84. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1940 június 1.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Slovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivataba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2.50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL
a szív és vérkeringés gyógyszere

REKONVALESCENTIÁBAN

«A Sympatol rendszeres adagolása a rekonvalescentiában /2-3 szor naponta 20 csepp/ különösen jó eredményt biztosit.»

Hegler, Fertőzőbetegségek. Leipzig, 1935.

HYPOTÓNIÁS ÁLLAPOTOKNÁL

«Ha egy szert akarunk választani ma, ugy a csekély toxicitás és mindennemü káros mellékhatástól való mentessége miatt a Sympatol lesz az, s amennyiben az egyes adagok megfelelően nagyok, – nem kisebbek 3 szor naponta 30 cseppnél, ugy kibontakozik előttünk a szivre való kitünő és általános tonizáló hatása.»

Störmer, Münch. med.Wschft. 1934, 705.

INGELHEIM

C. H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein
Tudományos iroda: Budapest V., Ferenc József-tér 5/6 félemelet 5

84. évfolyam. 22. szám. Budapest, 1940. június 1.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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: Sajátszerű heredodegenerativ idioplasticus combinatio. (281—282. oldal.)
Berkesy László: Paprikanedv és epehólyagreflex. (283—284. oldal.)
Szabó József: Kézigránát-robbanás által okozott tömegszerencsétlenség. (284—286. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)
Irodalmi szemle: (286—287. oldal.)
Könyvismertetés: (287. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (287—288. oldal.)
Lapszemle: (288. oldal.)
Vegyes hírek: (288—290. oldal és a borítólap III—IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Sajátszerű heredodegenerativ idioplasticus combinatio.

Irta: *Benedek László dr.*

Az alábbiakban 2 testvérről számolunk be, akiken többféle öröklési irányítottság mutatható ki; a két testvér fivére ugyanazon combinált örökletes betegségben szenved; a családkutatás biztosan kimutathatta, hogy az eddigi ismeretek szerint már az apai nagyapa typologiailag azonos heredodegeneratióban szenvedett. A betegségek együttes előfordulása nem hoz létre a versengő tényezők egymásrahatása folytán valamely interferentia-terméket az idioplasma-szerkezetben, hanem mindegyik kóros részconstitutio egymás mellett fejlődik; a törvényszerű szoros kapcsolat azonban felvenni engedi, hogy a genek egymással phaenotypusos megjelenésükben protective, mint ú. n. „genotypusos együttes" hatnak össze, sőt esetleg heterostatikusan, — mint nem allelomorph genek egymással függő viszonyban vannak. Az aránylag kevésszámú manifest tulajdonsághordozó az örökléspathologiai tényálladékok elemzésében óvatosságra int bennünket.

J. J. 28 éves, nőtlen, földműves. Felvétetett 1940. I. 29-én. *Kórelőzmény:* Apai nagyapa hemeralop, nagyot nem hallott. Állítólag főtt marhamáj evésére és annak főzetével történt szemborogatásra a hemeralopia 2 hónap alatt elmúlt. Kb. 12 éves korában vették észre először, hogy szürkületkor semmit sem lát és fokozatosan romlik a hallása is. Két testvérének ugyanilyen betegsége van. Szülők nem állanak vérrokonságban.

Jelen állapot: Jól fejlett és táplált. Halvány bőr. Téglavörös hajzat. Szemrések hossztengelye egymással tompaszöget képez. Rekesz kissé renyhén mozog, más szervi eltérés nincs. Agyidegek: szaglás ép. Látás: 5/50, illetve 5/50. Szemfenéki kép: degeneratio pigmentosa retinae mindkét szemfenéken, nem egészen typikus csontsejtalakú pigmentrögök. Látótér mindkét szemen kb 12 foknyira körkörösen beszűkült. Vörös színlátás csak a centralis látás központjában, (1. ábra.) Szemmozgások, szemtengelyek kissé befelé convergálnak. — Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Pupillák kerekek, egyenlőek, szűkek. Fényre renyhén, összetérítésre jól reagálnak. Optokinetikus nystagmus balraforgatásra durvább és lassubb. A VIII. agyideg vizsgálata: hangos beszédet közvetlen fül mellett hall. Rinné: positiv. C_4 hallásában minus 25 mp. Ép vestibularis functiók. Agyidegek részéről más eltérés nincs. Mozgatókör: testtartás, fejtartás, járás, coordinatio, cerebellaris motorium normalis. Felső- és alsó-végtag in-, periost.-reflexei, has-, cremaster-, talpreflex m. o. egyenlően kiválthatók, kóros reflex nincs. Érzőkör: protopathiás és epikritikus sensibilitás intact. Binet—Simon vizsgálat hozzávetőlegesen (szlovák anyanyelv) 10 év körül van.

Liquor: sejtszám 3/3, összfehérje 26 mg%, coll. görbék normalisak, Takara—Ara-r. +. Enkephalographia: mérsékelt hydrokephalus internus. Wa.-r. vérben és liquorban negativ. Vegetativ rendszer vizsgálata concret és biztosan értékelhető eltérést nem mutat. Tüdő, szív átvilágítás negativ. Vércukor 90 mg%. Cukorterhelés adrenalinnal és enélkül, 100 g dextroseval nagyjában normalis görbét ad. Vér-cholesterin: 160 mg%, calcium 10.6 mg%, B_1-, C-vitamintartalom 5 γ%, illetve 1.0 mg% (normalis értékek). Liquorban B_1-vitamin nincs, C-vitamintartalom 0.9 mg% (normalis). Vizelet fajsúlya 1023, fehérje, geny, cukor, urobilinogen, A-vitamin nincs; B_1-vitamin 16 γ%, napi mennyiség 224 γ; C-vitamin 1.2 mg%, napi 16.8 mg% (normalis értékek).

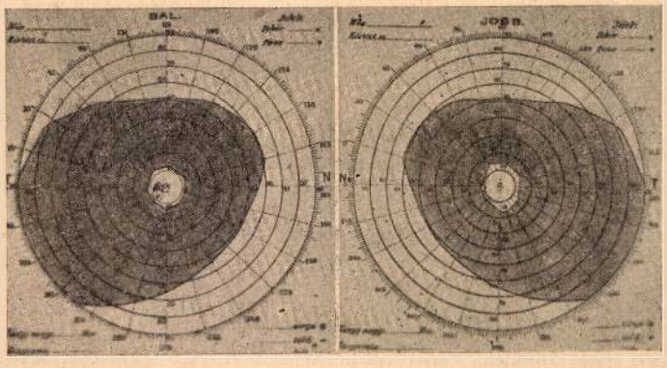
J. M., 16 éves, nőtlen, földműves. Felvétel: 1940. I. 29. *Kórelőzmény:* Betegsége — előbbi testvéréhez hasonlóan — 14 éves korában kezdődött.

Jelen állapot: Téglavörös hajzat. Szemrések tengelye egymással szöget képez. Szaglás: ép. Visus: egyik szemen 4 méter ujjolvasás, minus 0.75 D. sph. 5/12; másik szemen 5/25, minus 1 D-nyi cylinderrel a függőlegesben 5/12. Szemfenéken elszórtan láthatók pigmentszemcsék, de bátyja képe alapján nyilván ugyanoda fog fejlődni: degeneