneheztel rá, mert anyjukat várakozásuk ellenére meggyógyította, akinek pedig biztos halálára számítva, egy hold földecskéjét már elosztották maguk között. Fáj neki, ha az egyke pusztításaival szembe-

kerül és az apagyilkosnak is megbocsátani akaró *Széchenyi* keserűségét érzi, amikor a bölcső gondjaira bízott kis lakóját a halál magához öleli. Legnagyobb keserűségei közé tartozik az is, amikor a rajta kívülálló okból keletkezett bizalmatlanság megnyilvánulását veszi észre és csak azzal nyugtathatja meg magát, hogy lelkiismeretesen, legjobb tudásához híven cselekedett.

A tulajdonképeni orvosi foglalkozás mellett mennyi egyéb lehetőség nyilik a falu orvosai számára, hogy magukat még hasznosabbá tegyék. Ott a falu a maga rendkívül nagyszámú, életbevágóan fontos egészségügyi problémájával (egyke, lakásviszonyok, helytelen táplálkozás, stb.). Ismerünk vidéki orvost, aki jónevű archaeologus, a másik numizmata, a harmadik kiváló kertész, a negyedik a „scientia amabilis"-nak, a botanikának hódol szabad óráiban. Mennyi orvostörténelmileg érdekes adat bújik meg az egyházak anyakönyveiben és milyen jó szolgálatot tehet a falusi orvos a népies gyógyászat, az orvosi folklore emlékeinek gondos összegyüjtésével.

Salus aegroti suprema lex: íratlan törvény minden falusi orvos szívében. Ennek folyományaként láthatunk orvost karácsony éjjelén térdig érő hóban, hideggel, széllel küzködve beteghez baktatni, pedig tudja, hogy fáradozásáért nem kap semmit. Országutainkon mindig zörögnek parasztszekerek és rajtuk hóban, esőben, a nyári napsütés kavargó porfelhőjében mindig ott ül az orvos. Mindig van orvos a szalmazsákos, faragatlan szülőágy mellett, amelynek a szélére már az újszülött megérkezése előtt odatelepszik a *Sudermann* regényéből ismert „Gondanyó". Az avatatlan, vagy a falun autóval átsuhanó csak a muskátlis ablakokat látja, de a mögötte lévő nyomort és szenvedést, úgy mint a falu orvosa, senki sem ismerheti.

Így múlnak az évek, szinte észrevétlenül, a falu orvosa felett. Ismeri körútjairól a jegenyékkel szegélyezett országút minden hajlását s a messze vidék minden kis dombját. A mezőkön-földeken dolgozók megismerik és azt mondják: a *„mi orvosunk"* és ő is megismer mindenkit. Hiszen mindnyájan voltak — mint mondani szokták — a *„keze alatt"*.

Közben egyformán ott van bölcsőnél, betegágynál és koporsónál. Az évek folyamán sokat lát megbékélt arccal a koporsóban feküdni azok közül, akiket ő segített világra. A bölcsek nyugalmával tudja: „omnes eodem cogimur" és hajlottabb háttal is legjobb tudása és tehetsége szerint szolgálja népét és nemzetét. Körülveszi a falu dolgos népének szeretete, míg egyszer csak érte is eljön a halál, de nem a zörgő csontember formájában, hanem mint ahogy azt a magyar népmesék elképzelik: őszbecsavarodott aggastyán képében és kezének simogatása már jól is esik az elfáradt vándornak. Falun a halál is szelídebb arcú; a Dunántúl nem is halálnak, de elmúlásnak nevezik.

*

Egyetemünk egyik orvosprofessorának — évek óta sírban pihenő — édesapja ugyanott folytatott mint nagyhírű vidéki orvos, kiterjedt gyakorlatot, ahol később magunk is működhettünk. Emléke ma is él és senki sem mulasztja el nevét megemlítve hozzátenni: „nagyon jó orvos volt, áldja meg az Isten". Egy *Laennec*-életrajzban olvastuk a minap, hogy a Kerlouarnec-i temetőben nyugvó *Laennec*-ről a jó bretonok ma is tisztelettel mondják: „Il a fait tant de bien". Az igazi orvos jótetteinek emléke túléli a halált, akár a Dunántúl, akár a Bretagne fekete földjében porlad el mindig másokért élő, áldozatos szíve.

*

A *Journal of the American Medical Association* legutóbbi számában olvastuk *Ray Whyte* „The Country Doctor" című szép költeményét. Megható emléket állít benne a falu orvosának, akinek heroizmusa minden világrészben egyforma, mert mindenütt egyformán nagy a szenvedés, amivel szemben áll.

A költemény hőse nem viselt kitüntetésektől csillogó egyenruhát és hadoszlopokat sem vezényelt ünnepi parádékon, sohasem állott az első sorban. Nevét nem dicsőíti gránitoszlop és márványcsarnokban ünnepélyesen leleplezett bronzplaquette, a festő ecsetje és az író tolla sem mozdult meg emlékének megörökítésére. De egész életében gyámolítója volt betegeinek, gondját viselte az ügyefogyottaknak és vígasztalta a bölcsőkre és kicsiny ágyakra sírva boruló édesanyákat. Ha leült a betegágy mellé, már jóságos mosolyával is gyógyított. Halálában is az maradt, ami egész áldásos életében volt: *„an unassuming, common, ordinary man".*

„He didn't wear a uniform,
As he passed by on his bier,
He wore a crown of glory,
In the hearts he left here."

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 7. sz. *Gollwitzer-Meier:* Az emlősállatok szívének energetikája. — *Lauber és Bersin:* A májglykogen magatartása aethernarkosisban és vízben oldható vitaminok hatására. — *Müller:* Vegytani tanulmányok ikterikus vizelettel. — *Lodenkämper:* Colitoxinok. — *Campani:* A specifikus tüdőfibrosis klinikai-radiologiai képe és lefolyása az emésztő apparatus functióváltozásaival kapcsolatban. — *Beck és Straube:* Az ólom mikroanalysise testfolyadékokban. — *Lánczos:* A vitaminhiány megszokása. — *Kasahara, Nishizawa és Hirao:* A B_1- és C-vitamin kölcsönhatása. — *Schröder:* Kongóvörös-próba értéke rákbetegekben. — *Bundschuh és Kuschinsky:* Hátsólebenyszerű hatóanyagok a vizeletben. — *Marquardt:* A borostyánkősav elbomlása adrenalin és vele biologiailag rokon vegyületekben.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 7. sz. *Huebschmann:* Heveny sárga májsorvadás és májcirrhosis. — *Wühenweber:* Körülírt peripheriás keringési zavarok. — *Jagic és Zimmermann:* Totalis pajzsmirigykiirtás szív- és keringési zavarokban. — *Velasco Montes:* A lymphogranulomatosis haematologiai kórisméje. — *Mutschler:* 14 éves gyermek másodlagos combfejecs-nekrosisa traumás csípőficam után. — *Zeissler:* Injectiós oldatok sterilitásáról. — *Löffler:* Játékszeraspiratio esete kisgyermekkorban. — *Ehrhardt, Kramann és Schäfer:* Klinkai eredmények oestrogen Stilbenkészítményekkel. — *Hinselmann:* Agarol-szappan beöntés. — *Weindler:* Dante Alighieri orvostörténelmi megvilágításban. — *Görg:* Tapasztalataink Gastro-sikel.

Wiener Klinische Wochenschrift, 7. sz. *Dietrich:* Testreactio és betegség példája az endocarditis lefolyásában. — *Grzywa:* Tapasztalatok a távolkelet orvosi gyakorlatából. — *Kraul:* A női terméketlenségről. — *Barta:* Mellhártyaizzadmány elmeszesedése. — *Kutschera:* Tuberculosis és diabetes.

Medicinische Klinik, 7. sz. *Heilmeyer:* Alkati és szerzett ikterus haemolyticus. — *Curschmann:* Maximalisan fokozott hyperchromasia Biermer-anaemiában. — *Munk:* A Heberden-csomók mibenléte. — *Schwartzer:* Cöliakia kezelése mellékvesehormonnal. — *Thiessen:* A meddőség és kezelése, különös tekintettel a méhkürtök physiologiájára. — *Wolfram:* Gyermekágyi láz kezelése argotropinnal. — *Kettner:* Adat a lupus erythematodes acutus kóroktanához és kórszármazásához. — *Matt:* Az ingermentes mosakodás problémája.

La presse medicale, 12. és 13. sz. *Binet és Burstein:* Vizsgálatok a bronchusok mozgásairól. — *Abadie:* Húsz év gyomorfekélysebészete. — *Kaufmann:* Gümőkór és végbélsipoly. — *Ramond:* Hernia epigastrica és latens gyomorrák. — *Leriche és Fontaine:* A stellektomia késői eredményei asthma bronchiale-ban. — *Bocage, Mercier és Richon:* Staphylococcosisok kezelése specifikus anatoxinnal. — *Ravina:* Elsőleges polyglobulia kezelése a pylorus besugárzásával.

The Lancet, febr. 18. *Handley:* John Hunter mesterei. — *Garland és Berridge:* Suppurativ pneumonitis és tüdőtályog. — *Robson és Todd:* Fibrocystás csontmegbetegedés bőrpigmentatióval és endokrin dysfunctióval. — *Agranat, Dreosti és Ordman:* A pneumonia kezelése 2(p-aminobenzolsulfonamido)pyridinnel. — *Elliot, Macfarlana és Vaughan:* Tartalékolt vér felhasználása vérátömlesztésre. — *Boland, Craig és Jacobs:* Tartalékolt vér gyüjtése és átömlesztése.

British Medical Journal, febr. 18. *Handley:* John Hunter mesterei. — *Marinkovitch:* A kankó chemotherapiája. — *Brown:* Kankós vulvovaginitis chemotherapiája, különös tekintettel M & B 693-ra. — *Stuart:* Weil-kór glasgowi varrómunkásokban. — *Debono:* Brucella melitensis fertőzés gyógyítása prontosillal. — *Berry:* Az elmebeli fogyatékosság szociális vonatkozásai a munkabérdíjas osztályokban.

The Journal Of The American Medical Association, jan. 28. *Mitchell és Warkany:* A thymus. — *Hasley:* Thymus hyperplasia. — *Shay, Gershon-Cohen, Fels, Meranze:* A thymus. — *Stern:* A munkaképtelenség megbírálása csontsérülések esetében. — *Bugbee:* Húgy-ivarszervi rosszindulatú daganatok. — *Baker, Seattle, Smith:* Arc eltorzulás és személyiség. — *Sauer:* Szamárköhögés.

VEGYES HIREK

Levél a szerkesztőhöz.

Nagyon örülök az Orvosi Hetilap nyelvtisztitási törekvéseinek. Azonban szerintem ezen a téren következetesnek kellene lennünk. Következetlennek találtam azt, hogy *Schmidt Albin dr.*, egyet. magántanár úr a folyó évi második számban közölt „Szádlás (drainage) és sebtömés (tamponade) a vesesebészetben" című cikkében nyelvtisztító törekvéséről újra és újra lemond. Szerintem feleslegesen. Mert igaz ugyan, hogy egyes szavakat a megszokás folytán görög vagy latin alakjukban sokkal könnyebben és gyorsabban megértünk, azonban ez csak szokás dolga és ha megszoktatjuk magunkat a magyar szavakhoz, kezdeti nehézségeink elmúlnak.

Extraperitonealisan helyett irhatjuk: *hasüregen kivül.* A *costovertebralis* szögiet nyugodtan lehet *borda-csigolyai.* A *transperitonealis* út a *hasüregen át* vezet. Ha pedig *pararectalisan* akarunk behatolni, azt nyugodtan megtehetjük *az egyenes hasizom mellett* is. Egy daganatot nemcsak *retroperitonealisan* találhatunk meg, hanem *a hasüreg mögött* is. Az *antiseptikum* fertőtlenitő vagy *csiraölő szer* lehet, de idegen alakjában is helytelen s-sel és k-val irva, mert az s-hez c illik, a k-hoz sz. Az *impregnálás* helyett átitatást mondhatunk. A *gaze* szerintem legjobban *hálószövettel* fordítható. A veseműtét nem csak *aseptikus* lehet (a helyesirásban ugyanaz a hiba), hanem *csiramentes* is. Wrede pedig magyarul nem a *legradikálisabb,* hanem a legszélsőségesebb, vagy a *legerélyesebb* eljárás híve. A *decapsulatio tokfejtés* vagy *hámozás* lehet, a *nephropexia vesefelvarrás,* a *nephrektomia vesekiirtás.* A *pyelitis vesemedencehuru:* vagy *-gyulladás,* a *decubitus szövetelhalás. Catgut* helyett varrhatunk *macskabéllel* vagy *bélhúrral* is. Végezhetjük továbbá *vesemedenceplastika* helyett a *vesemedenceképzést,* az *ureterimplantatio* helyett a *húgyvezeték beültetését.*

Dehát ez kissé nehezünkre esik és már csak kényelemszeretetből is megmaradunk a jó öreg orvosi volapük mellett.

vitéz Csia Sándor dr.

Neuber Ede dr., egyet. ny. r. tanár, a budapesti Bőr- és Nemibeteg Klinika igazgatója f. hó 20-án tartotta székfoglalóját a Magyar Tudományos Akadémián *„Ifjúságunk egészségvédelme"* c. tárgykörből.

A Budapesti Orvosi Kamara február 26-án tartandó *részleges tisztújító közgyűlésén* a titkár megválasztása szavazás útján fog történni, minthogy a titkár megválasztására a törvényes határidőn belül két csoport ajánlott érvényesen különböző jelölteket.

A szavazás 1939. február hó 26-án, vasárnap reggel 8 órától este 8 óráig tart a IV. ker. Eötvös József gimnázium (IV., Reáltanoda-utca 7.) földszinti tornatermében.

A szavazás az 1936:I. tc. 16. §. (3) bekezdésének értelmében kötelező és azt a kamarai tagot, aki ennek a rendelkezésnek nem tesz eleget s mulasztásának okát a választás befejezését követő naptól számított 15 nap alatt nem igazolja, a Kamara elnöke 100 pengőig terjedhető, a Segélyalap javára fordítandó, közadók módjára behajtandó pénzbirsággal sujtja.

A kamarai tag szavazólapját és ennek elhelyezésére szolgáló hivatalos borítékot tagsági igazolványának felmutatása mellett a szavazatszedő bizottság elnökétől veszi át. A szavazás olymódon történik, hogy a kamarai tag a rendelkezésére bocsátott „Szavazólap a titkárválasztáshoz" felirással ellátott szavazólap megfelelő rovatában az általa megválasztani kívánt kamarai tag családi és utónevét beírja. A kitöltött szavazólapot a szavazó a rendelkezésére bocsátott hivatalos borítékba helyezi, azt leragasztja és a szavazatszedő bizottság elnökének adja át, aki azt nyilvánosan urnába helyezi.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága márciusban rendezendő tanfolyamainak részletes programmja: — *Március 1-én,* d. u. 6 ó.: (sorozatos előadások keretében) *Horányi Béla dr.* egyet. m. tanár: Vitamin és idegrendszer. (Szemészeti klinika tantermében, Mária-utca 39.). Betegbemutatások és demonstrálások a budapesti Pézmány Péter Tudományegyetem klinikáin; minden szombaton este 6—8-ig. — *Március 4-én:* az I. sz. Belgyógyászati klinikán (Ludoviceum-utca 2/a). — *Március 11-én:* a II. sz. Belgyógyászati klinikán (Szentkirályi-utca 46.). — *Március 18-án:* az I. sz. Sebészeti klinikán (Üllői-út 78.). — *Március 6—11-ig: Orvosi továbbképző tanfolyam* a szív- és vérerek betegségeinek tárgyköréből, a Szt. Rókus-kórház II. sz. Belosztályán, d. e. 10—12-ig; a tanfolyam vezetője: *Haynal Imre* egyetemi m. tanár. — *Március 6—17-ig:* (hétfőn, szerdán és pénteken, d. u. 6—8-ig): Az orvosi kutatás statisztikai módszereiről, a Kisérleti Kórtani Intézetben; a tanfolyam vezetője: *Solth Károly* tisztiorvos. — *Március 13—18-ig:* „Bevezetés a klinikai röntgendiagnostikába"; az egyetemi Röntgen Intézetben, d. e. 11—12-ig. A tanfolyam vezetője: *Kelen Béla prof.* — *Március 20—24-ig:* „Milyen tünetekből állapithatja meg a gyakorló orvos azt, hogy a szakorvosi vizsgálat szükséges egyes gyakori vese-, hólyag- és prostatabajokban." Az Urológiai klinikán, d. e. 8—10-ig. A tanfolyam vezetője: *Illyés Géza prof.* — *Március 20—25-ig:* A bőr- és nemibetegségek válogatott fejezeteiből (bemutatásokkal), különös tekintettel a gyakorló orvos igényeire. A Bőr- és Nemikórtani klinikán, d. e. 10—12-ig. A tanfolyam vezetője: *Neuber Ede prof.* — *Március 27—április 1-ig:* „Életet fenyegető hasüri megbetegedések (sebészi szempontból)". Az I. sz. Sebészeti klinikán, d. e. 10—12-ig. A tanfolyam vezetője: *Verebély Tibor prof.* — *Március 4-én* kezdődik az orvosi továbbképzés pécsi helyi bizottságának 3 hónapra terjedő összefoglaló orvosi továbbképző előadássorozata a heveny hasi megbetegedések tárgyköréből. (Szombatonként d. u. 4—6-ig.) — Mindennemű felvilágosítással készséggel szolgál az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága: VIII., Esterházi-utca 9., telefon: 139-665, hiv. órák: d. e. 10—1-ig, d. u. 4—6-ig, illetőleg a pécsi előadássorozatra vonatkozóan a pécsi helyi bizottság titkára: *Donhoffer Szilárd dr.* egyet. magántanár, Pécs, Belklinika.

A Széchenyi Tudományos Társaság Senatusa február hó 10-én a Műegyetem tanácstermében ülést tartott. *Schimanek Emil* a társaság ügyvezető főtitkára előterjesztette az ügyvezető bizottság javaslatát a kutatási segélyek ügyében. A senatus 83.300 pengőt szavazott meg technikai, mezőgazdasági, orvosi, természettudományi munkák segélyezésére. *Jakobovits Dániel* helyettes főtitkár jelentést tett a társaság eddigi működéséről, e szerint 11 évi fennállás alatt *közel egymillió pengőt fordítottak tudományos kutató munkák támogatására.* A társaság, amint azt első elnöke: Popovics Sándor kifejtette, elsősorban azt a munkát támogatja, mely „a közgazdasági élet előbbrevitelére, haladására és az emberi munka eredményességének biztosítására szolgál", de emellett a tisztán theoretikus munkát is segélyezi, melynek gyakorlati haszna gyakran csak később derül ki. — Az amerikai Rockefeller-alapítvány az utolsó évben nem kevesebb, mint 10 millió dollárt fordított orvosi és természettudományi munka előmozdítására, s 10 év alatt 645 millió dollár az az összeg, amelyet a Rockefeller család ilyen célú alapítványai kitettek. — Nálunk a Széchenyi Tudományos Társaság, az Esterházy Pál herceg adománya és az állami költségvetésben előirányzott szerény összeg (30.000 pengő), összesen kb. 200.000 pengő áll rendelkezésre. Az összeg csekélyebb voltát ellensúlyozza a magyar kutatók ötletessége s máris jelentkezik a tudományos munka pártolására hozott áldozat gyümölcse. A Kormányzó Úr másfél évtized előtt tett kijelentése, mely szerint az ország erejét „a tudomány hatalmával kell meghatványozni", valóra vált.

Orvos- és munkaracionalizálás. A Népegészségügyi és Munkásvédelmi Szövetség február 17-én „Kifáradás, mint munkaártalom" címen munkaélettani előadást rendezett, amelyen székelyhidi *Hammer* Géza ny. miniszteri osztályfőnök elnökölt. — Előadó *Pályi Márton dr.* volt, aki részletesen ismertette a kifáradás mindennemű vonatkozását.

Vázolta a különböző munkarendszereket és hangsúlyozta, hogy a korszerű recionalizálási reformok csak az orvosok felülvizsgálata alapján valósíthatók meg.

Az „Egy vidám hét a Balatonon" című jegyfüzet ebben az évben is a május hó 1-től június hó 21-ig és az augusztus hó 22-től szeptember hó végéig terjedő időben érvényben marad. Az említett jegyfüzet a legkedvezményesebb lehetőséget nyujtja a balatoni gyógyhelyek és üdülőhelyek meglátogatására. A jegyfüzet ára Budapestről és a Dunántúlról 57 P, hazánk többi részéről és a Felvidékről 59 P. Ebben az összegben egy heti tartózkodás alatt a legjobb szállodákban és pensiókban folyóvizes szoba, valamint naponként háromszori étkezés, gyorsvonati III. osztályú vasúti jegy ára oda és vissza, továbá az összes adók, borravalók és az üdülőhelyi díj is benne foglaltatik. A jegyfüzet tulajdonosa Balatonmenti turistakirándulásainál a hajókon 50%, a vasúton pedig 33%-os kedvezménnyel utazhat. Felvilágosítások kaphatók: A Balaton Fürdő Központban Budapest, V. ker., Vörösmarty-tér 8. és az összes menetjegyirodákban.

A Búvár februári számában a táblabíróvilág orvosairól nagyon érdekes adatokban bővelkedő cikket írt *Diósadi Elekes* György. *Matolay* Tibor, *Tasnádi Kubacska* András a földrengésekről írtak cikkeket. *Born* József és *Melly* József egészségügyi vonatkozású tanulmányai, *Széky* Pálma és *Wagner* János természetrajzi útleírásai, *Igali Mészáros* József megfigyelései a sporthorgászat, *Koppán* József pedig a méhészet köréből írt közleményei számíthatnak lelkes olvasókra. *Koch Sándor* két keleti ékkövet mutat be, *Palik* Piroska parányi vízinövényekről értekezik, *Méhes* Gyula a növénynevek helyes használatára vezeti rá az olvasót. *Wein* Dezsőné cikke a gyermektorna fontosságára mutat rá. A „Technika a mindennapi életben" és „A tudomány műhelyéből" cím alatt a tudományos hírek és adatok, találmányok, felfedezések és kisérleti eredmények változatos sorát közlik.

A cseh orvosszövetség Prágában gyülést tartott, melyen egyhangúlag elhatározták az árjatörvény bevezetését.

Romániában veszett kutyától megharapott és elásott disznó hulláját cigányok kiásták s ettek a húsból. 8—10 nap után megbetegedtek, hárman meghaltak, a többieket a kolozsvári Pasteur-intézetbe szállították.

Hollandiában ismét kiadtak jótékonysági bélyegeket, melyeknek eladásából származó jövedelmet a tuberculosis és rákellenes küzdelem céljára fordítják.

Németországban 1938-ban 9069 esetben megvonták a gépkocsivezetői engedélyeket. 4307 esetben az ok az iszákosságra hajlamosság volt.

HETIREND

Február 25-én, este 1/27 órakor a Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége ülése (Üllői-út 66/c. I. em.). *Bézi István:* A kórházak szerepe a fertőző betegségek elleni küzdelemben.

Február 27-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Löwinger Simon:* Vérzéses diathesisek.

Február 28-án este 3/47 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Lax Henrik:* A capillaris érrendszer megbetegedésének belorvosi vonatkozásai.

Március 1-én, szerdán d. u. 6 órakor a Közkórházi Orvostársulat ülése (Rókus-kórház). Bemutatás: *Varga Endre:* Fájdalmas nyirokmirigyduzzanatokkal járó agranulocytaemia esete. — Előadások: *Torday Árpád:* A sternalpunctio diagnostikai jelentősége. *Telegdi István:* Leánygyermekek gonorrhoeájáról: Fertőzési módok és kezelési eljárások.

Március 3-án, délután 6 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Budai:* Holdrythmus az emberi és állati biológiában. *Szodoray:* Fehérfoltbetegséggel társult kraurozis vulvae esete. Az orthopaediai szakosztály által felkért előadó: *Kopits Imre:* Az izületi zsugorodások keletkezése és gyógyítása. Felkért hozzászólók: *Farkas Aladár, Horváth Boldizsár.*

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik február 14—20. között. Ezen a héten a betörési frontok száma ismét nagy volt. Különösen nagyfokú postfrontális reactiók feltételezhetők (természetesen csak a betörési frontok és nem a felsiklási frontok iránt sensitiv egyéneken!) február 14-én, a hajnalban történt frontátvonulás erős volta miatt, valamint február 19-én négy betörési front halmozott átvonulása és a reggel 8 órai front erős fejlettsége miatt. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:*)

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Február	14	3	betörési	erős	Hirtelen légnyomásesés, szélvihar 20 m|mp
	14	24	„	mérsék.	Szélélénkülés, max. seb. 13 m|mp. vége 5 ó
	15	6	„	„	„ max. seb. 10 m|mp.
	15	8	„	„	„ max. seb. 11 m|mp. vége 17 ó.
	16	1	„	gyenge	Szélcsend után hirtelen széllök. 8 m|mp.
	16	2	„	„	„ 7 „
	16	8	felsiklási	„	Erős praefront. borulás és enyhülés.
	16	13	betörési	„	Szélélénkülés, max. seb. 6 m|mp.
	17	7	„	„	Kevés daraesés.
	18	22	felsiklási	mérsék.	Praefr. borulás 17 ó-tól, kev. eső 22 ó.-kor.
	19	14	betörési	„	1 mm záporeső hirt. szélélénk. 11 m|mp.
	19	8	„	erős	Szélcsend után hirt. szélvihar m|mp.
	19	17	„	gyenge	Kis havaseső-zápor.
	19	18	„	mérsék.	Hirtelen szélélénk. 17 m|mp-re, kevés eső.
	20	4	„	„	Szélélénk., max. seb. 12 m|mp-re, kev. h.-eső.
	20	11	„	gyenge	Szélélénkülés 10 m|mp-ig.
	20	21	felsiklási	„	Praefrontalis borulás 17 ó-tól.
	20	21	betörési	„	Hirtelen szélélénkülés 8 m|mp-re.

*) A táblázatban szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai.

8—1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A keszthelyi közkórháznál más állásra való kinevezés folytán megüresedett alorvosi és a 257.400—1937. B. M. sz. rendelettel engedélyezett egy kisegítő orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.400—1937. N. M. M. számú rendeletben megállapított fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és tiszti élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a térítendő. A kinevezés 2 évre szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A kisegítő orvos javadalmazása: természetbeni lakás, fűtés világítás, tiszti élelmezés és havi 80 P. díjazás. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű, bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat.

Mindkét állásra csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magángyakorlat folytatása megengedve nincsen. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket dr. Brand Sándor, Zalavármegye alispán urához címezve — a keszthelyi kórház igazgatóságához kell benyujtani. Határidő 1939. március hó 10-ike, déli 12 óra.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. a születési anyakönyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítvány, 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány, 4. magyar orvosi diploma, 5. curriculum vitae, 6. testi- és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány, 7. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítvány.

Az alkalmaztatás megtörténte után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Keszthely, 1939. február hó 20-án.

Dr. Magyary Gerő
kórházigazgató.

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere
Az ártalmatlan kígyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.
Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r.-t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

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

Mária Valéria Közkórház, Balassagyarmat.
230—1939. kig. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A nógrádvármegyei „Mária Valéria" közkórházban lemondás folytán megüresedett *alorvosi*, illetve az esetleges előléptetés folytán megürülő *kisegítő orvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendelet értelmében megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve.

A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre szól és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. A kisegítő orvos javadalmazása: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítással és tiszti élelmezés, valamint 80 P havi dijazás.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. március 19-én déli 12 óráig* Soldos Béla dr. főispánhoz intézve a kórház igazgatójához nyujtandók be.

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

Balassagyarmat, 1939 február 2-án.

Kenessey Albert dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos.
kórházigazgató-főorvos

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

Az Elubis, az új bismuthinjectio erélyes, gyors, tartós spirochaetocid hatását *Nékám, Berde, Guszman* professorok osztályán végzett vizsgálatok egyértelműen igazolják. Nem színes! Nem olajos! Használat előtt sem felrázni, sem melegíteni nem kell! Az orvos kezét, a beteg ruháját nem szennyezi! Tonsillitis, stomatitis ulcerosa kezelésére *Elubis*-kúp.

129—1939. sz. Zalaegerszeg megyei város közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló közkórházban kinevezés folytán megüresedett egy *segédorvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés. A kinevezés kettő évre szól, mely további 2—2 évre javaslatomra meghosszabbítható. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, sebészeti gyakorlattal birók előnyben részesülnek, a kinevezett orvosdoktor állását köteles azonnal elfoglalni.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos dr. Brand Sándor Zalavármegye alispánjához címezve, a kórház igazgatójához nyujtandók be. A beküldés határideje *1939. évi április hó 15-ének déli 12 órája.*

A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. erkölcsi bizonyítványt, 3. magyar állampolgárságot igazoló okmányt, 4. magyar orvosi diplomát, 5. Curriculum vitae-t, 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, 7. az eddigi működést igazoló bizonyítványokat, 8. Orvosi Kamarai tagsági igazolást és végül 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat.

Elkésve érkezett, vagy nem kellően felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek. Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati főnökük útján nyujtsák be.

Zalaegerszeg, 1939. február 4.

Dr. Jancsó Benedek
kórházigazgató-főorvos.

A duodenalis sondázás

előtt félórával adjunk a betegnek suppositorium formájában 2 ctg extr. hyoscyamint, 6 ctg. papaverint, 20 ctg veronalt és ½ mg antropynt. A sonda 85 cm-nél hosszabb legyen, olivája nagy átmérővel birjon, használat előtt glycerinnel fecskendezzük át és mandrinnal szereljük. Csak reggel éhgyomorra alkalmazzuk. Először 45 cm-nyire vezetjük be, azután az előrehajlott beteg ajakmozgással önként további 20 cm-nyire továbbítja. Közben a beteggel vizet itatunk, utána a jobboldalára fektetjük, a jobb medence alá kemény vánkost teszünk. További 20 cm-nyire a beteg ujólag fenti módon továbbítja lefelé a sondát. A duodenum ½ óra alatt kinyilik, amit levegőnek a csőbe fuvásával ellenőrizhetünk. Barnás-sárga, alkalikus vegyhatású duodenum bennék távozik. Az epeutakban fennálló pangásos állapotokban a Mira víz duodenalis befecskendezése kiválóan hurutcsökkentő hatást fejt ki és ma már általánosan elfogadott therapeutikum.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Influenza és meghüléses megbetegedések esetén
PANAFLU-CHINOIN
Tabletta és Kúp

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA Könyvtára

A „Székesfővárosi alkalmazottak segítő alapja" új Gyógyszerrendelési Utasítása szerint 1939 február 1-től:

a SEDATIN szabadon rendelhető (C. (i).)

a Calcium chlor. eff. tabletta Dr. Barta szabadon rendelhető (B. (i).)

a REORGIN főorvosi láttamozással rendelhető (B (i).)

Magyarországon 1939 január 29 től február 4-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és haláleset (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis Mb	Mt	Paratyphus Mb	Mt	Dysenteria Mb	Mt	Diphtheria Mb	Mt	Scarlatina Mb	Mt	Mening. Cerebrosp. e. Mb	Mt	Poliomyelitis ac. ant. Mb	Mt	Anthrax Mb	Mt	Morbilli. Mb	Varicella Mb	Pertussis Mb	Influenza complic Mb	Malaria Mb	Typhus exanth Mb	M
1. Abaúj-Torna	—	5	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.825	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—		—	—	3	7	—	—	—
3. Baranya	251.877	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—		29	—	6	6	—	—	—
4. Bars és Hont	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	—	3	1		—	—	—	4	—	2	1	1	1	—	—	—	—	2	3	8	—	2	—	—
6. Békés	338.711	1	—	—	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	16	4	1	8	—	—	—
7. Bihar	182.832	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	5	—	—	—
8. Borsod	—	—	—	—	—	—	—	4	1	4	—	—	—	2	—	—	—	2	1	7	20	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontál	174.906	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	24	8	2	13	—	—	—
10. Csongrád	148.042	1	—	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—
11. Esztergom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
12. Fejér	231.414	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—
13. Gömör és Kishont	—	3	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	13	—	2	6	—	—	—
14. Győr-Moson	—	1	—	—	—	—	—	7	1	4	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	1	—	—	—
15. Hajdú	183.047	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	36	1	—	4	—	—	—
16. Heves	324.605	1	—	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	3	2	2	1	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	424.811	2	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	12	—	—	—
18. Komárom	—	4	1	—	—	—	—	10	1	3	—	—	—	—	—	—	—	5	6	6	1	—	—	—
19. Nógrád	—	4	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	3	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	—	4		—	—	—	—	10	2	1	—	—	—	—	—	—		1	—	—		—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.488 044	2	—	1	—	4	—	19	—	46	2	—	—		—	2	—	5	14	19	2	—	—	—
22 Somogy	391.293	1	—	—	—	1	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	31	5	2	17	—	—	—
23. Sopron	142 161	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	3	—	—	—
24. Szabolcs	—	1	—	—	—	—	—	6	1	3	—	—	—	1	—	—	—	51	2	21	12	1	—	—
25. Szatmár	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	2	—	—	—	—	—
26. Tolna	265.128	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	3	3	7	—	—	—
27. Ung	—	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—
28. Vas	271 879	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	45	1	—	1	—	—	—
29. Veszprém	248.965	1	—	—	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	—	—	8	4	11	4	—	—	—
30. Zala	369.809	—	—	—	—	—	—	5	1	3	—	—	—	1	—	—	—	4	6	—	11	1	—	—
31. Zemplén	—	4	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—
I. Baja	31.249	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Budapest	1 059.287	5	—	—	—	1	—	25	1	79	—	—	—	—	—	—	—	18	67	7	20	—	—	—
III. Debrecen	126.696	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	34	6	1	2	—	—	—
IV. Győr	51.043	—	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.184	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	12	—	—	—
VI. Kassa	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	1	—	—	—
VII. Kecskemét	83.010	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—
VIII. Miskolc	66.943	2	—	—	—	1	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—
IX. Pécs	71.850	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	6	—	—	—
X. Sopron	35.918	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
XI. Szeged	140.341	—	—	—	—	—	—	6	—	8	—	1	—	—	—	—	—	29	5	1	8	—	—	—
XII. Székesfehérvár	41.999	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Összesen:*	—	75	9	2	—	9	—	173	11	224	6	6	4	6	—	2	—	445	163	117	234	4	—	—
Medián 1931—38		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Lakosság számának megállapítása folyamatban van.

Svábhegyi Szanatórium

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosaikat, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrák **Bircher—Benner-féle nyers-diéta**

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A szem gyulladásos megbetegedéseinek röntgen-kezelése.

A gyulladásos szembetegségek röntgensugaras kezelése mai napig sem tudta még elfoglalni therapiánkban azt a helyet, mely a vele elérhető eredmények következtében megilletné. — Még az orvosok között is nagyon sokan vannak, akik visszariadnak attól a gondolattól, hogy a szemet a röntgensugár hatásának ki lehessen tenni, amikor azelőtt dogma volt, hogy a szemet a sugárhatástól a leggondosabban védeni kell. 1902-ben *Mayou* és 1903-ban *Stephenson* kötőhártyagyulladásosakat sugaraztak be jó eredménnyel, de követőkre annál kevésbbé találtak, mert 1904-ben *Birch-Hirschfeld* közölte vizsgálatainak eredményét, melyek szerint a besugárzott állati szemeken súlyos változásokat okozott a röntgensugár. A szarú hámja lelökődött, infiltrátumok keletkeztek, a pillaszőrök kihulltak a gyöki ephitel elhalása következtében, az ereken az intima burjánzását, befüződéseket, lumen elzáródást, egyes segmentumokon kitágulást lehetett észrevenni. Azonkivül az irás stromája degenerált, lencsehomályok keletkeztek, a látóhártya ganglionsejtjei degenerálódtak. A fentiek szerint tehát épen elég káros következmény fenyegeti a besugárzott szemet ahhoz, hogy ne legyen kedvünk a röntgensugár hatásának kitenni. Meg kell azonban említenem egy tényt, amit annakidején nem méltattak eléggé, azt, hogy a fentemlített változások olyan szemeken keletkeztek, melyek a mostani értelemben vett erythema dosis sokszorosával voltak besugározva. Mindazonáltal fenti vizsgálatok szerint beigazoltnak látszott a tartózkodás a szem röntgenezésétől. Az orvostudomány többi ágaiban közben tovább folytak a próbálkozások és a tumorok therapiájában, majd a bőrgyógyászatban a röntgen alkalmazásával figyelmen kivül nem hagyható eredményeket sikerült elérni. Ezek az eredmények a szemészetben is újabb próbálkozásra vezettek. *Axenfeld*nek sikerült egy gliomát visszafejleszteni röntgennel, amellett a szemen semmi sérülés nem mutatkozott s az ezt követő kisérletek folyamán nyilvánvalóvá lett, hogy a szemnek minden része elbír akkora dosist, amekkora a bőrt éppen megvörösíti. (*HED*). A szembetegségek röntgensugaras gyógyítása különösen akkor vett nagyobb lendületet amikor a készülékek és főleg a röntgenlámpák elérték azt a fejlődési fokot, hogy velük a sugármennyiség pontos adagolása lehetővé vált. Ez a Coolidge-lámpák bevezetésével következett be. Másrészt nagy jelentőségű volt annak a felismerése, hogy a röntgen-sérüléseket főképen a puha sugarak okozzák, melyeket legnagyobbrészt a bőr nyel el, aminek következtében ma már a kemény, a szürt sugarakat alkalmazzuk a kezeléseinkben. A szemészeti kezelés veszélytelensége azonban legfőképen annak következménye, hogy csaknem mindig aránylag kis dosissal tudunk eredményt elérni, pl. a gyulladásos megbetegedések eseteiben úgy, hogy a sérülést okozó dosist meg sem közelítjük, lévén a rendes kezelés dosisa erythemadosis $^1/_3$—$^1/_6$-a. Klinikánkon a gyulladásos megbetegedések röntgen-kezelése már 1922. óta folyik. Abban az időben kezdtük rendszeresen a szembetegségek röntgen-kezelését, amikor még külföldről is csak szórványosan közöltek próbálkozásokat ilyen irányban. Azóta több, mint hatezer besugárzást végeztünk s klinikánkon a röntgen-sugaras kezelés olyan eredményeket hozott, hogy ezáltal teljesen nélkülözhetetlen therapiai eszközzé vált. A besugárzásnak különösen a szem különböző részeinek tbc-s megbetegedéseiben vesszük hasznát. Ez annál fontosabb, mert az újabb kutatások szerint az iritisek több, mint 46%-a tbc-s eredetű, bár a köztudatban még mindig a lueses aetiologia van előtérben. A sugaraskezelés eredményéről csak általánosságban emlékezem meg. Sikerült tbc-s könnytömlőfistulát gyógyítani, conj. tbc.-ben a kezelés rendszerint hosszabb ideig tartott, de csaknem minden esetben hatásos volt. Episcleritis, scleritis eseteiben kb. 90%-ban erünk el meglehetősen gyors eredményt, legtöbb esetben a recidivák is elmaradnak. Legszembetünöbb az eredmény azonban az iritisek eseteiben. Acut iritisek, melyek gyógyulási időtartama 4—6 hét, aránytalanul rövidebb idő alatt gyógyulnak, chronicusok gyógyulása lassabban megy, de az üvegtesti homályok feltisztulása gyorsabban és tökéletesebben történik, mint egyébként, másrészt a recidivahajlam is erősebben csökken. Nem utolsó előnye a besugárzásnak a fájdalomcsökkentő hatása. Nemcsak a tbc-s, hanem a legkülönbözőbb aetiologiájú iritisek is jól reagálnak a röntgen-besugárzásokra. Ennek hatását ezekben az esetekben a nagyon jól bevált tejinjectio hatásához lehet hasonlítani, előnye azonban, hogy a beteget nem tesszük ki olyan testi megrázkódtatásnak, mint az a tej alkalmazásakor történik, hol 40 fokos láz nem tartozik a ritkaságok közé, ami pedig öreg egyéneken, elgyengült állapot, súlyos tbc., vérkeringési zavarok esetében nem igen mondható kivánatosnak. A fent elmondottak mellett még egész sora van a szembetegségeknek, amelyek ellen hathatósan segítségünkre van a röntgenkezelés. — Igy sikerült már egész kezdeti állapotban lévő kerat. parench. továbbterjedését vele megakadályozni. De ha nem is fejlődik vissza a betegség, kétségtelen, hogy a tartama megrövídül, azonkivül a homályfeltisztulás gyorsabban és alaposabban történik. Igen jó hatást láttunk olyan esetekben, amikor sérülés, mütét utáni izgalom keletkezett a szemen. Szarufekélyek eseteiben van a legkevesebb eredmény, mégis voltak olyanok, melyek gyorsan reagáltak, így pl. a herpeses szarumegbetegedések. A conjunctivitisek különböző formáiban a sugaras kezeléssel a tbc-t kivéve az eredményünk aránylag kevés, mig a blepharitisek jól reagálnak.

Meg kell emlékeznem még a chorioiditiseken elért eredményekről. Ez a betegség t. i. semmiféle helyi kezelésnek közvetlenül nem hozzáférhető s csak a röntgensugár az, amely közvetlen hatással van a szem e mélyebb részeire is. Eseteink egész sorában értünk el jobbnál jobb eredményt chorioiditisek különböző fajtáiban, így pl. conglomerált tbc esetén is. Még fontosabb az az eredmény, amit kezdődő centralis chorioiditisekben lehet elérni, ahol a látás már kezdetben nagyon megromlik s több esetben sikerült már a teljes látást a besugárzások segítségével visszaadni.

A röntgen-sérülések között szerepel bár a glaukoma is, mégis pl. haemorrhagiás glaukoma esetében, hol más therapiás beavatkozással jóformán semmi eredményt nem tudunk elérni, röntgen-besugárzás után nagyon sokszor a szem megpuhul, a vér felszivódik, fájdalmak

elmaradnak, szóval olyanok, akik félnek az enucleatiotól, ilymódon legalább egy időre megszabadulnak a nyomasztó kellemetlenségeiktől.

A röntgensugár hatása a szem szöveteire nagyjában kétféle, hat a lymphoid elemekre, másrészt az ephitelsejtekre. A lymphoid elemekre lappangási idő nélkül hat, az epithelsejtekre gyakorolt hatás lappangási ideje 8—14 nap. Ezek a sejtek a besugárzás hatására nem esnek szét, hanem a besugárzás a növekedésüket, illetve a regeneratiójukat akadályozza meg. Az ezekre gyakorolt hatás nem vehető észre a sejtek élettartama alatt, a hatást csak akkor látjuk, amikor az ephitelsejtek élettartama lejár és regeneratio nem következik be. A lymphoid szövetelemek azonnal szétesnek a besugárzás hatására, azért kisebbednek meg a lymphoid tumorok olyan gyorsan a besugárzás után. A röntgensugárnak ezenkivül protoplasmaactiváló hatást is kell tulajdonítanunk a parenteralis fehérjehatáshoz hasonlóan.

A szembetegségek besugárzásához rendszerint középkemény sugárzást használunk. A lámpán keresztülmenő áram feszültsége 80—120 kV. A sugarakat 3 mm Al. filterrel szürjük. A focus-bőrtávolság 26 cm, az alkalmazott sugármennyiség ⅓ (kb. 180 r) töl 1/6 (kb. 90 r), leggyakrabban 1/5 HED (kb. 110 r). Egy turnusba három besugárzás tartozik, amikor is a második besugárzást az első után egy hét, — 10 nap mulva adjuk, a harmadik pedig a másodikat három hét mulva követi. Abban az esetben, ha újabb besugárzásra volna szükség, azt csak egy hó mulva adjuk az első turnus utolsó besugárzása után. Minden újabb turnus befejezése után a szünetet nagyobbitjuk. Eszerint a besugárzási terv szerint végzett besugárzásaink után, röntgensérülést nem láttunk.

A röntgen-sérüléstől való félelem ugyanis még most is kisért. Különösen a külföldi közlésekben időnkint újabb és újabb röntgen-sérülésről adnak hírt, ezek mindegyike a besugárzás által okozott hályogképződésről szól. A hályog rendszerint évekkel a besugárzás után jelentkezik. Typikus formája, hogy a hátsó kéregben közvetlen tok alatt jelenik meg csésze alakban, úgy azonban hogy réseslámpával a tok és a homályos kéreg között még egy igen keskeny átlátszó kéregrész látható. A homály lassan terjed rá a kéreg többi részére.

A klinikánkon besugárzott betegek közül azokat, akiken nem volt várható a spontán hályogképződés, vagyis a fiatalabbkorú egyéneket az év folyamán visszamenőleg az első besugárzási évtől kezdve réseslámpával megvizsgáltuk, röntgen-hályognak nyomát azonban egyetlen esetben sem találtuk. Ennek magyarázatát abban próbálom megtalálni, hogy külföldi közlések szerint, az általuk alkalmazott sugárminőség eltér a mienktől. Ők ugyanis nagyon kemény sugarakkal sugározzák be a szemet, 160—180 kV feszültséget alkalmazva, a szürő pedig 0.1 Cu, vagy Zn. Ilyen kemény sugárzás esetében a szemet környező csontokban és szövetekben keletkező secundaersugárzás hozhatja létre a leirt sérüléseket, amint, hogy másképen nem lehet magyarázni Vogt-nak azt az esetét sem, amikor egy erősebb röntgenbesugárzás után a másik szemen, amelyik pedig ólommal volt védve, támadt a röntgen-katarakta.

Mindenesetre le kell szögeznünk azt a tényt, hogy a röntgen-besugárzással olyan therapiás eszköz van a kezünkben, melylyel igen számbavehető eredményt tudunk elérni s ha kellőképen járatosak vagyunk és az adagolásban is eléggé óvatosak, az minden kockázat nélkül történik. Ezeket az eredményeket főképen azóta érjük el, mióta a besugárzáshoz nem mint ultimum refugiumhoz folyamodunk, hanem azt a kellő időben alkalmazzuk.

Horváth Béla dr.
egyetemi c. rk tanár.

Az influenza kóroktana.

Ha az influenza kóroktanáról beszélünk, szükséges hogy különbséget tegyünk az influenza egyes formái között. A mindennapi szóhasználat általában influenzának nevezi a felső légutak hurutos megbetegedéseit, illetve a „meghüléssel" kapcsolatba hozott kórállapotokat. Hogy az ilyen általánosítás orvosi szempontból mennyire helytelen, azt felesleges külön hangsúlyozni, hiszen ennek az alapján ugyanegy diagnosis alá kerül az enyhe nátha és a súlyos influenza, mely utóbbi esetleg fulminans pneumonia formájában pár nap alatt halálhoz vezet. Az az elgondolás, hogy itt csak fokozati különbségekről van szó, téves. Kétségtelen ugyan, hogy a fent körvonalazott betegségek tüneteiben sok közös vonás és bizonyos fokozati átmenet észlelhető, ez azonban korántsem arra vezethető vissza, mintha itt közös aetiologiai factorral, tehát ugyanazzal a betegséggel állanánk szemben, hanem egyszerűen arra, hogy ezek a kórformák rendszerint ugyanazon a szerven, a felső légutakon jelentkeznek.

A legutóbbi évek tudományos kutatásai alapján az influenza név alatt összefoglalt betegségek nagy complexumát szét kell választani. Természetes, hogy a szétválasztás egyetlen ésszerű módja a kórokozó alapján történő elkülönítés. Angol kutatók *(Smith, Andrewes* és *Laidlaw)* 1933-ban tett felfedezése nyitotta meg az útat azokhoz a vizsgálatokhoz, amelyek hivatva vannak világosságot deríteni az influenza kóroktanának fél évszázad óta megoldatlanul álló kérdésére. Az említett felfedezés lényege az influenza iránt fogékony kisérleti állat felkutatásából állott és úgy látszik, hogy ezzel, valamint a járványos influenza kórokozójának kimutatásával sikerült megtalálni a kérdés kulcsát.

Az influenza kórokozójaként az utolsó 50 év alatt sokféle mikroorganismust írtak le, mint amilyenek a micrococcus catarrhalis, streptococcus haemolyticus, bakterium pneumosintes stb. Mégis legáltalánosabb volt az a nézet, hogy a *Pfeiffer* által 1892-ben leirt és róla elnevezett finom haemophil bacillus okozza az influenzát. Bizonyos érveket lehet ugyan felhozni emellett, mint pl. azt, hogy influenzások torkában a Pfeifferbacillust rendszerint jóval magasabb százalékban lehet kimutatni, mint egészséges egyénekében, azonban éppugy lehet ellenérveket is felsorakoztatni. Ezért sokan, főleg az 1918—19 évi pandemia adataira támaszkodva, teljesen elvetették a Pfeiffer-bacillust mint az influenza kórokozóját. A kérdés eldöntése csak kisérleti úton volt remélhető, azonban a legutóbbi időkig nem ismertünk az emberi influenza iránt fogékony kisérleti állatot. Az említett angol kutatók fedezték fel, hogy a vadászmenyét (a közönséges menyét egyik szelidített változata) fogékony a járványos influenza iránt és hogy ez az állat alkalmas a kórokozó bakteriummentes szürlet formájában való továbboltására, vagyis a betegség tetszésszerinti reprodukálására. Ezek szerint a *járványos influenza* kórokozója filtrálható virus, tehát a mikroskoppal látható bakteriumoknál kisebb és keresztülhalad azokon a szürőkön, amelyek a bakteriumokat visszatartják.

Az influenza virus, melynek átmérője ultraszürési kisérletek szerint kereken 0.1 mikron, vadászmenyétek orrába beoltva az influenzához hasonló kórképet idéz elő. A beteg menyét orrnyálkahártyájából, vagy tüde-

jéből készített suspensio bakteriummentes szürletével a betegséget át lehet vinni egészséges menyétekre. Többszöri átoltás után a virus intranasalisan adagolva fehér egerekre is pathogen. A vadászmenyétek a betegségből 10—12 nap mulva rendszerint felépülnek és ettől kezdve immunisak az influenza virussal szemben, és a vérükben virusközömbösítő specifikus ellenanyagok mutathatók ki. A fehér egerek, ha aránylag nagy adaggal oltjuk őket, a 3—5-ik napon influenzás pneumoniában elpusztulnak, tüdejük bakteriologiailag steril, de a virust a belőlük készített suspensio milliós higításával is eredményesen tovább lehet oltani.

Lássuk most röviden, vajjon lehet-e bizonyítani az influenza virus aetiologiai szerepét, avagy ez is csupán egy a sok leirt kórokozó közül. A virus kórokozó szerepét a következő tényekkel lehet igazolni: *1.* 1933 óta nemcsak Angliában, hanem Amerikában, Ausztráliában és az 1936—37 évi járvány alkalmával Magyarországon is (az Orsz. Közegészségügyi Intézetben) sikerült a virust kimutatni, éspedig mindig kisebb-nagyobb járványok idején észlelt typusos influenza esetekből. Ilyen esetek kapcsán az amerikai *Francis* és munkatársai 81%-ban kaptak positiv eredményt. *2.* influenzán átesett egyének vérében a virust közömbösítő ellenanyagok titere kifejezetten emelkedik, és ez az ellenanyag, éppugy mint a kisérleti influenzából felépült állatok vérének az ellenanyagtartalma, szigorúan specifikus. *3.* A virussal beoltott és a betegséget tulélő állatok határozott védettséget mutatnak ugyanazzal a virustörzszsel szemben; ez a védettség subcutan oltással is elérhető az állat megbetegedése nélkül. *4.* Hogy a kisérleti állatokon sorozatosan továbboltott virus valóban nem más, mint az emberre pathogen influenza virus, arra véletlen laboratoriumi fertőzés szolgáltatott bizonyítékot: egy fertőzött és hevesen tüsszentő vadászmenyéttől a vele foglalatoskodó orvos teljesen influenzamentes időben influenzát kapott, a virus könnyűszerrel kimutatható volt és az orvos vérében az ellenanyagok erősen emelkedtek. Orosz szerzők önként vállalkozó egyéneket sikeresen fertőztek influenza virussal.

Már régen ismeretes, hogy a járványos formában fellépő influenza a legragályosabb betegségek egyike. Az influenza virus felfedezése óta ennek magyarázatát is tudjuk adni, hiszen közismert, hogy az összes fertőző betegségek között a virusbetegségek a legragályosabbak: elég, ha a himlőre, vagy a kanyaróra utalunk. Nagyfokú ragályossága alapján sokan már régen virusbetegségnek tartották az influenzát, de ezt a feltevést fogékony kisérleti állat hiányában igazolni nem tudták.

Eddigi fejtegetéseink a *járványos* influenzára vonatkoznak, amely időnkint pusztító járvány formájában járja be a földkerekséget, majd megszünik, hogy periodusonkint újra meg újra visszatérjen. Hogy viszonylik már most a járványos influenza a szórványosan fellépő influenzához és az influenzaszerű betegségekhez? Utóbbiakban az influenza virust eddig kimutatni nem sikerült és igy jogos a feltevés, hogy ezek teljesen más lapra tartoznak, mint a járványos influenza. Járványtanilag kifejezetten eltérnek attól, mert vagy egyáltalán nem, vagy sokkal kevésbbé ragályosak. Kétségtelen, hogy az influenzaszerű betegségek kóroktana nem egységes és bizonyára nem járunk messze a valóságtól, ha azt állítjuk, hogy ezeket elsősorban különféle bakteriumok okozzák, amelyek ad hoc válnak kórokozókká, ha valami külső körülmény (pillanatnyi legyengülés, megfázás stb.) az egyén ellenállóképességét csökkenti azokkal a bakteriumokkal szemben, amelyeket eddig minden baj nélkül az orr-garatüregében hordozott. Az igy virulenssé vált kórokozó csirák másokat is fertőzhetnek, főleg cseppinfectio utján. A fertőzés leggyakoribb módja különben a járványos influenza esetében is a cseppinfectio, itt azonban az ellenállóképesség csökkenése korántsem játszik olyan nagy szerepet, elég a puszta expositio.

Tudományos körökben ma már elfogadott tény, hogy *a járványos influenza kórokozója az influenza virus.* Arra vonatkozólag, vajjon a Pfeiffer-bacillus a virus mellett mint társfertőző agens szerepel-e, vagy csak a szövődményekben jut szerephez, sok más secundaer kórokozó bakteriumhoz hasonlóan, ma még eltérőek a vélemények. Analogiák alapján feltehető, hogy a virus önmagában is képes a súlyos tünetek kiváltására és lehet, hogy a bakteriumok (Pfeiffer-bacillus, pneumococcus, streptococcus stb.) csupán a szövődményekben jutnak szerephez, de bárhogy is álljon a dolog, kétségtelen, hogy az elsődleges kórokozó-factor a virus. A kérdést azonban nem elméleti vitákkal, hanem csakis kisérleti uton, gondos vizsgálatokkal lehet eldönteni.

Ki kell emelnünk, hogy a járványos influenza a nagymérvű ragályosság mellett csaknem mindig súlyosabb általános tünetekkel jár (magas láz, fejfájás, bágyadtság, izomfájdalmak stb.), mint a „meghüléses" betegségek. Feltünő emellett az objectiv lelet szegénysége ugyannyira, hogy sokszor a felső légutakon semmi eltérést nem találunk. A gyakorló orvos egyelőre azzal tehet jó szolgálatot a kérdés további tudományos tisztázásának, ha a saját hatáskörében igyekszik elkülöníteni a járványos influenzát az influenzaszerű betegségektől, ami azonban sokszor nagyon nehéz.

Dreguss Miklós dr.
az Orsz. Közegészségügyi
Intézet adjunktusa.

A syphilis gyógykezelése Dynarsan-nal.

A háromvegyértékű arsenobenzol készítmények után egyes francia és amerikai kutatók figyelme az ötvegyértékű arsenkészítmények felé fordult, melyeket először belsőleg alkalmaztak, azután injectiós alkalmazásra is módosítottak. Ilyen ötvegyértékű, magyar arsenkészítmény az Egger-gyár által előállított és forgalombahozott „*Dynarsan*" is. Vegyileg: acetyl-amino-oxyphenylarsinsav sójának enyhén lúgos kémhatású vizes oldata, mely tiszta, átlátszó, színtelen stabil folyadék, ccm-ként 5 ctg. fémarsent tartalmaz. 1—3 ccm-es ampullákban kerül forgalomba és intramuscularis befecskendezésre alkalmas.

Szentkirályi, Gerencsér, Markovics, Árokházy közleményei alapján mi is a magyar gyártmányú, intramuscularisan adagolható dynarsan-t alkalmaztuk 53 esetben, a syphilis különféle alakjaiban, és pedig:

Syphilis I.	Primaer affectióban:	12 betegen
Syphilis II.	Alopecia syphilit.	1 „
	Roseola syph.	6 „
	Papulo-pustul. syph.	4 „
	Leukoderma syph.	1 „
	Condyloma lat. syph.	13 „
Syphilis latensben:		14 „
Congenitalis syphilisben:		2 „
	Összesen:	52 betegen.

Értékének ellenőrzésére a florid syphilisben szenvedő betegeknek kezdetben dynarsant adtunk s csak a klinikai tünetek visszafejlődése után, — hogy az antiluetikus kúra a mai követelményeknek megfelelőleg tökéletes legyen, — combináltuk a kezelést valamelyik bismuth-készítménnyel.

Tapasztalataink szerint a kívánt gyógyhatás gyors és erélyes volt. Az 1 ccm. dynarsan injiciálása után a spirochaeta-vizsgálat még az első 24 órában positiv, egyeseken már 48 óra múlva, a legtöbbnél azonban a második dynarsan (3 ccm.) befecskendezése után kaptunk negativ spirochaeta eredményt. A kisebb erosiók a 4-ik napon, az elsőleges keményedések nagy részben az 5—6-ik injectio után, vagyis a 3-ik héten behámosodtak és lelapultak. Az erodált papulák a 3-ik injectio után a 2-ik héten beszáradnak, az 5-ik injectio után, vagyis a 3-ik héten a beszűrődés eltűnik s a kúra végén már csak pigmentált foltak maradnak vissza. A roseolák a 3-ik injectio után a második héten eltüntek, a papulo-pustul. syphilidek az 5-ik injectio után, vagyis a 3-ik héten kezdenek visszafejlődni.

Minden esetben olyan betegeken alkalmaztuk a dynarsant, kiknek serologiai reactiója positiv volt. A Wassermann-reactio megváltozását a gyógyszer alkalmazása után a következő táblázatban tüntetjük fel:

A positiv Wassermann-reactio a kezelés befejezése után:

	Negativ lett	Csökkent	Változatlan
Congenitalis syphilis	1	—	1
Syphilis latens	9	3	2
Syphilis II.	18	4	3
Syphilis I.	8	1	3
Összesen:	36 (68.5%)	8 (15%)	9 (16.5%)

Néha kellemetlen mellékhatások is jelentkeztek és pedig több esetben az első befecskendezés után pár óra múlva magas, 38—39 fokos láz, amely azonban rövid időn belül lezajlott s a gyógyszer további adagolását nem befolyásolta. E magas lázat az első injectio után a szervezetben előállott nagy spirochaeta szétesés következményének tartjuk. Három esetben — a kellemetlen mellékhatások miatt — tanácsosnak véltük a gyógyszer injiciálását elhagyni; az egyik esetben az injectiót követő hányás miatt, ennek a betegnek előzőleg az intravenás arsenobenzoltól nitritoid crisise is volt, a második esetben fix dermatitis jelentkezett s ezért áttértünk a solusalvarsanra, de sajnos, ez után is dermatitise volt a betegnek (túlérzékenység). A harmadik betegen a 2-ik injectio után (4 ccm) fellépett súlyos nephritis miatt hagytuk el a dynarsan kezelést. Egyébként betegeink — a fenti esetektől eltekintve — a dynarsant az egész kezelés alatt jól tűrték, súlyosabb természetű, kellemetlen mellékhatásokról nem panaszkodtak. Érdemes felemlíteni az egyik syphilis II. Condyloma latum-al a terhesség V-ik hónapjában lévő betegemet, kin a rossz venák miatt (elhízott egyén) csak intramuscularis készítményt alkalmazhattam. Az első dynarsan kúra után az eddig positiv Wa. R. negativ lesz terhessége alatt 2 erélyes dynarsan kúrában (60—60 ccm.) részesítettem, a gyógyszert igen jól tűrte, a terhességet rendesen kiviselte. A szülés normalis körülmények között folyt le s érett, kifejlődött, tünetmentes magzat született. Ugy az anya, mint a magzat állandóan megfigyelésem alatt van, a Wa. R. azóta is mindkettőn negativ.

Kezelésünk a következő volt: betegeink heti 2 injectióban részesültek, mégpedig a kezdeti 1 ccm. után 3 ccm., majd emelkedve 5 ccm-ig. A további befecskendezéskor mindig ezt a mennyiséget alkalmaztuk még 11 ízben, 59 ccm. összmennyiségben. Ilyen adagolás mellett — a már említett 3 esetet kivéve, — kellemetlen mellékhatást nem észleltünk, sőt több esetben súlygyarapodást tapasztaltunk.

Véleményünk szerint a *dynarsan* a syphilis különböző stádiumaiban kiváló gyógyhatásúnak látszik. Különösen alkalmas olyan esetekben, amikor más készítményekkel szemben túlérzékeny a beteg, vagy az intravenás befcskendezés lehetetlen a rossz venák, vagy a beteg félelme, stb. miatt. A gyógyhatás értékéből nem von le semmit az a körülmény, hogy a positiv Wa. R. nem minden esetben vált negativvá. Ismerünk arsenobenzol resistens betegeket is, akiken bármely fajta arsenkészítményt alkalmazunk, a positiv Wa. R. nem változik meg. *Guszman* szerint ne a Wa. R.-t javítsuk meg, hanem a betegséget gyógyítsuk meg; ennek a követelménynek pedig az intramuscularisan adható dynarsan minden tekintetben megfelel.

Zágon Antal dr.
közkórh. alorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Mi a jelenleg legjobban bevált módszer a catgut megbízható steril megőrzésére. *K. A. dr.*

Felelet: Klinikánkon a catgut csirtalanítását *Billmann-oldattal* végezzük; (recipe: Jodi puri g 10.0, Kalii jodati g 20.5, Formaldehydi g 5.0, Aquaedest. g 65.0,) ezt az adagot (100 g) 1 liter forralt vizzel higítjuk és ebbe áztatjuk bele a gyári steril catgutot 8 napig. Ebben a Billmann-oldatban a catgutot 14 napig is el lehet tartani, azonban nyálkás és nyúlós lesz. A catgutnak gyárilag sterilnek kell lenni (van ugyanis félsteril catgut is). A használatra kivett catgutot absolut alkoholban tartjuk.

A másik használatos eljárás a *jódbenzines* csirtalanítás: 1 liter benzinbe 1.5 g jódjegecet teszünk; ebben az oldatban is 8 napig áll a gyárilag teljesen steril catgut. Napi használatra szintén absolut alkoholban tartjuk. Ez utóbbi eljárásnak az az előnye, hogy műtét után az el nem használt catgutot ismét vissza lehet tenni a jódbenzines oldatba.

Nánay Andor dr.
I. seb. klin. tanársegéde.

Levél a szerkesztőséghez. Az O. H. 3. számának kérdés-felelet rovatában a kérdező *J. K.* collega névszerint apostrofálja a debreceni belklinikát, mondván, hogy „részletes kivizsgálás során *közölték vele,* hogy a Wassermann vizsgálat eredménye ++ positiv volt." Tekintettel arra, hogy ez azt a látszatot keltheti, mintha betegünket így intéztük volna el, alábbiakban szószerint idézem azt a levelet, amelyet távozásakor 1938. dec. 17-én a beteg kezelőorvosának, *D. M. dr.*-nak írtunk volt.

„1938. december 17. Igen tisztelt Kartárs úr! Alábbiakban van szerencsém közölni M. M. vizsgálati adatait. Negativ mellkas, 5 millió vörösvérsejt, a qualitativ vérképben 4% eosinophilia, 31% lymphocytosissal. Kezdeti vérnyomás 160/95, valószínűségi diagnosis: asthma bronchiale, ez azonban nem nyert kétségkívül beigazolást. Bejövetelkor panaszait nagy dosisban szedett epherit okozta. Ezzel magyarázható a vérnyomása, amely az epherit elhagyása után le is esett 135-re. Tekintettel arra, hogy a Wassermann- és Meinicke ++ positiv, a vérvizsgálat *ellenőrzését* feltétlenül szükségesnek tartjuk. Therapia: az epherittől eltiltottuk, jódkális ipecacuanhát és 4 hétig teljesen állati fehérjementes diaetát írtunk elő. — Kíváló tisztelettel: egyetemi tanársegéd."

Feljegyzéseink tanulsága szerint fentnevezett beteg direct feltett kérdésünkre is tagadta a genitalis infectiót.

Fornet Béla prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A sérüléses szaruhártyafekély.

Felszínes szaruhártyasérülések, ha nem fertőződnek, általában veszélytelenek szoktak lenni, hamar begyógyulnak. De rendkívül veszélyesekké válnak, ha fertőzés éri őket, mert akkor szaruhártyafekély keletkezik. Ehhez elég már az egyszerű hámhorzsolás is, olyan, amely fertőzés nélkül minden nyom hátrahagyása nélkül meggyógyulna.

A szaruhártyasérülés fertőződésére azonban gyakran van alkalom. Nem nagy a jelentősége e tekintetben annak, hogy maga a sérülést okozó tárgy fertőzött lehetett-e vagy sem. Mert még ha fertőzött volt is, és pedig olyan csírákkal, amelyek a szemre kórokozók lehetnek, a szem természetes védőberendezése, a könnyáram, hamar eltávolítja őket. Persze azért sok múlik azon, hogy a sérülés maga milyen: sima-e, vagy roncsoló, és hogy a kórokozó nagyon virulens-e, vagy sem. Összetalálkozhatnak kedvezőtlen körülmények.

Az igazi veszedelem azonban abban van, ha a szemben magában vannak állandóan kórokozó csírák, azaz ha a kötőhártya fertőzött. Ez pedig nagyon gyakori eset. Az ép, azaz nem gyulladásos, nem hurutos kötőhártyáknak is — gondos bakteriologiai vizsgálatok eredménye szerint — majdnem 50%-a tartalmaz kórokozó csírákat: főleg staphylococcust, pneumococcust, streptococcust. Az e részről fenyegető veszély pedig megsokszorozódik, ha a könnytömlőben genyes gyulladás van, mert akkor sokkal több és nyilván sokkal virulensebb baktérium van jelen (és pedig a legveszedelmesebb fajta, a pneumococcus) és mert hiányzik a normális könnyáram, mely az öntisztulásra oly fontos, hiszen a könnytömlőben éppen azért keletkezik pangás és a pangás folytán genyedés, mert a könnyorrvezeték elzáródott.

Az utóbbi esetben szinte kivétel nélkül a szaruhártyafekély legrosszabbindulatú alakját, a kúszó szaruhártyafekélyt (ulcus corneae serpens) látjuk kifejlődni, míg ha nincs könnytömlőgenyedés, az egyszerű szaruhártyabeszűrődés és egyszerű fekély (infiltratum corneae, ulcus corneae simplex) a gyakoribb.

A szaruhártyafekélyek veszedelme két irányú: a szövetpusztulás másképp, mint heg hátrahagyásával, nem gyógyulhat meg, a heg pedig a szaruhártyán többékevésbé átlátszatlan homályt jelent; mennél nagyobb területet ért tehát a szövetpusztulás, annál nagyobb homály marad vissza s ha ez a homály vagy annak egy része elfedi a pupillát, a látás tetemes kárt szenved. A másik veszély a fekély átfúródása ennek minden következményével, a szivárványhártyának a hegbe begyógyulásával, s ha ez nagy kiterjedésű, másodlagos glaukomával. A nagy kiterjedésű átfúródó fekély extrem esete a szaruhártya teljes elgenyedése, szétesése, az előbbi eshetőségé pedig az egész át nem fúródott szaruhártyát bevonó heges homály.

A szaruhártyának nincs vérkeringése, csak nedvkeringése s ez sem élénk, hanem inkább rényhe, lévén a szaruhártya szövete nem laza, hanem merev s nedvhézagai szűkek. Nem lehet tehát azon csodálkozni, hogy a belejutott fertőzéssel az ilyen szövet nehezen tud megküzdeni. Könnyen, más szövetekhez hasonlóan a szaruhártya akkor küzd meg a fertőzéssel, ha a gyulladásos góchoz a limbus ereiből újdonképzett erek behatolnak a szaruhártyába. Hogy ez idejében megtörténhetik-e, az egyrészt attól függ, hogy a góc elég közel van-e a limbushoz, másrészt attól, hogy nem túlságosan gyors lefolyású-e a nekrotisáló gyulladás, szövetbeolvadás, vagyis hogy nem késik-e el a természetes reactio.

Ilyen adott viszonyok mellett kétszeresen fontos volna, hogy a kellő természetes védelmet nélkülöző fertőzéses góchoz a baktériumokat pusztító chemotherapiás szert juttassunk. Van is ilyen szerünk, éppen a pneumococcus specifikumában, az optochinban, illetve, ha nem pneumococcusról van szó, hanem streptococcusról, staphylococcusról: a trypaflavinban és rivanolban. Ezek a szerek — a kórokozók különféleségét tekintve leghelyesebben váltakozva vagy keverve adagolva szemcseppben vagy kenőcsben — valóban fényesen beválnak a szaruhártyafekélyek kezelésében; csak egy dolognak legyünk tudatában: nem várhatunk tőlük elegendő hatást akkor, ha a fertőzéses beszűrődés már nagyon a mélybe hatolt, ahol a szer hatása már nem érheti el. S itt van a punctum saliense a helyes kezelésnek: a kezdődő szaruhártyafekélyt majdnem mindig könnyen meg lehet gyógyítani ezekkel a szerekkel, az elhanyagoltat nem. De még a kezdődőt is csak akkor, ha a folytonos újrafertőzésnek olyan kiapadhatatlan forrásáról nem feledkezünk meg, mint a könnytömlőgenyedés, hanem ennek eltávolításáról azonnal gondoskodunk.

Könnytömlőkiirtást a nem-szemész orvos nem végezhet, lévén ez egyike a nehezebb szemészeti műtéteknek. De meggyőződni róla, hogy nincs-e könnytömlőgenyedés, minden orvosnak kötelessége, aki olyan helyen működik, ahol nincs szemorvos. Egyszerűen meg kell nyomni hüvelykujjunkkal a könnytömlőt a belső szemzug alatt s megfigyelni, nem jelentkezik-e geny vagy genyes nyálka a könnypontokban. Még jobb, ha az orvos azt is megtanulja, hogyan kell a könnypontot kitágítani kúpos egyenes szondával s a könnytömlő alapos kinyomása után vékony könnycsövecskecanüllel ellátott fecskendővel kiöblíteni — ismételten, közben kinyomva — a könnytömlőt, amíg tiszta folyadék jön vissza. E célra legjobb szintén az 1%-os optochinum hydrochloricum oldat, mely azonban mindig frissen készüljön, mert hamar elbomlik. Ezzel a kezeléssel esetleg sikerül útját állni a további romlásnak az alatt az egy-két nap alatt, míg a beteg szemorvoshoz, illetve kórházi szemosztályra kerül. A könnytömlőnek ilyen ideiglenes csírátlanításán kívül a következő kezelést végezzük, illetve csak ezt, ha a könnytömlő nem beteg: többször napjában 1% optochin és 1‰ trypaflavin becseppentés, egyszer napjában 2% dionin (aethylmorphin. hydrochl.) becseppentés, vagy kendermagnyi dioninpor a kötőhártyaáthajlásba, továbbá 1% atropin csepp. Kötés alatt tartsuk a szemet. Trypaflavin csepp helyett 1—2-szer napjában rivanolkenőcsöt (Rivanol-Ebaga) is lehet a kötőhártyaáthajlásba kenni. A dionin hatása abban áll, hogy nagy nedváramlást kelt a szemtekei kötőhártya subconjunctivalis

szövetében s ezzel a szaruhártya renyhe nedvkeringését élénkíti, természetes védőanyagokat szállít oda. Hogy miért ne elégedjünk meg egyedül az optochinnal, mint a pneumococcusra legjobban ható fertőtlenítő szerrel, hanem számoljunk más baktériumokkal is, arról már fentebb szóltunk. Ami az atropint illeti, annak a szaruhártyafekélyre magára nincs semmi hatása, hanem a szivárványhártyagyulladás ellen küzdünk vele, mely minden heves szaruhártyagyulladásnak velejárója, s amelynek leküzdése fontos, mert különben a keletkező pupillaszéli szivárványhártyalenövések újabb szövődmények okozóivá válnak. (Természetes, hogy glaukomás, vagy glaukomára gyanús szemen tilos az atropin.)

Ezzel nagyjában vázoltuk a szaruhártyafekély kezelését, amellyel a szemet — idejében kezelve — többnyire meg lehet óvni nagyobb bajtól, addig, míg szakorvos kezébe kerül a beteg, sőt amely kezeléssel — ha nincs könnytömlőgenyedés — az orvos esetleg egymaga is végigvezetheti a gyógyítást, feltéve, hogy elég tapasztalatot szerzett a szaruhártyafekély további viselkedésének a megfigyelésében, mert hiszen csak akkor vállalhatja a felelősséget. Hogy a fekély továbbterjedése, mélybe hatolása, átfúródása esetén mi a teendő, arra szándékosan nem terjeszkedtünk ki, mert ahhoz már nagy szakorvosi tapasztalat szükséges.

Az elmondottakból az is világos most már, hogy miért járnak oly gyakran végzetes következménnyel a mezőgazdasági szemsérülések. Azért, mert a sérültek gyakran maguk is elhanyagolják az olyan, eleinte valóban jelentéktelen sérülést, mint amilyent pl. cséplésnél a szembe hulló gabonatoklász ejt a szaruhártya felszínén, de még gyakrabban azért, mert a falusi orvosok közül kevesen rendelkeznek kellő szaktudással ahhoz, hogy az ilyen sérülések jelentőségét mindjárt kezdetben felismerjék, észrevegyék a fenyegető veszélyeket, elsősorban a könnytömlőgenyedést, s idejében juttassák kórházba vagy szakorvoshoz a beteget. Valóban csak ezen múlik oly sok esetben az, hogy ép szemmel, vagy legfeljebb jelentéktelen látászavarral gyógyul-e meg a beteg, avagy megvakul a sérült szem.

néhai Sz. Liebermann Leó dr.
egyet. rk. tanár.

Polyradiculoneuritis infectiosa.

(Guillain—Barré-féle tünetcsoport.)

Alig van betegség, amelynek az aetiologiája olyan változatos lenne, mint a polyneuritisé. Az okai a legkülömbözőbb *fertőzések* (diphtheria stb.), *mérgezések* (ólom, alkohol, arsen, stb.) és *autointoxicatiós* állapotok (uraemia, diabetes, terhesség, vitaminhiány stb.) lehetnek. Ujabban mind több olyan eset válik ismeretessé, ahol bizonyos fertőző betegségek megelőzése, vagy gyógyítása végett alkalmazott szérumadagolást kell a később fellépő ideggyulladás okának tartanunk. Az anatomiai vizsgálatok szerint a polyneuritis tünetei a *peripheriás ideg* elfajulásos megbetegedésével hozhatók összefüggésbe.

Az utolsó két évtized klinikai megfigyelései alapján szükségessé vált egy polyneuritisszerű kialakulást és tüneti együttest mutató, de e betegség eddig ismert kóroktanában nem ismert ok folytán fellépő önálló kórkép különválasztása. A tünetcsoport első elkülönítői, *Guillain, Barré* és *Strohl* (1916) a megbetegedés első helyének nem is a peripheriás ideget, hanem a subarachnoidealis liquortérben lebegő *gerincvelői gyökereket* tartották és ezért az általuk észlelt betegségnek a *polyneuroradiculitis* nevet adták.

Ez a rövid ismertetés erre a betegségre szeretné a figyelmet irányítani nem csupán azért, mert még mindig szükség van a kórkép részletes tanulmányozására, hanem azért is, mert ez a fertőző betegség az újabb tapasztalatok szerint járványszerűen is fellép, tehát ismernünk kell a fertőzés módját, terjedésének feltételeit, sőt magát a kórokozót is. Sajnos ezekről a kérdésekről ma még nagyon is keveset tudunk.

A betegséget kétféle jelenségcsoport jellemzi: a polyradiculoneuritis klinikai megnyilvánulása és a liquor fehérjetartalmának isolált felszaporodása (albumino-cytologiás dissociatio: fehérjesejt-szétválás.

Enyhe közérzési zavarok, esetleg testi megerőltetések után, néha csekély hőemelkedés kiséretében, máskor minden előjel nélkül, rövid időn belül megbénul a beteg. Az izomgyengeség rendszerint az alsó végtagon kezdődik és fokozatosan, órák alatt, vagy egy-két nap mulva teljes petyhüdt bénulás fejlődik ki. Időközben folytatódik a mozgási képtelenség felfelé és a has, a törzs izomzatán át a felső végtagokra terjed reá. Figyelmet érdemel, hogy a bénulás nem olyan hirtelen és oly nagy kiterjedésű mint a poliomyelitisben. Végül is quadruplegia fejlődhet ki. A n. phrenicus ritkán betegszik meg. Nem mindig ilyen teljes a bénulások kiterjedése, sokszor csak az alsó végtagra korlátozódik; az izomgyengeség elosztása sem mindig symmetrikus.

Elég gyakori a nervus facialis peripheriás jellegű bénulása, amely legtöbbször *kétoldali*. Gyakran a facialis bénulás a legfőbb tünet. Elvétve kettős látás is léphet fel, főleg az abducens megbetegedése miatt. A többi agyideg bántalmazottsága ritkaságszámba megy.

A bénult izmok petyhüdtekké válnak. Ritkán észleltek csak izom hypertoniát. Igen élénk lehet az izmok mechanikai ingerlékenysége. A betegség későbbi folyamán izomsorvadás alakulhat ki, de ez nem szükségképen jár együtt a bénulással. Az izmok villamos ingerlékenysége is megváltozik, de teljes elfajulási reactio ritkán alakul ki. Jellemző jel az izmok nyomási fájdalmassága, bár ez poliomyelitisben is előfordulhat.

Elvesznek az *in-és csonthártya reflexek*, néha még azokon az izmokon is, amelyek pedig látszólag épek. Nem váltható ki pl. a térd-, Achilles-, medio-plantaris, hátsó tibiofemoralis, adductor-reflex az alsó végtagon, vagy a triceps-, biceps-, acromialis és scapularis reflex a felsőn. A reflexek hiánya igen fontos diagnostikai jel és sokáig megmarad, még akkor is, ha a beteg egyébként már teljesen meggyógyult. Ha tehát valakin negativ Wassermann-reactio mellett térdreflexhiányt tapasztalunk, gondosan tisztázzuk az előzményi adatokat az esetleg lefolyt polyneuroradiculitis tekintetében is. A bőrreflexek (talp-, cremaster-, hasreflex) sokáig épek maradhatnak.

Az *érzés zavarai* a következőkben állanak. Fájdalmak jelentkeznek, amelyek néha igen hevesek, kisugárzók s az izmok és idegek nyomására is fellépnek. A nyak izmainak a fájdalmassága *látszólagos* tarkómerevséget is okozhat, hasonlóképen a nyujtási fájdalmasság folytán pseudo-Kernig tünet is léphet fel. Paraesthesiák, hangyamászás, tompaság, zsibbadtság, villamozás fonák érzése szokott néha a végtagokban jelentkezni.

Fontos tudnunk azt, hogy a *felületes érzésben* ritkán vannak zavarok, vagy ha vannak is, enyhébb fokúak. Gyakoribb a *mélyérzés* zavara, meg az astereognosis. Többször olvasunk kifejezett ataxiáról is.

Lényeges az is, hogy a sphincterek működésében ritkán van valami zavar, legfeljebb csak átmenetileg.

Rendkivül fontos a liquorvizsgálat eredménye. Nagy fehérjefelszaporodás található, minden sejtszámváltozás nélkül. Ez az ú. n. dissociatiós liquorkép (a *Froin* f. fehérje-sejt szétválás jelensége), amelyet eddig főleg a gerincvelő összenyomásakor kialakuló liquorpangás alkalmával tapasztaltak. Ez a fehérje-sejt-szétválás a betegség egész lefolyása alatt megmarad, sőt néha még fokozódik is, miközben a klinikai tünetek lényegesen enyhülnek. Az albumin és globulin egyaránt megszaporodik. Ez a jelenség megmaradhat így még a klinikai gyógyulás után is egy ideig, bár rendszerint néhány hét alatt helyreáll a normális liquorkép. Azokat az eseteket, amelyekben a fehérjén kivül a sejtszám is felszökik, *Guillain* nem hajlandó ebbe a kórképbe sorolni, bár *Sánthá*nak egyik, különben igen jellemző esete ezt az typusos magatartást mutatta.

Amilyen fenyegető és súlyos a bénulások kialakulásának képe, annyira megnyugtató az, hogy ez a betegség aránylag elég jóindulatú. *Guillain* és *Barré* a kórjelzés szinte elengedhetetlen feltételének tartja a teljes meggyógyulást, amely hetek esetleg hosszú hónapok mulva ugyan, de szerintük mindig bekövetkezik. Van oly észlelés is, hogy esztendő is eltelt, amíg a bénult izmok működése teljesen helyreállott. Sokáig maradhat még az izomerő visszatérése után paraesthesia, fáradékonyság vissza, sőt, amint már említettem, a reflexek is tartósan elveszhetnek ép izomerő és jó működés mellett.

Több halálos lefolyású esetet is irtak már le. Ezekben rendszerint a Landry-f. bénulás képe alakul ki s a bénulás a légzőizmokra is ráterjedt. *Guillain* természetesen ezeket a halálos eseteket nem is hajlandó az ő tünetcsoportjával járó betegséggel azonos aetiologiájúnak tartani. Amig azonban a kórokozót közelebbről nem ismerjük, ebben a kérdésben a döntő szót kimondani nem is lehet.

A legnagyobb valószinűség szerint valamilyen *neurotrop*, filtrálható virus, amely a liquor cerebrospinalisban, vagy talán az idegekben tenyészik, támadja meg az elülső és hátsó gyökerek állományát és a peripheriás idegek elfajulása is ennek a gyökérfolyamatnak lenne a következménye. Eddigelé még nem tudták ezt a feltételezett virust állatra továbboltani, de hogy a betegség maga fertőző természetű, azt az eseteknek járványszerű szaporodása (Angolországban 1917-ben, Belgiumban 1937) látszik bizonyítani. Annyi kétségtelen, hogy ez a kórkép az alkoholos, diphtheriás és egyéb aetiologiájú polyneuritisektől határozottan elkülönítendő. Említést érdemel, hogy *Queckenstedt* 1918-ban *Guillain*-től és társaitól függetlenül két csoportját emelte ki a polyneuritiseknek, amelyekben a fehérje-sejtszétválást észlelték, az egyik a diphtheriás, a másik egy ismeretlen eredetű polyneuritis csoport volt. Ez az utóbbi minden bizonnyal a Guillain—Barré-féle kórképpel lesz azonos.

A syphilises polyneuritishez ennek a betegségnek semmi köze nincs. Meningitises, encephalo-myelitises tünetek sem társulhatnak szabály szerint hozzá. A jellegzetes liquor-lelet megadja az elkülönítés lehetőségét a Heine—Medin-f. betegség egyes nem typusos alakjaitól is. Egyébként a poliomyelitisben a liquor kóros elváltozásai a gyógyulási folyamattal együtt javulnak, a polyradiculoneuritisben pedig, amint már említettük, a fehérjeszaporulat a gyógyulási folyamat alatt is makacsul megmaradhat.

Az utóbbi időben encephalitissel és myelitissel, valamint meningitissel is szövődött esetekről is olvasunk értesítéseket. Jó ezeket is pontosan számba venni, bárha hovátartozásuk felől még egyelőre sok szó esik.

A *kezelés* antiseptikus hatású szerek nyujtásából áll. Érbe adott natrium salycilicum, colloidalis ezüst, chinin szedése jó hátásúnak bizonyult. *Guillain* az arsenkezeléstől eredményt nem látott, határozottan ellenzi. A lázkeltés, amely pedig másfajta polyneuritisekben gyakran hoz jó eredményt, itt hatástalan. Természetesen sietteti az izomerő visszanyerését a physicotherapia, villanyozás.

Az elmondottak alapján tehát hevenyen fellépő, és előrehaladó jellegű, kétoldali végtagbénulások esetén, ahol a sensibilis izgalmi jelenségek mellett az érzéskiesések *csekély fokúak* s esetleg csak a mélyérzésre vonatkoznak, a sphincter-működések pedig *épen* maradnak, mindig kell gondolnunk a *Guillain-Barré* f. tünetcsoportra. A meggyőző bizonyítékot az szolgálja, ha a liquorban csupán a fehérjék szaporodnak fel és a sejtszám normalis marad. Ez elmondottakból következik, hogy ennek a diagnosisnak a felállítása a *kórjóslat* szempontjából is sokat jelent, mert az ilyen kórformában szenvedő betegnek majdnem bizonyos, teljes felgyógyulását várhatjuk.

Miskolczy Dezső dr.
egyetemi ny. r. tanár, Szeged.

Milyen középfül-gennyedést kezeljen a nem specialista gyakorlóorvos?

Ugy a heveny, mint a chronicus középfül-gennyedések kezelésében jelentős szerep jut az általános gyakorlatot folytató orvosnak. Ez a szerep városokban, hol a fülorvos mindig kéznél van, egészen kiskörű lehet; vidéken azonban, illetőleg mindenütt, ahol fülspecialista nem áll azonnal rendelkezésre, jelentékenyen nagyobb. Itt nem az orvostól függ, hogy akar-e a füllel foglalkozni, hanem a körülmények kategorikusan megkövetelik, hogy az orvos a beteg ember fülét is gyógyítsa. Ne következtessük ebből, hogy a városi orvosok fülészeti tudása kisebbfokú is lehet, mint a vidéki orvosé, mert a belgyógyászat, a gyermekorvoslás, az ideggyógyászat s a szemészet körébe tartozó megbetegedésekben a gyakorló orvost sokszor csak fülészeti tudása segíti biztos diagnosishoz.

Első szabály úgy a heveny, mint chronikus esetekre nézve, hogy a gyakorló orvos csak a szövődmény nélküli eseteket kezelje. Kezdődő szövődmény észre nem vétele, illetőleg a műtéti beavatkozásnak kellő időbeni elmulasztása, a beteg életébe kerülhet, de ez a szakorvos nehéz feladata. A kifejlődött szövődmények fel nem ismerése, ha a beteg halálát okozza, súlyos hiba még a nem specialista részéről is. Ezt a következő példával illusztrálom:

Agyi tályog sokáig fennálhat tünet nélkül, ilyenkor természetesen a szakorvos sem ismeri fel. Amint azonban a legelső tünetek jelentkeznek, pl. ha kisagyi tályog esetén a fejfájásokhoz a beteg-oldal felé nystagmus csatlakozik, vagy az orr-ujjhegy-próba jelez coordinatiós zavart, a specialista rögtön elvégzi a tályog-műtétet és megmentheti a beteg életét. Amikor azonban beteghez hívják a gyakorló orvost, aki a sinusthrombosis magas lázát és hidegrázását influenzának nézi, vagy a gyermek meningitises hányását gyomorrontásnak s az esetet egyáltalán nem, vagy csak elkésve küldi a fülész műtőasztalára: súlyos hiba történt. Lelkiismeretes orvos ilyen esetekben consiliumot kér, hogy más is lássa a súlyos tüneteket, melyek közt nem ismeri ki magát. Amikor azt mondjuk, hogy a gyakorló orvos csak szövődmény nélküli eseteket vállaljon, ez azt jelenti, hogy fejfájás, szédülés és láz mellett fennálló fülfolyást ne kezeljen, ilyent a szakorvoshoz küldjön.

Heveny esetekben az orvos legfontosabb teendője az elődomborodó dobhártyán nyilást ejteni, bemetszést végezni, hogy a középfül-gennyedésnek lefolyása legyen. A gyakorló orvosnak tehát látnia kell a dobhártyát. Amennyiben ritkábban van erre szüksége és nincsen elég gyakorlata a közönséges homlokreflector használatában, nagyon ajánlatosak a villamos-lámpával ellátott auriscopok, amelyek segítségével minden előzetes gyakorlás nélkül mindenki megnézheti a dobhártyát. A dobhártya felmetszése már több kézügyességet igényel, de egy kis jóindulattal mindenki megtanulhatja ezt is. Az orvosképzés intézői szivesen felveszik a dobhártya felnyításának tanítását is a cursusok közé, ha erre a jelentkezők a bizottságot felkérik. A heveny esetek kezelésében a nyilás nyitvatartása a legfontosabb orvosi feladat, ami mellett a láz pontosan ellenőrizendő. Amikor tehát a gyakorló orvos a jelen lévő egyéb bántalom, (influenza, bronchitis, fertőző betegségek, stb.) miatt fájdalom- és lázcsillapító szereket ír fel, gondolnia kell arra is, hogy el ne rontsa a lázmenet képét.

Téved, aki azt hiszi, hogy a heveny esetet a chronikus esettől mindenkor könnyen el lehet különíteni. Ép dobhártya mellett typikusan lép fel a heveny középfülgyulladás, de egészen más képet kapunk, ha száraz dobhártya nyilás mellett lép fel a heveny infectio. Ilyenkor a fájdalom sokkal kisebb, esetleg egészen hiányozhat, mert a genny nem feszit. A dobhártyán kisebb-nagyobb nyilást talál az orvos, melynek létezéséről a beteg, vagy hozzátartozója esetleg felvilágosítást adni nem tud. Ismét más képet kapunk akkor, ha régi chronikus középfül-gennyedéshez társult a heveny infectio, amit exaccerbationak nevezünk.

Ezzel áttérhetünk a megbetegedések második csoportjára, a chronikus gennyedésekre. Legtöbbször csökkent hallásuk miatt keresik fel az orvost ezek a betegek a kiknek nagyrésze nem tudja, hogy folyt-e, vagy folyik-e a füle? Igen kevés gennyedés esetén ugyanis a genny a hangvezető csőben megszárad és a beteg azt kitisztítván száraz fülzsirnak véli.

A chronikus középfül-gennyedés a gyakorló orvosnak ellenszenves megbetegedés. Nem szeretik, mert nem látják kezelésüknek eredményét. Az is tény, hogy az évekig, sőt évtizedekig folyó füleket látván, arra a téves meggyőződésre jutnak, hogy ez úgy sem csinál valami különösebb bajt, elhanyagolható tünet. Pedig ne feledjük, hogy minden chronikus középfül-gennyedés komoly, sokszor az életet veszélyeztető megbetegedés. Igaz, hogy évekig, évtizedekig maradhat különösebb panasz nélkül, de azután ha bajt okoz, rövidesen a beteg életébe kerülhet. A gyakorló orvosnak tehát arra kell törekednie, hogy egyrészt hiába ne dolgozzon, másrészt, hogy a betegnek ne ártson. Hiába dolgozik, ha a gennyedést pl. adenoid vegetatio, vagy az orrmelléküregek gennyedése tartja fenn, ahonnan a középfül napról-napra újból fertőződik. Hiába kezeli a gennyesedő fület, ha a dobüreget polypus zárja el és így a beleöntött orvosságok nem érik el a megbetegedés helyét. Ezekben az esetekben elsősorban az alapbaj gyógyítandó, vagy az akadályok távolítandók el, hogy a középfülgyógyítása eredményes legyen. Ezeket a legtöbbször középponti dobhártya nyilással járó nyálkahártyagennyedéseket sokáig ártatlan megbetegedéseknek tartották, ma már tudjuk azonban, hogy a nyálkahártyagennyedések és a csontgennyedések között csak fokozati, mondhatnám időbeli különbség van. Tudnia kell a gyakorlóorvosnak a legtöbb szövődményt előidéző cholesteatomáról is. Nemrégiben közöltünk osztályunkról 3—5 éves gyermekeken előfordult súlyos cholesteatomás megbetegedéseket. Ez azt mutatja, hogy nemcsak idősebb korban, évtizedekig tartó folyás alapján fejlődhetik ki a gyöngydaganat, hanem gyermekeken is néhány hónapi genyedés következtében. Hogy ezek különösebb gondot, különleges kezelést igényelnek, abban ma a fülorvosok véleménye egységes. Ezekben az esetekben a szárító eljárások alkalmazandók, vagyis concentrált alkohol, esetleg széntetrachlorid, mert vizes fülcseppekkel és öblítésekkel elősegíthetjük a cholesteatoma fejlődését és roncsolását.

Dehát ha ez így van, akkor hogyan döntse el az a szegény gyakorló orvos, hogy milyen eljárást alkalmazzon? Feleletem: a gyakorló orvos a chronikus fülgennyedések kellő gyógyító eljárását megválasztani nem tudja, sőt még azt sem tudja megállapítani, hogy mely esetek alkalmasak a conservativ kezelésre. Ezt szakorvosnak kell eldöntenie. A betegek orvosi ellátása ma már megengedi, hogy minden középfül-gennyedéses esetet rövidesen szakorvoshoz küldjön a kezelőorvos annak megállapítására, hogy

1. van-e valamelyes szövődmény, vagy sem?
2. operálandó-e az eset, vagy kezelhető?
3. milyen kezelés volna a legalkalmasabb az adott esetben?

Néhány napos kórházi megfigyelés után, ahol a diagnosist a cholesteatoma chemiai meghatározása, vagy a röntgen kép is segíti, könnyen megfelelhetünk erre a kérdésre.

A középfülgennyedések kezelésében fontos szerpet játszik a tuba kezelése is, másszóval a Politzer-féle befujás, illetőleg egyoldali megbetegedés esetén a katheterezés. Hogy azonban valaki a kathetert bevezethesse, bele kell látnia az orr üregébe és ellenőriznie kell a garatot is, vagyis a gyakorlatban a fülgyógyászatot az orr- torokgyógyászattól elkülöníteni nem lehet.

Jelentős szerep vár még a gyakorló orvosokra az operált középfülgennyedések utókezelésében. Lehetetlen állapot, hogy akár egyszerű felvésés, akár gyökeres műtét után a vidéki beteg 6—8 hétig marad a kórházban, mert nincs aki otthonában az utókezelést elvégezze. Ezek az operáltak 3 hét után már legtöbbször teljesen munkaképesek, tehát óriási és felesleges anyagi megterhelést jelent ez a hosszú kórházi ápolás úgy a köznek, mint a pénztáraknak.

Rejtő Sándor dr.
egyetemi c. rk. tanár közkórházi főorvos.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 1937-ben (szept.) 24 éves férfi primaer sklerosissal keresi fel az orvost, aki azonnal antilueses kúrát kezd; az ekkor vizsgált vér Wassermann-vizsgálata +++. Azóta a beteg 4 antilueses kúrát végzett, az utolsót befejezte 1938. december 10-én. Az első antilueses kúra befejezése óta négy ízben vizsgált vér Wassermann-féle reactiója mindig teljesen negativnak bizonyult. A beteg egy-egy kúrában kapott 8 ccm. medobist és 4.5 gr. revivalt. A sklerosis begyógyulása óta teljesen tünetmentes a beteg.

Fenti beteg ez év nyarán családi okokból nősülni szeretne; nősülhet-e már most? Ha igen, milyen vizsgálatokat kell végezni a betegen? Mikor végezze többi kúráját? Kezelendő-e a felesége is? Mikor születhetik gyermekük?

H. G. dr.

Felelet: Mindenesetre ajánlatos volna a betegnek még az előbbiekhez hasonló 2 combinált antisyphilises kúrát végeznie. A legutolsó kúra befejezése után 6—8 hét múlva feltétlenül szükséges sero- és liquorreactiókat végezni. Amennyiben ezek negativaknak bizonyulnának, akkor újabb sero- és liquorvizsgálatot, provokálás után. Csakis ilyen feltételek mellett történhetik meg a nősülés. Ebben az esetben aligha merül fel a szükségessége annak, hogy a feleség is kezelésben részesüljön.

Neuber prof.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

Néhány gyakorlati megjegyzés a galván- és farad-áramok használatáról a mindennapos gyakorlatban.

Az orvosi gyakorlatban gyakran fordul elő, hogy complikáltabb összetételű szer, drágább, újabb physikai gyógyeljárás az egyszerű drogot, a mindennapos eljárást kiszorítja. Bármily értékesek a magasfeszültségű és szapora frequentiájú villanyáramok, elsősorban a diathermia és a rövidhullámú kezelés, semmivel sem kisebb értékűek az elektrotherapiának létezése első éveitől használt egyszerű galván- és farad-kezelések sem, amelyek bár ma is használtatnak, nem vétetnek mindenütt oly mértékbe igénybe, mint az elérhető eredményeknél fogva megérdemelnék. Való, hogy ezen egyszerű áramfajok hatásainak élettani alapjaival még ma sem vagyunk egészen tisztában, de a gyakorlatban a gyógyeredmény dönt. A betegségek közül pedig sok van, melyekben galvánozással és faradisálással jó eredményt érhetünk el és vannak oly bántalmak, illetőleg tünetek is, melyekben csakis ezen áramok igénybevételétől várhatunk eredményt.

Hogy dacára ennek, a galvánozást és faradozást ma aránylag nem eléggé értékelik, annak oka, eltekintve attól, hogy igénybevételük betegtől és orvostól sok türelmet és időt igényel — mert úgyszólván mindig csak hetek múlva látható használatuktól jó hatás, az, 1. hogy nem mindig a kellő javallatok alapján, a betegség kellő időpontjában veszik igénybe és 2. hogy nem mindig kellő technika szerint, főképen kellő elektródok segítségével végzik. Ezáltal azután kevésbbé jók az eredmények.

Nem szólok ehelyütt az iontophoresisről, mely eljárás tulajdonképen a gyógyszeres kezelés egy módja, sem az egyszerű villanyáramoknak a bélperistaltika fokozását célzó igénybevételéről, mely egyszerű massageval és gymnastikával jobban érhető el. Megjegyzéseim főleg mozgószervek betegségeiben végzett galvanozásra és faradozásra vonatkoznak, amire ezen áramok főképen használtatnak. Úgy a farados, mint a Franklin-féle vagy más villamos szikra-kezelés kiválóan alkalmas hysteriás bénulások, aphoniák, stb., ideges tünetek kezelésére, melyekben olykor nagyszerű eredményeket látunk használatuktól. Távol áll tőlem, hogy a villamos-kezelésnek suggestiv hatásait lebecsüljem, mégis helytelenítem azt, hogy olykor túlságosan ily suggestiv eredmény kedvéért használjuk az alacsony feszültségű áramokat oly esetekben is, midőn tőlük organikus javulást is várhatunk. Áttekintés kedvéért a galván és farad áramok használata javallatait a következő csoportokba osztom:

1. Izmok és idegek (úgy érző-mint mozgató idegek) hyperfunctiója (zsábák fájdalmas lobok, központi projiciált fájdalmak, görcsök, spasmusok, izomhypertoniák).

2. Izmok és idegek hypofunctiója (bénulások, részleges bénulások, hypaesthesiák, paraesthesiák, atrophiák, dystrophiák, inact. atrophiák.)

3. Subacut és idült arthritisek, myositisek, neuritisek, tendovaginitisek, bursitisek, fibrositisek.

4. Peripheriás vérkeringési zavarok okozta vagy azok által befolyásolt trophikus zavarok (fagyás, endarteritis obliter. stb.).

5. Szív vagy erek betegségei okozta általános vérkeringési zavarok.

Ezen öt csoportban fölsorolt betegségek közül a galván és faradáram használata az első kettőben bír valódi fontossággal. Ezek között oly állapotokat találunk, melyek kezelésében más oly hatékony gyógyeljárásunk nincsen is. Az utóbbi három csoport bántalmai a szóbanforgó árammal olykor jó befolyásolhatók, de egyéb nagyrészt hatékonyabb gyógymódok is állanak rendelkezésre.

Az izmok és idegek hyperfunctiói kezelésére úgy a galvan mint a farad, de főkép a galván áram hatékony eljárás. Viszont a hypofunctiók kezelésére szintén mindkét, de főként a farad áram jóhatású. Az eredmény nagyrészt attól függ, hogy a helyes áramot választjuk adott esetben és jó, kellő nagyságú elketroddal dolgozunk-e. Ettől függ, vajjon kellőmennyiségű áram folyik e át a beteg izmon, idegen. A szokásos kis párnázott elektródok csak egyes esetekben célszerüek: *a)* Ha spastikusan összehuzódó izmok (péld hemiplegia után) antagonistáit faradisáljuk vagy galvanisáljuk azért, hogy fokozott tonusba hozzuk őket a spastikus ellentétes irányban dolgozó izmok ellensúlyozására (főleg felső vagy alsó végtagokon). Ezen *selectiv* villamozás nagy elektrodokkal nem végezhető, mert ezekkel a spastikus izmokra is hatnánk (gyakrabban elkövetett hiba), *b)* Ha a petyhüdt izmot, bénult ideget idegpontok felől faradozzuk, illetőleg elektrogymnastisálunk erősségben váltakozó farados árammal, *c)* Ha egyes idegpontokat kezelünk galván árammal azon célból, hogy anelektrotonust idézzünk elő ezen idegponton.

Egyébként tehát a galvanozás és faradozás legtöbb esetében sokkal jobb a nagyfelületű elektrodok használata. Legjobb, ha Kowarschik tanácsát követve hasonló nagy lapos fémlapokat és alattuk többszörösen összehajtott nedves kendőt használunk mint ahogy a diathermiázáskor igénybe szoktunk venni. Ischias, karneuralgia alacsonyfeszültségű áramokkal kezelésekor is legjobban válnak be a diathermiaelektródok. Ma nem tartjuk az ischiast, a karzsábát sőt más zsábákat sem egységes betegségnek. Az idegfájdalom sokféle betegség fájdalmas *tünete*, nagyrészt reflextüncte. Villamos kezeléskor nem csak az idegszálat, hanem az egész beteg testrészt kell kezelnünk, amit csak nagy elektrodokkal érhetünk el. Csak ezeken keresztül bocsáthatunk az egész testre ható elég erősségű áramot. Végtag villamozására a legtökéletesebb nagy elektrod egy vízzel telt oly edény, lehetőleg porcellán; melybe a beteg végtagot meríthetjük és melynek vizébe az egyik elektrodot helyezzük. A másik elektrodot hasonló edénybe helyezzük, melybe mint ellenpólust egészséges karunkat vagy lábunkat is merítjük. Azonban nagyon megfelelő az is, ha ellenelektródnak egy a keresztájra kötött vagy szorított nagy lapos elektródlemezt használunk. Az egész bőrünkkel érintkező vizfelület az elektrod. Az ily elektrod maximális nagyságú, tökéletesen testhez simuló és egyenletes felületű. — Ha nemcsak egy, hanem két, három, vagy négy vízelektródot használunk, két, három, négy végtagra úgy 2—3- vagy 4- rekeszes villamfürdőről szólunk. Utóbbi elegáns kivitelben a *Schnée* -féle négyrekeszes fürdő. Amily kitünő egy, vagy két vizelektrod igénybevétele, oly csekélyértékűnek tartom négy vízelektrod

használatát. A galvánáram ily módú sűrítése egy polusban inkább elméleti, mint gyakorlati értékű. Négy vízelektrod használata két esetben javallt. Ha általános villamozást akarunk végezni roborálásra stb. nem tartok róla sokat, de ha igénybe akarjuk venni, nincs jobb módja mint a négyszeres-fürdőhasználat. Másik javallata azon ritkább eset, ha mind a négy végtag beteg (péld. polyarthritis, polyneuritis egyes esetei) és valamennyit egyszerre akarjuk kezelni.

A vizelektrod a legjobb nagy elektród. A villamos kádfürdőt ennek ellenére nem tartom értékesnek. Ha vizzel telt kádba ülünk és a vizen át áramot bocsátunk, úgy természetesen csaknem az egész áram a vizen halad keresztül, csak igen kis része megy a nagyobb ellentállást képviselő emberi testen át. Ha a kádon keresztül fémrudat helyezünk, egyik polust a vizzel, a másikat e fémruddal kötjük össze és a fürdőző e fémrudat kezével megfogja, úgy valóban keresztül megy rajta az áram, de főkép csak a vizfelület magasságában lévő törzsrészétől a karokig. Ez tehát az amúgy sem túlértékes általános galván, vagy faradkezelésnek gyönge módja. A villamoskádfürdő egyetlen értéke, hogy hyperaemisáló, bőrizgató. Mint ilyent a CO_2 -fürdő póteljárása gyanánt használják, melynek specifikus hatásával (CO_2 hólyagocskák mozaikszerű letelepedése, capillaristágítás, stb.) azonban nem bir; tehát valóban csak gyöngébb póteljárás. Mint egyszerű bőrizgató fürdő drága, körülményes és nem is egészen veszélytelen. Jobb bőrizgatófürdőink vannak.

Ennek ellenére értékes a galván és farad árammal elért bőrhyperaemia, ha nem kizárólag ettől várjuk a gyógyhatást, hanem csak a villamos hatások támogatására vesszük igénybe. Ez főleg javalataink 3 és 4 csoportjába tartozó betegségek kezelésekor történik, tehát ha idült lobos mozgószerv (izület, inhüvely, stb.), illetőleg trophikus alapú végtagbántalom kezelésére (fagyás Rayneaud-féle kór, stb.) használjuk az alacsonyfeszültségű áramot nagy vizelektrod alakjában. Ilyenkor a villanyáram hatását a localis bőrhyperaemisáló hatás fokozza. Ha vízelektrodának erősebben meleg vizet használunk, úgy esetleg különösen erős bőrhyperaemiát idézünk elő. Számos esetben meggyőződtem, hogy a localis bőrhyperaemia a galván, vagy farad áram számára erősen egyengeti a hatás útjait.

Röviden két combinatióra hívom fel a figyelmet. Mindkettő ismert, de eléggé nem méltányolt. Az egyik a galvanofaradisálás, a physikai combinativ kezelés egyik legkiválóbb módja. Ha petyhüdt bénulás, atrophia esetén a galvánárammal fokozzuk az ideg-izom ingerlékenységét és egyidejüleg faraddal izgatjuk, úgy esetleg oly eredményt érhetünk el, melyet az áramok egyenkénti használatával sohasem értünk volna el. A másik combinatio az, amelyen a jogosan kedvelt tonisatio alapszik, a farados áram combinatiója az áram erejének hullámszerű változásával. Ez szintén rendkívül szerencsés kezelési mód.

E rövid gyakorlati cikkben csak néhány gondolatot ragadtam ki azokból a mondanivalókból, melyeket mint physikotherapeuta minden gyakorlatot folytató orvosnak el szeretnék mondani. Az egyszerű galván- és faradkezelés a villamtherapia ezen két legrégibb módja ma is az elektrotherapia legértékesebbjei közé tartozik. Helyes és eredményes alkalmazásuk ép annyi tudást, kórtani gondolkodást és physikotherapiás rátermettséget igényel mint az arsonval, diathermia és rövidhullám-áramokkal végzett kezelés. Ha a galvanozást, faradisálást, mint egyszerű munkát segédszemélyre bizzuk, époly hibát követünk el, mintha a műtő kisebb operatiót vagy a bőrgyógyász fénykezelést segédmunkásra biz. Viszont helyesen használva a galván és farad áram, —, mint ahogy ezt *Kowarschik*, a legnagyobb tapasztalatú elektrotherapeuták egyike mondja, — a villamáramok legértékesebbjei közé tartozik. Oly áramok, melyek sok bántalom kezelésében más áramfajjal — beleértve a nagyhirű diathermiát és rövidhullámkezelést is, — nem pótolhatók.

Benczúr Gyula dr. egyet. c. rk. tanár

A sympathektomia alkalmazásának lehetőségei.

A sympathikus idegrendszeren végzett műtétek a sebészet egyik legújabb fejezetét képezik. Bár a rendszer bonc- és élettani viszonyai tökéletesen ma sem tisztázottak, mégis már több bevált műtéti móddal és javallattal rendelkezünk s az eddigi tapasztalatokból bizonyos következtetéseket is le tudunk már vonni a gyakorlat számára.

A műtétek célja az, hogy a sympathikus idegrendszer működését bizonyos területen megszüntessék s ezáltal a megfelelő területen az erek kitágulását, a vérkeringés javulását hozzák létre. Ezt a hatást többféle módon kisérelték meg elérni: periarteriás sympathektomiával, a határkötegből a végtagok idegtörzseihez húzódó szürke ágak, az ú. n. rami communicantesek, vagy a határköteg és a rami communicantes együttes átvágásával s végül bizonyos számú és elhelyeződésű ganglion kiirtásával.

A gyakorlat azt mutatja, hogy a periarteriás sympathektomia csupán kis területen fejti ki hatását és eredménye nem tartós, ezért — bár egyes esetekben jó eredményt is ad, — általában ritkán s csak nagyon szűk javallat alapján alkalmazzuk. A határköteg átvágásával vagy anélkül végzett ramisektomia egyedüli előnye az volna, hogy a ganglionból kiinduló zsigeri ágakat megkíméli, azonban kivitele — főként a bonctani viszonyok miatt — rendkívül nehéz és bizonytalan. A legkönnyebben elvégezhető és a legtartósabb eredményt adó eljárás a ganglion kiirtás. A zsigeri ágak átvágásának jelentősége csekély, mert átmeneti kellemetlenségeken kívül más panaszt nem okoz. A felső végtag betegségeiben a legelső nyaki és az I., II. háti gangliont, az alsóvégtag betegségei esetén a II., III., IV. ágyéki gangliont szokták eltávolítani. Általában azt mondhatjuk, hogy az alsóvégtag betegségeiben végzett műtétek jobb eredményt adnak a felsó végtagon végzetteknél.

A sympathektomia javallatai újabban rendkívül kibővültek és a legkülönbözőbb megbetegedésekben kísérelték meg alkalmazni, így 1. keringési zavarok, 2. különböző zsigerek motilitási zavarai esetén, 3. fájdalomcsillapítás céljából.

1. *Keringési zavarok.* A *Raynaud*-féle betegség esetében végzett ganglionkiirtások is azt mutatják, hogy a betegség oka nem a sympathikus idegrendszer működési zavara, ezért gyógyulást a ganglionkiirtástól nem is várhatunk. A ganglionkiirtás után fellépő értágulás következtében azonban a végtagok hideg iránti érzékenysége csökken, ezért a műtét, ha nem is hoz létre gyógyulást, a beteg fájdalmait csökkenti és az esetleg jelenlévő fekélyek gyógyulását elősegíti.

Thrombangitis obliterans esetében végzett ganglionkiirtások eredményei sok esetben jóknak mondhatók, bár a betegség okát a műtéttel meg nem szüntethetjük, annak kifejlődését, vagy gyors rosszabbodását megállíthatjuk. Olyan esetekben, midőn a verőereken még érlökés kimutatható, a műtét elvégzése javallt.

Trophikus, vagy más (fagyás, égés, poliomyelitis) eredetű idült fekélyek esetében a ganglionkiirtás a legtöbbször jó eredményt ad, a fekélyek a műtét után gyorsan feltisztulnak és rendesen hamarosan meggyógyulnak.

Idült izületi gyulladások, ha azok izomsorvadással és izomzsugorodással járnak, így elsősorban polyarthritis rheumatica esetében sokszor jó eredményt láttak a megfelelő ganglionkiirtástól. A fájdalom megszűnik, a massage és egyéb mechanikai gyógymód jó hatása gyorsan és eredményesen jelentkezik. A csontelváltozásokkal járó izületi megbetegedésekben a sympathektomia nem javallt.

Sklerodermia esetében a ganglionkiirtás után néhány esetben a bőr állapota lényegesen megjavult. *Leriche* a betegséget endokrin eredetűnek tartja és ezért a sympathektomiával egyidejűleg parathyreoidea kiirtást is javal. Generalisált, gyorsan előrehaladó esetben a ganglionkiirtás elvégzése céltalan.

Essentialis hypertoniában egyesek a balveséhez futó ereken végeztek sympathektomiát, mások ehhez még a vese decapsulatióját fűzték hozzá s többen a műtétet egyszerre kétoldalon végezték. Újabban a nervus splanchnicus egy- vagy kétoldali resectióját ajánlják a felső ágyéki határkötegek kiirtásával együtt, s ezenkívül egyesek egyidejűleg a mellékvesét is subtotalisan eltávolítják. Az eredményeket még pontosan áttekinteni nem lehet. Az kétségtelen, hogy subjectiv javulást nyujt a műtét, mert pl. a kínzó fejfájás megszokott szünni. A vérnyomás süllyedése azonban legtöbbször csak átmeneti, bár a kezdeti szakban végzett műtétek után tartós javulásról is beszámolnak. Másodlagos zsugorvese és glomerulonephritis gyógyítására is megkísérelték a sympathektomiát, s néhány esetben javulásról számolnak be.

2. *A zsigerek motilitási zavarai. Megacolon* esetében jó eredményt láttak a kétoldali II., III., IV. ágyéki ganglion kiirtásától, de vannak, akik a nervus praesacralist irtják ki, sőt a két műtéti mód egyesítését is ajánlják. Az eddigi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy bár a vastagbél tágassága lényegesen nem is változott, minden egyes esetben megjavult a bél kiürülése és a betegek jelentékeny része a műtét után két év múlva is hashajtó nélkül tudott székelni. A végleges eredmények még nem ismeretesek, mert a műtétek óta még elegendő idő nem telt el.

Cardiospasmus esetében néhányszor sikerrel végeztek sympathektomiát, a csekélyszámú esetből azonban biztos következtetést nem vonhatunk.

Pylorusspasmus esetében a nervus splanchnicus átvágását kísérelték meg, két esetben végezték a műtétet és javulást észleltek.

A hólyag ürülési zavarai esetében (gerincsérülés, magacolon) jó eredményt ad a nervus praesacralis kiirtása, mert ezután a hólyag ürülése minden egyes esetben megjavult. Az ideg kiirtása következtében az ondóhólyagok és a ductus ejaculatoriusok simaizom elemeinek beidegzése megszűnik és így az ondó kiürülése lehetetlenné válik, ezért a nervus praesacralis kiirtása után impotentia generandi keletkezik, a potentia coeundi azonban megmarad.

Hydroureter esetében a nervus praesacralis kiirtásától néhány esetben szintén az ürülési viszonyok megjavulását látták, azonban az ureter tágassága alig változott.

3. *Fájdalomcsillapítás céljából: dysmenorrhoea, méhdaganat okozta,* valamint a *hólyag-, végbél gyulladásos* vagy daganatos eredetű fájdalmai ellen szintén megkísérelték a nervus praesacralis kiirtását; az eredmények hólyagfájdalmak esetén elég jóknak mondhatók, a daganatok okozta fájdalmak azonban a daganatok növekedése miatt rendesen csak átmenetileg csökkennek. Minden kimutatható ok nélküli vesefájdalom esetében a veseerek körüli sympathektomia sokszor jó eredményt ad és néhány szerző ezt a műtétet a nem mechanikus eredetű hydronephrosis kezdeti szakában is ajánlja.

Angina pectoris. Jó erőben lévő, aránylag fiatal egyéneken megkísérelték az anginás roham keletkezését műtéttel megakadályozni. A műtét nem csupán a fájdalom megszüntetését célozza, mert hiszen ennek az intőjelként keletkező fájdalomnak megszüntetése nem is lenne célszerű, de célja az, hogy a fájdalom megszüntetésén kívül a roham kifejlődését is megakadályozza, amely rohamnak a fájdalom csak egy kis részjelensége. A legtöbb szerző a legalsó nyaki ganglion és a két felső mellüri ganglion kiirtását ajánlja. Egyesek azonban a ganglion stellatum kiirtását veszélyesnek tartják, mert ezután tüdővizenyő, esetleg szívbénulás keletkezhetik, ezért a legalsó nyaki ganglion kiirtását nem ajánlják, hanem kiirtják a határköteget a ganglion stellatum felett és átvágják az alsó nyaki és az első háti gangliontól a C_6—D_1 gerincvelő-idegekhez húzódó ágakat, továbbá a nervus vertebralist és a nervus laryngeus superiort és a vagust összekötő idegrostokat. A műtét elvégzése nagy tapasztalatot és technikai készséget igényel. Az első műtéti eljárás szerint operált betegek közül 82 beteg sorsa ismeretes az irodalomból, ezek közül a műtét következtében 14 beteg halt meg, a második eljárással operált 51 beteg közül csupán 1 halt meg. A kérdés még ma sincs tisztázva, azonban vannak, akik 45—65%-ig terjedő panaszmentességről számolnak be.

A műtét veszélyességét *White* úgy akarja elkerülni, hogy a felső 5 mellüri ganglionba paravertebralisan 80%-os alkoholt fecskendez be. 17 így kezelt betege közül 7 meggyógyult. A befecskendezések után, ha azt helyesen végezték, azonnal fellép a Horner-tünet.

Kausalgia alatt különböző subjectiv-objectiv jelenségek összességét értjük, midőn égető fájdalomérzés, keringési zavarok, olykor trophikus bőrelváltozások keletkeznek, leggyakrabban környéki idegek sérülése után, különösen csonkolás következtében az amputált csonkon. Ha sympathektomiával a keringést megjavítjuk, a fájdalom rendesen elmúlik, vagy legalább is lényegesen csökken, a trophikus bőrelváltozások pedig legtöbbször gyorsan meggyógyulnak. A sympathektomiát leginkább periarteriásan végezzük és a ganglionkiirtás csak akkor javallt, ha a periarteriás sympathektomia eredménytelen volt.

Matolay György dr. egyet. c. rk. tanár

Az asthmaroham kezelése cukor-ephedrinoldattal.

Az allergiás betegségek gyógyításában vezérfonalként három elv vonul végig. Az első a rohamokban jelentkező tüneteik azonnali megszüntetése, a második a betegséget kiváltó ok felkutatása, annak a környezetből eltávolítása, harmadik az allergiás szervezet áthangolása, a desensibilizálás, esetleg hozzászoktatás. Ha a kiváltó ok felkutatása nem sikerül, akkor az a törekvésünk, hogy a szervezet reagálóképességét megváltoztassuk és így a kiváltó ok: az allergen, allergiás tüneteket már ne okozzon.

A bronchialis asthma gyógyítása is a fent vázolt alapelveken nyugszik. A rohamokat mellékvesekivonat

befecskendezésével (tonogen, adrenalin) szüntethetjük meg a leggyorsabban. Ha mellékvesekivonat nem volna, az asthmás roham megszüntetése sok esetben nem volna lehetséges. A tonogen befecskendezése után egy-két perccel a sympathicus tonus fokozódása következtében a görcsösen összehúzódott bronchusok kitágulnak, a rohamok megszűnnek; evvel egyidőben a környéki erek összehúzódnak, a vérnyomás hirtelen emelkedik, az arc elsápad, az érverés szaporábbá válik. A mellékvesekivonat befecskendezésére létrejövő tünetek azonban oly hirtelenül is jelentkezhetnek, hogy néha collapsus következik be. A befecskendezés gyors hatása azonban rövid ideig tart és ez az oka annak, hogy a hatásában teljesen hasonló, de lefolyásában sokkal lassúbb és hosszabb ideig tartó, nem olyan viharos tüneteket okozó ephedrin jutott nagy jelentőségre az asthmás roham gyógykezelésében. Az ephedrin, melyet régebben az ephedra vulgarisból állítottak elő, jelenleg syntethikusan nyerik, a mellékvesekivonatot jól helyettesíti. A bronchusgörcs oldása, a környéki erek összehúzódása, a vérnyomásemelkedés, a szaporább szívműködés mind bekövetkezik, de nem olyan hirtelenül, mint a mellékvesekivonat befecskendezése után. A hatás lassúbb és így az adrenalin kellemetlen mellék-tünetei elkerülhetők.

Az asthma bronchiale kezelésében, ha a kiváltó okot felkutatni nem tudjuk, ami sok esetben igen nehéz és körülményes, a szervezet reagálóképességének megváltoztatására törekszünk. E célt hypertoniás oldatok befecskendezésével is elérhetjük. A 20%-os szőllőcukoroldat érbe fecskendezése igen jó eredménnyel szokott járni. A cukoroldat régebbi megállapítások szerint a szervezet szöveteinek reactióját savanyú irányba tolja el; miután az allergiás szervezet alkalikus, az így megsavanyított szervezetben a roham nem következik be. A hypertoniás cukoroldat a szövetekből az erek felé folyadékáramlást indít meg és így a váladékkal megtelt tüdőt mintegy lecsapolja, a diuresist fokozza és a rohamot megszünteti. A rohamok halmozódása a szívizomzatot is erősen megviseli; a szívizom erősítésére pedig igen jól bevált gyógyszer a cukoroldat. Ez az oka annak, hogy a 20%-os cukoroldat befecskendezéseket annak áthangoló, vízszívó és szívizomtápláló hatása miatt az asthma bronchiale kezelésében gyakran és jó eredménnyel használjuk.

A cukoroldatnak és az ephedrinnek fentebb említett asthmás rohamot jól megszüntető hatása adta azt a gondolatot, hogy a két gyógyszert együttesen fecskendezzük a vivőérbe. A Richter-gyár felkérésünkre 10 ccm. 20%-os glucose + 0.04 gr. ephedrint tartalmazó ampullákat állított elő „Glukophedrin" néven. Ezt a gyógyszercombinatiót nagyszámú asthmás betegnek adtuk.

A befecskendezéseket betegeink egy részén az asthmás roham alatt végeztük, míg másoknak hosszabb ideig tartó kezelésként naponta 1—2-szer adtuk. A cukor-ephedrin hatás jellemzésére néhány kórtörténet-kivonatot ismertetek.

K. J. 40 éves férfi 10 éve szenved asthma bronchialeban, status asthmaticussal jelentkezett. Tonogen csak rövid időre szüntette a rohamot. glukophyllin érbe fecskendezve teljesen hatástalan volt. Glukophedrin érbe fecskendezésére a roham megszünt. Naponta kétszeri befecskendezés után a status asthmaticus megszünt.

Dr. B. J. 28 éves férfi status asthmaticusban került osztályunkra. Rohamát csak glukophedrin szüntette meg. Naponta kétszeri befecskendezés állapotát annyira javította, hogy foglalkozását, melyet gyakran ismétlődő rohamok miatt abban kellett hagynia, újra elláthatta.

Á. Á.-né, 60 éves nő, egy év óta szenvedett valóságos asthmában. A sok roham következtében a szívizom kimerülése következményeképen szívelégtelenség tünetei is jelentkeztek, a glukophedrin a nehézlégzést igen jól befolyásolta.

A befecskendezések után általában a roham néhány perc alatt elmúlt, a betegek kis remegéstől eltekintve, igen jól tűrték a befecskendezést. Néhány esetünkben a befecskendezést rövid időn belül megismételtük, de itt sem észleltünk káros hatást. Betegeink egy részének rendszeresen adtunk glukophedrint naponta, kiváló sikerrel, mert a status asthmaticus rövid idő alatt elmúlt.

Eredményeink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy elgondolásunk helyes volt, mikor ephedrint 20%-os szőllőcukoroldattal keverve fecskendeztünk be asthmás betegeinkbe. Megtörtént, hogy egy betegünk, ki már igen sok tonogen-befecskendezést kapott eredmény nélkül, glukophedrin hatására mindig tünetmentes lett.

Az elmondottak szerint a glukophedrin név alatt forgalomba kerülő 10 ccm. 20%-os szőllőcukrot és 0.04 gr. ephedrint tartalmazó ampullának venába fecskendezése az esetek legnagyobb számában az asthmás rohamot megszünteti. Az injectiók rendszeres folytatása pedig az állandó nehézlégzéses állapoton is segít. A glukophedrint tehát az asthma bronchiale kezelésében jól bevált, igen hatásos gyógyszerkeveréknek kell tekinteni.

Faragó Pál dr.
kórházi alorvos, Apponyi poliklinika.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Több ízben fordult elő, hogy a csendőrség elvetélési ügyekben hozzám fordult azzal, adjak felvilágosítást az esetleg általam kezelt betegről, illetve ha nem én kezeltem adjak véleményt, hogy az elvetélést nem-e külső beavatkozás idézte elő!

1. Jogom van-e a fél beleegyezése nélkül ezt a csendőrségnek megadni, illetve a beteget megvizsgálni, ha nem, ki rendelheti azt el?

2. Mi szokásos a fenti esetekben, illetve milyen megoldást kövessen a *körorvos*, anélkül, hogy ebből kellemetlenség ne legyen és ne kerüljön szembe az orvosi titoktartással?

J. J. dr.

Felelet: A községi és körorvos az általa kezelt betegről nem tartozik a csendőrségnek felvilágosítást adni: menti őt ez alól a Bp. 205. §. 2. pontja, melynek értelmében mentes a tanuságtétel kötelessége alól az orvos arra nézve, amit valaki a hivatásával járó bizalomnál fogva titoktartás kötelességével bizott reája, hacsak a megbízó őt a titoktartás alól fel nem mentette. A Curia is kimondotta, hogy a vádlottat megfigyelő orvosok a vádlott által előttük tett beismerésre ki nem hallgathatók (Bjt. 45. k. 421). Az ily orvos, ha kezelte a beteget: szakértőül sem alkalmazható. (Bp. 229. §., mely kifejezetten kimondja, hogy szakértőül a lelet és a vélemény semmiségének terhe mellett nem alkalmazható az, ki a szakértőileg megítélendő körülményről a 205. §. 2. pontjában meghatározott módon szerzett tudomást). Ha nem kezeltte a községi, vagy körorvos a beteget akkor a csendőrség felhivására tartozik azt megvizsgálni és véleményt adni arról, hogy az elvetélést nem-e beavatkozás idézte elő; erre a Bp. 84. §-a kötelezi a községi vagy körorvost, de mégis csak a kir. ügyészség kivárságára tartozván felvilágosítást adni, a vizsgálat és véleményadás csupán akkor teljesítendő a részéről, ha a csendőrség ügyészi megkeresés utján fordul a községi, vagy körorvoshoz.

SEVENALETTA CHINOIN SEVENALETTA

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A collapsus gyógykezelése.

A régi orvosok által „szívgyengeség" fogalma alatt összefoglalt keringési elégtelenségek közül az utolsó évtized kutatásának eredményei élesen elkülönítették a *collapsus* kórképét. Jellemző erre a keringésnek peripheriás elégtelensége. A vérnyomás süllyedése mellett a vér elosztódásában áll be zavar, a keringő vér mennyisége csökken azáltal, hogy egy része környéki vérraktárakban, a lép, hasi erek, bőralatti kötőszövet hajszálérhálózatában, illetve postcapillaris gyüjtőereiben halmozódik föl. Mivel ennek következtében az életfontosságú szervek vérellátása is szenved, hosszasabban tartó collapsus esetén a szívizomzat másodlagos elfajulása folytán tényleges szívgyengeség is társulhat a perifériás elégtelenséghez. Különösen gyakori ez a fertöző betegségek kapcsán föllépő collapsusokban.

A fenyegető collapsus megelőzése az ismertetendő gyógykezelési eljárásokkal sokszor sikerült. Sajnos, e súlyos szövödmény legtöbbször majdnem teljesen váratlanul áll be, csak ritkán sikerül a beteg gondos észlelésével, a vérnyomás és érverés ellenőrzésével azt előre fölismerni. Ilyenkor gyógyszeres prophylaxisunk sokszor sikeres, különösen fertöző betegségek, valamint műtétek után. A postoperativ collapsus megelőzésére úgy látszik, hogy jó eredményt nyujt a betegeknek histaminhoz szoktatása, műtét előtt 8—10 napon át napi 2—3 szor ½—1 mg histamint adva bőr alá.

A collapsus gyógykezelésében soha sem szabad szem elől tévesztenünk, hogy e szövődmény élesen elkülönítendő a szívgyengeségtől. Az általános gyakorlatban rendesen itt történik a legtöbb hiba, mert a teljesen hatástalan és célra nem vezető digitalis kezeléssel próbálkoznak. Mivel digitalishatást csak a szervezetben való halmozódás után látunk, e kezelés még abban az esetben sem vezet célhoz, ha a collapsus másodlagosan szívgyengeséggel szövődik. Ilyenkor intravenás strophantin kezeléshez folyamodunk, naponta akár többször adva 20 ccm 40%-os szölőcukor oldatban ¼—½ mg strophantint, 0.10—0.20 coffeinnel keverve. Ez eljárás legszebb eredményeit fertözőbetegségek keringési zavaraiban látjuk.

A collapsus kezelésére alkalmas eljárásokat *Eppinger* négy csoportba foglalja össze: 1. az érmozgató központra ható beavatkozások, 2. peripheriásan, a vérraktárakra ható szerek, melyek ezek kiürítésével növelik a keringő vér mennyiségét, 3. a keringő vér absolut mennyiségének növelése, 4. a hasfalra alkalmazott kezelések, melyek a hasüregben levő legfontosabb vérraktárak kiürítését helyileg segítik elő.

Az érmozgató központ legerősebb ingere a szénsav belégzés. Legcélszerübben oxygennel keverve alkalmazható, e célból 10% CO^2 és 50 % O tartalmú bombákat hoznak forgalomba. Hatása különösen műtétek, altatás után feltünő. A mindennapi gyakorlatban legegyszerübben úgy alkalmazhatunk szénsavbelégzést, hogy szódavizes üveget fölfordítva nyítjuk meg a csapot, melyet közvetlenül a beteg szájnyílásába helyezünk. Erélyes vasomotor hatása van a strychninnek, az általános gyakorlatban azonban még mindig nem terjedt el eléggé, ez főleg arra vezetendő vissza, hogy tulságosan kicsiny s így hatástalan adagokban alkalmazzák. Naponta háromszor 1—2 mg a hatásos adag, sokszor ezt is emelni kell úgy, hogy szükség esetén akár napi 10 mg-ot is adhatunk. A tuladagolás által okozott első kellemetlen tünetek, ikragörcs, huzó fájdalom az alsóvégtagokban, a reflexingerlékenység erős fokozódása oly jellegzetesek, hogy a tuladagolást könnyen elkerülhetjük. A strychnint tartósabb rendelés esetén pilulákban, ha gyorsabb hatást akarunk elérni, bőr alá adagoljuk. Különösen fertözőbetegségek, pneumoniák kezelésekor ez a legjobb collapsus prophylacticum, jól használható reconvalescensek keringési zavarainak megelőzésére is.

Kettős támadásponttal birnak a camphor és pótszerei, mert vasomotorhatás mellett szívhatásuk is van. A camphorolaj rosszabb, lassúbb felszívódásával elhuzódó, enyhébb collapsus ellen depot-kezelés formájában, napi 10—20 ccm-es adagban használható. Pótszerei: cardiazol, coramin, a magyar tetracor, cardiamin és corrediol jó felszívódásuk folytán kifejlődött collapsusban injectiós adagolásban (1—2 ccm-es adagban), megelőzésre cseppekben alkalmazandók.

Erélyes peripheriás hatású szer az adrenalin, alkalmazása azonban nehéz, mert érbe fecskendve pillanatnyilag szinte tulerélyes, kellemetlen szívszövődményeket okozhat és amellett hatása csak pillanatokig tart. Bőralá, vagy izomba fecskendezve lassú felszivódása miatt a hatás bizonytalan. Mint adjuvanst jól használhatjuk szöllőcukor, vagy Ringer oldatban, élettani konyhasóoldatban tartós intravenás infusiokban, 1—2 mg-ot adva 1000 ccm-re. Az adrenalin pótszerei, ephedrin, ephetonin valamivel tartósabb hatásuak. Hasonló peripheriás hatása van a hypophysinnek is.

Mindezeket a peripheriásan ható szereket teljesen kiszorította két újabb gyógyszerünk, a sympatol és veritol. Mindkettő tisztán peripheriás hatású és segitségükkel érhető el a vérraktárak legtökéletesebb kiürítése. Alkalmazásuk kifejlödött collapsus esetén befecskendés formájában, 1—2 ccm-es adagban, megelőzésre cseppekben, 20—25 cseppet adva naponta többször, akár 2—3 óránként célszerű. Ily adagolás mellett semmi kellemetlen tünetet nem okoznak, tuladagolásuk járhat a coronaria keringés befolyásolása miatt kellemetlen szívpanaszokkal, szorongó érzéssel, angina szerű fájdalmakkal.

A keringő vér mennyiségének növelésére jól alkalmazhatók meleg pakolások, a hasnak, végtagoknak fölmelegítése, esetleg fényfürdők. A vér absolut mennyiségének növelését célozzák az adrenalinnál már említett lassú, tartós infusiók, melyeket különböző élettani oldatokkal adhatunk intravenásan, enyhébb collapsusban, esetleg bőr alá. Hatásuk életmentő lehet, de sajnos, nem tartós, a segítségükkel nyert időt azonban fölhasználhatjuk, hogy már ismertetett szereinkkel kihozzuk a beteget a collapsusból. Különös, hogy vértransfusio a collapsus kezelésében nem vált be, legfeljebb a nagy vérveszteség utáni állapotokban. A bevitt vérmennyiség aránylag nagyon rövid ideig marad a keringésben, hamar elnyelik a vérraktárak, emellett számolnunk kell mindig azzal, hogy a transfusionak gyakran rossz hatása van a vérkeringésre; még a véradó leggondosabb megválasztásakor is okozhat maga ez a beavatkozás is collapsust.

A hasfalra bepólyázással, kötők, füzők alkalmazásával gyakorolt nyomás heveny collapsus kezelésében

nem bir jelentőséggel. Műtét, szülés, nagyobb lefogyással járó betegségek utáni reconvalescentiában mint prophylacticum szerepel, inkább kellemetlen, mint veszedelmes collapsusokat.

A collapsus a keringés részéről jelentkező leggyakoribb szövődmény, melynek még enyhébb formái is sok veszélyt rejtenek a betegre. Bár kezelésre az ismertetett elég sok gyógyszer és eljárás áll rendelkezésünkre, ennek eredményei még ma sem kielégítők. Ezért úgy megelőzésére, mint elhárítására gyógykezelésünkben a legnagyobb activitás is indokolt.

Engel Rudolf dr. egyetemi rk. tanár.

A központi idegrendszer vérereinek syphilise.

A kórjelzést szolgáló liquorvizsgálatok a központi idegrendszer lueses megbetegedéseiben az *agyhártyák* szerepét *tulzottan* állították előtérbe. Ezt bizonyítják a legujabb összefoglaló munkák is, melyek a vérerek önálló megbetegedését még csak nem is tárgyalják. E hiányon kivánok segíteni alábbiakban. A központi idegrendszer vérereit leggyakrabban a fertőzés első öt éveiben támadja meg a spirochaeta; de később is, kivételes esetekben évtizedek mulva is.

a) Az agyi vérerek syphilise.

Az agyi erek közül elég gyakori az art. fossae Sylvii és ágainak megbetegedése, utánuk sorrendben a chiasma és pons közötti területen fekvő erek következnek. E helyen ugyanis a laza szövetbe beágyazott vérerek és nyirokutak a bakterialis fertőzés kitünő talajául szolgálnak és ezért fészkelődik itt be elöszeretettel úgy a tuberkulosis, mint a syphilis. Az agyi erek lueses bántalmazottságát a bevezető szakban a subjektiv tünetek egész sora kiséri: közelebbről meg nem határozhtó közérzeti zavarok, fejkábaság, heves homloki vagy nyakszirti fájdalmak, szédülés, lehangoltság stb. Mindezen tünetek hónapokon át állhatnak fenn, igen gyakran functionális bántalomnak minősítve, különösen azokban az esetekben, melyekben a beteg fertőzöttségéről nem tud vagy azt bevallani nem akarja. Egyik vagy másik agyterület működésének hirtelen beálló kiesése fedi aztán fel a panaszok organikus hátterét. Az organikus hátteret eláruló tünetek (többnyire bénulások) az esetek nagy számában *megtartott eszmélet* mellett következnek be, ami fontos a kórjelzési elkülönítés szempontjából. A vérerek lueses elváltozásaira jellegzetes, hogy ezek fokozatosan szükítik az erek ürterét és így eleinte csak muló vérkeringési zavart okoznak, utóbb a teljes elzáródás vérkiszivárgást és ischaemiás lágyulást eredményez. Isolált lueses érelváltozás nem jár lényeges agynyomás fokozódással, így még vérzés esetén is a beállott féloldali bénulást nem kiséri eszméletvesztés. Ezért észlelik az ily betegek agyi működéseiknek kieséseit önmaguk és figyelemmel kisérhetik azokat, miért is tőlük mind a folyamatot kisérő subjectiv érzetek, mind a bénulás fellépési sorrendje és miként je felöl értékes felvilágosítást nyerhetünk. Egész röviden soroljuk fel az egyes klinikai képeket.

Lueses hemiplegia, melyet aphasia is kisérhet, az arteriosklerosis okozta hemiplegiával szemben tulnyomórészt fiatal egyéneken fordul elő. Bekövetkezését a hüdött oldalon fonákérzések elözik meg. A hüdés maga gyakran fokozatosan áll be, máskor pedig szakaszosan. A Wassermann reactio igen jellegzetes viselkedést mutat. *Agyi lueses érmegbetegedés tiszta esetében a WaR a vérben positiv, a liquorban negativ.*

Az agyalapi vérerek, valamint magában az agy állományában levő vérerek lueses megbetegedése esetén vérkeringési zavarok, a lágy agyburkok vizenyője fejlödnek ki; az agyállomány beolvad, szétszórtan kis kölesnyi, borsónyi cysták keletkeznek, a vérereket tág hasadékok veszik körül. Mindezen elváltozások folyományaként klinikailag súlyos dementia fejlődik ki. Igy volt ez a következő esetben:

53 éves férfi 20 éves korában lueses fertőzés. Csak belső kezelést kapott. Utóbbi évek során feledékeny lett, gyakran szédült, a gondolkodás nehezére esett, iráskor betüket cserélt fel, nincs betegségi belátása, dysarthriás. Fénymerev láták. *Vérben a WaR erősen positiv, a liquorban negativ.* Az utóbbi lelet alapján kizárjuk paralysis progressiva fennforgását és a kórjelzést diffus lueses agyi vérerek megbetegedésére tesszük, mely másodlagosan agysorvadást hozott létre.

A sectio, mely beigazolta feltevéseinket, így szólt: arteritis luetica vasorum baseos et substantiae cerebri cum cystulis parvulis ex emollitione et plaques fuscis disseminatis post emollitiones. Atrophia substantiae cerebri et oedema meningum. *(Baló József.)*

Hasonló több esetről számol be a külföldi irodalom . A vér és liquor lelet dissociatiós viselkedésének kórjelzési fontosságát kivántam ez esettel demonstrálni. Ismételjük, positiv vér és negativ liquor WaR esetében az agyi tünetek mögött kórbonctanilag lueses vérerek megbetegedése veendő fel, másrészt negativ liquor WaR a paralysis progressiva felvétele ellen szól.

Igen jellegzetes tünetcsoport tárul elénk a *pedunculus laesio* esetében, mikor is az arteria vertebralis thrombosisa folytán keresztezett oculomotorius és végtagbénulás (Weber-féle syndroma) fejlődik ki. Ily esetben localisatiós jelentőséggel bir a Romberg-tünet kiváltásakor mutatkozó egyensúlyzavar (hyptokinesis) melynek eredetét a vörös-mag megtámadottságára tudtam sectiós eset alapján visszavetni.

Felemlítjük végül az *art. basilaris*nak lueses thrombosisát, melyben hirtelen beálló paraplegiához rövidesen csatlakozik a karok bénulása, légzési bénulás, szemizmok hüdése, bulbaris bénulás. Meningeális tünetek hiányoznak. Erősen positiv a WaR, a fehérje és globulinreactiók. Az exitus rövidesen bekövetkezik.

Összefoglalva megállapítjuk, hogy az agyi erek lueses bántalmazottsága beállhat isoláltan a syphilis bármely időpontjában. A korai szakban jelentkező esetben az elsődleges fekély, a kiütések lesznek utbaigazítók. Tiszta, az erekre korlátozott syphilis sajátos dissociatiót mutat a WaR viselkedését illetőleg: a vérben positiv, a liquorban negativ a reactio. Az agyi erek luese nagyon változatos lefolyású lehet. Van úgy, hogy rövidebb hosszabb prodromák után a hirtelen jelentkező, egyes agyterületekre jellegző kiesési tünet, az azonnal foganatosított antilueses kezelésre gyorsan visszafejlődik. Kivételes esetekben csak többszöri recidivák után, súlyos defectusok hátrahagyásával, áll meg a folyamat. A lueses háttért fel nem ismert és emiatt antiluesesen nem kezelt esetekben lassan előrehaladó szellemi hanyatlás képében zajlik le a folyamat, mely végül is teljes dementiához vezet. Ismerünk olyan esetet is, mikor a tünetek villámszerűen köszöntenek be, teljes tájékozatlanság, betegségi belátás hiánya, féktelen izgalmi jelenségek között áll be a halál. Mindebből levonható tanulság az, hogy makacskodó functionalis bántalomnak imponáló tünetek esetén végeztessünk vér-Wa.-r. vizsgálatot.

b) A gerincvelő ereinek syphilise.

Sajátos változásokon ment keresztül a gerincvelő syphilisének tana. Hosszú időn keresztül a gerincvelőt övező csontos váz syphilisét ismerték csak, illetve a malde Pott-ot is lueses eredetűnek tartották. Arra, hogy maga a gerincvelő, vagy a hártyái luesesek lehetnének, mindaddig nem is gondoltak, mígnem a szövettani vizsgálatok ezt ki nem derítették. Az ezután követő időszakban a gerincvelő hártyáinak syphilises elváltozásait tanulmányozták és csupán a legutóbbi évek kutatásai bizonyították be, hogy a gerincvelőnek érhálózata elektive is megbetegedhetik. Ritka megbetegedési formája ez a syphilisnek, de viszont rendkívül változatos alakban nyilvánulhat meg. A gerincvelő koszorus ereinek egyike, vagy másikában helyezkedik el a spirochaeta és a megtámadott érterület működését függeszti fel. A klinikai kép roppant változatos lehet. Igy jöhet létre a poliomyelitis anterior acuta, a syringomyelia, a combinált kötegmegbetegedés képe. A poliomyelitis, mely izomsorvadással jár a polyneuritishez külsőleg annyira hasonlít, hogy az eddig közölt esetekben az utóbbit kórismézték és csak a boncoláskor megejtett szövettani vizsgálat derítette ki a valódi tényállást.

A spinalis érlues kezdeti tünetei subjectiv zsibbadás, hangyamászás érzése, melyek túlnyomórészt az alsó végtagokra vonatkoznak, minthogy e bántalom székhelye többnyire az alsó háti vagy ágyéki velőben van. A zsibbadáshoz hosszabb-rövidebb idő után az alsó végtagok gyengülése, majd paraplegia, dissociált érzészavar, sphincterek bénulása csatlakozik. Eleinte petyhüdt a végtagok bénulása, hogy azután merevgörccsé váljon. Nagyon fontos, hogy a kezdeti tüneteket kellő időben felismerjük, mert a gyógyulást a minél korábban alkalmazott antilueses gyógymód biztosítja. A már említett subjectiv zsibbadásos érzésekhez a járáskor gyors kifáradás társul, ez a kifáradás mind sűrűbben jelentkezik és rövid időközökben megállásra kényszeríti az egyént, miért is gerincvelői sántításnak (claudication de la moelle) nevezték el ezt az állapotot. A közismert intermittáló sántítással szemben hiányzanak a fájdalmak, valamint a környi erek elváltozásai és az ezekkel járó vasomotoros zavarok. Kórbonctani, illetve kórszövettani hátterét e spinalis érluesnek főleg a gerincvelő hátsó kötegeit ellátó verő és vivőereinek lueses szűkülete képezi. Az erek fokozatosan beálló szűkülése magyarázza meg az előrehaladó kifáradási tüneteket. A megtámadott erek végül thrombotisálnak és az idegállományban nekrobiotikus folyamatot okoznak.

A kórjelzés szempontjából két oly központi idegrendszeri bántalom jön elsősorban tekintetbe, melyekben mint kezdeti tünet a végtagokban jelentkező zsibbadás érzete áll előtérben és ezek a sklerosis multiplex és az anaemia perniciosa alapján kifejlődő funicularis myelosis. A sklerosis multiplex esetében mindig fellelhetők egyéb jellemző tünetek, az anaemia perniciosa jelenlétét a vérkép vizsgálata árulja el.

A tárgyalt spinalis bántalom kórjóslata, mint már említettük, attól függ, vajjon elég korán felismerjük-e a lueses eredetet, amit a vér és liquor vizsgálata fog eldönteni.

Sarbó Artur
egyet. rk. tanár.

A Schlatter-féle betegség.

A Schlatter-féle betegséget különösen a fanosodás korában figyelhetjük meg a sipcsont dudorán, a térdkalács saját inának a tapadási helyén. Többnyire a fájdalom hozza a beteget az orvoshoz, de ez a fájdalom nem állandó. Ha a kis betegünk elmondja, hogy az említett helyen fájdalmai szoktak lenni, elsősorban Schlatter-féle betegségre kell gondolnunk. A fájdalmat a járás is kiválthatja, de az erős térdhajlítás vagy az akaratlagos térdnyujtás minden esetben kiváltja. Fájdalmas tehát az, ha a comb négyhasú izma összehúzódik és ezáltal a térdkalács saját izmának tapadási helye, tehát a betegség székhelye feszülés alá kerül. Ez a tapadási hely kifejezetten nyomásérzékeny és a rendeshez képest duzzadt. A gyermekek rendszerint ütésre, vagy rúgásra emlékeznek, amely előtt soha semmi baja sem volt a térdüknek s amely után a fájdalom véglegesen már nem szünt meg. Gyakori az a panasz is, hogy a hosszas és ismételt térdeléssel kapcsolatban keletkezett a baj.

A betegség oka csontosodási zavar, a sipcsont dudorának kiszakadása következtében, a Perthes által leírt malum coxae juvenile kórképpel éppúgy rokon, mint a Köhler I. és Köhler II. kórképével a metatarsomalacia és a naviculomalicia kórképekkel, amelyeknek ritka válfaja a kézen található lunatomalacia. A csontosodási zavar székhelye a Schlatter-féle betegségben a sipcsontnak ama csőrszerű nyulványa, amelynek a tuberositas tibiae alapját képezi.

A sipcsont dudorának kiszakadása izom-összehúzódásnak vagy térdreesésnek köszönheti létrejöttét. *(Verebély)* A szakadás az epiphysisvonalba esik, tehát tulajdonképen epiphysiolysisről lehetne beszélni. Friss esetben a kiszakított csontdarab a sipcsonttal szemben oldalfelé elmozgatható s ilyenkor néha ropogást lehet hallani.

A Schlatter-féle betegség oka tehát minden esetben trauma s így bár bizonyos korhoz kötött s a sérülés folytán csontosodási zavart mutat, balesetnek kell minősítenünk. Sérülés nélkül Schlatter-féle betegség nem jöhet létre.

A röntgenképen az oldalirányú felvétel igazít jól útba, amelyiken az említett sipcsontnyulvány bizonytalan szélű és benne megzavart szerkezetű rajzolatot mutató, felhőszerű homály látszik. Az elváltozás röntgenképén olykor a repedés vagy a törés vonala is jól látható. Sokszor azonban igen hasonló a kép ahhoz, amit angolkórban a hatalmasan túltengett porcréteg jelenléte vagy a sipcsontdudornak csontszuvasodásból származó elváltozása okoz. A dudor helyének klinikailag is észlelhető kidomborodása a röntgenképen is látható, különösen akkor, ha az in a kiszakított csontdarabot felfelé húzza.

Legtöbb baj éppen abból származik, mint ezt a MÁV. kórház évi 7000 újbeteg forgalmú orthopaedsebészi osztályán sokszor láttuk, hogy a Schlatter- féle kórképet gümős csontszuvasodással tévesztik össze. Az összetévesztésre okot ad az izület közelsége, amiből a felületes vizsgáló gonitis gyanúját meríti, a nyomásfájdalom és néha a rossz szerkezetrajzú röntgenkép. Számtalan esetben tapasztaltuk, hogy a kezelőorvos a beteget gonitis tuberculosa diagnosissal küldi be a rendelésünkre, amely kórismét ő a klinikai tünetek és a röntgenfelvétel útján állapította meg s a beteget medencegipszkötésbe helyezte, vagy kéri helyezni, hogy az egy esztendei gipszkezelés után tehermentesítő járógépes kezelésben részesüljön még két esztendeig. Mire a beteg hozzánk megérkezik s a tünetek alapján vagy

a röntgenképből, kétes esetben pedig a versejtsülyedésből a helyes kórismét felállítjuk, a baj többnyire gyógyulófélben van s így a kezelőorvost mulasztás nem terheli. Fontosabb a helyes és idejekorán történő kórismézése azoknak az eseteknek, amelyekben a sipcsont dudor kiszakadása következtében az eredeti helyéről messze eltávolodott és műtéti megoldásra volna szükség. Ezekben az esetekben a várakozással ártunk, a pontos kórismére és a helyes gyógyításra tehát különösen nagy szükség van.

A baj szövődménye az lehet, hogy a sérülés következtében a tokszalag bereped s ilyenkor az izületben vér gyülik meg. Ez az izületi vérgyülem (haemarthros) feltétlenül csapolásra szorul, amit a leggondosabb sterilitas mellett kell megejteni.

A Schlatter-féle betegség az esetek többségében conservativ kezelésre jól gyógyul. Feltélen szükséges azonban a sipcsont dudorának a teljes tehermentesítése, tehát a térdizület nyugalmának a biztosítása. A beteget célszerű 8 napra ágyba fektetni, a térdét borogattatni s utána óvatosan fokról-fokra merev térddel megkezdetni a járást. Legcélszerűbb, ha a beteg térdét tokba helyezzük. Jó szolgálatot tesz a párnázatlan, gondosan a térdre modellált gipsztok is, amelyik félcombtól félalszárig terjed s úgy a térdizület, felett, mint a térdizület alatt mindkét oldalról erélyesebben fogja a végtagot. A gipsztoknál könnyebb a mind jobban tért hódító papirostok, *(Puky:* Orvosképzés, 1938. V. füzet), aminek elkészítése ugyan hosszadalmasabb és némi gyakorlatot igényel, de súlya az azonos ellenállású gipsztoknak egy nyolcadrésze. A tokot 8 hétig célszerű a beteg térdén rajta hagyni. Jól elkerülhetjük az izomsorvadást, ha levehető tokot készítünk a térdizület számára és az izületet a tokból naponkint kiemelve, a tehermentesítő és rögzítőkezelés ideje alatt máris megkezdjük a hő-, villany- és massage-kezelést, a tornagyakorlatból pedig azokat végeztetjük merev térddel, amelyek a quadriceps femoris működése nélkül vihetők keresztül. Ilyen módon az izomzat a kezelés egész tartama alatt úgyszólván alig sorvad s működését a 8 heti idő letelte után akadálytalanul ismét megkezdheti. Ilyen levehető térdtokot készíthetünk az említett papirostokból, vagy a megfelelő gipszminta-vétel után fémsinnel rögzített keménybőrből.

Ha a beteg panaszai a 8 heti rögzítés dacára is fennállnak, akkor szóba jöhet a műtét, amelyik a kitört darabnak a sipcsonthoz szögelésében áll. Minden olyan esetben, amikor az oldalirányú röntgenképről meggyőződtünk arról, hogy a letört darab magasra csúszott fel, és az eredeti helyével csontos egyesülés vagy egyáltalában nem, vagy csak igen hosszú idő elteltével várható, azonnal a kórisme megállapítása után ajánlatos a műtétet elvégezni, mert ezáltal sok időt takarítunk meg s nem tesszük ki a beteget a nagyfokú inactivitasi atrophia veszélyének. Úgy a conservativ, mint a műtéti kezelést célszerűen egészíti ki a sipcsont dudora köré fektetett vastag filcgyűrű viseltetése, (Lange) amelyik a kérdéses helyet az esetleges sérüléstől, nyomástól, stb. megvédi s így nemcsak az azonnali panaszmentességhez járul hozzá, hanem a kiújulástól is megóvja a beteget. A filcgyűrűt néhány hónap viselés után nyomásérzékenység hiánya, vagyis teljes panaszmentesség esetében hagyhatjuk csak el.

Puky Pál dr. othopaed-sebész egyet. tanársegéd

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Gazdasági cseléd felesége a harmadik hónapban abortált, kérdem, hogy a gazda köteles-e az orvost kifizetni? Milyen törvény intézkedik ez esetben?

Felelet: Az 1907. évi XLV. t. c. 28. §-a a következőképen rendelkezik: *Ha maga a cseléd* vagy az éves illetőleg állandóan alkalmazott cselédnek *vele élő felesége,* vagy vele egy háztartásban élő 12. áven aluli gyermeke *a szolgálatba lépés 15. napja után* a szolgálati idő alatt megbetegszik, *az orvosi gyógykezelés* és az orvosszerek *költségét legfeljebb 45. napig a munkaadó a sajátjából tartozik fedezni* és a szükséges fuvart is ő tartozik adni, *kivéve,* ha a betegséget nyilvánvalóan a cseléd hibája, illetve *a cseléd családtagjának a hibája okozta,* vagy ha a cseléd, vagy családtagja a betegséget szinleli. Az a gazda, aki évi 200 koronánál kevesebb egyenes adóval van megadóztatva, a felét, az a gazda pedig, aki 200 koronánál több egyenes adóval van megadóztatva 1/10-ed részét le vonhatja a cseléd béréből, annak az összegnek, amelyet a cseléd feleségének és 12. éven aluli gyermekeinek orvosi gyógykezeltetéséért és az ezek részére kiszolgáltatott orvosszerekért ki fizetett. (1 K. alatt 1 pengő 16 fillér értendő).

Ha a betegségnek a gazda hibája az oka, az orvosi gyógykezelés és az orvosszerek költsége a betegség egész tartamára a gazdát terheli.

Mivel a kérdés nem szolgáltat adatot a tekintetben, hogy a jelen esetben a cseléd feleségének megbetegedése férje szolgálatba lépését követő 15 nap után állott-e be, továbbá, hogy a megbetegedés a betegnek a hibájából történt-e, a munkaadó fizetési kötelezettségének kérdése csak e két feltétel tisztázása után dönthető el.

Bár az orvos úr az esetleges kórházi ápolási költség viselésének kérdését nem veti fel, mégis, mint szorosan e tárgykörhöz tartozót említjük meg, hogy *a cseléd családtagjának kórházi ápolási költségeit a gazda viselni nem tartozik.* (Közig. Bir. 7.018—1910.) *Dr. K. I.*

Kérdés: Betegem, 72 éves, tizenöt éve fennálló bal alszárfekéllyel keresett fel egy és félév előtt. A fekély körkörösen 3½ cm mélységben elpusztitotta az alszár izomzatát. Kórházba akartam küldeni, erre semmi szin alatt nem volt hajlandó. Igy a beteget lefektettem, sarka alá kemény párnát tettem és másodnaponkint — előzetes hydrogenhyperoxydos letisztítás után — Mikulicz kenőcsöt rendeltem. A kötésváltásokat gyakran ellenőriztem és láttam, hogy igen élénk sarjadzás indul meg, az óriási seb gyönyörűen gyógyult. Egy év után a feszítő oldalon egy férfi tenyér nagyságú, a bőr niveauját már elérő, friss, élénk piros, tiszta sebhely maradt csak, a hajlító oldalon, jobb és baloldalt teljesen gyógyult. A megmaradt férfi tenyérnyi seb azonban azóta is, fél éve, nem akar behámosodni. A beteg vérnyomása rendes, 139, teljesen egészséges. Próbálkoztam a következő gyógyszerekkel: pellidol, jodoform, neogranormon, vulnovitan és bórkenőcsökkel, majd hamamelon, jodoform, zink-, bór-, bisteril hintőporokkal, jodoformcsukamájolaj suspensioval, padutin cseppek és injectiókkal, — jobb vérellátásra gondolva — majd a Mikulicz összetételét változtattam, 1.5% ezüstnitrát, 15% perubalzsamra. Mindezek semmit, de semmit sem használtak, a fekélynek megmaradt része — mint írtam — élénk piros, tiszta, alapjáról élénk sarjadzással kitelt a bőr niveaujáig, de ebben az állapotban van egy fél éve, másodnaponkinti kötésváltások dacára, melyet magam végzek. Meg kell még említenem, hogy quarzoltam is, kötésváltások előtt, az sem ért semmit.

Miután a beteg most sem akar hallani kórházról, tisztelettel kérek tanácsot, hogy mit próbálhatnék még meg?

S. L. dr.

Felelet: Az ismertetett adatok alapján a beteg megfelelő borogató és kenöcsös kezelésben részesült. A seb begyógyulása, illetve behámosodása tekintetében e téren minden megtörtént. A betegnek ebben az állapotban azonban feküdnie kell, még pedig lehetőleg klinikai vagy kórházi ápolásban, ahol fény- és sugaras terápiában részesülhetne.

Utóbbiak között első helyen áll a röntgenkezelés; hetenkint vagy kéthetenkint 60 R-t ½—1 mm al. filterrel ajánlatos adni a sarjszövetre, amely kezelés kitünő chorio- és kerato plastikus hatást szokott kifejteni. Többnyire 2—3 ilyen besugárzás meg is hozza az eredményt, vagyis a teljes behámosodást és gyógyulást. Ezt a gyógykezelést csakis szakember végezheti, mert rendkivül sok függ attól, hogy mikor, mennyi és milyen keménységű röntgensugarakat adunk a granutatiós szövetre.

Quartz- besugérzásnak ilyen esetekben csak mérsékelt chorio- és keratoplastikus hatása van, azonkivül némely esetben kellemetlenségeket is okozhat, amennyiben igen nagy reactiós gyulladást vált ki. *Neuber Ede* prof.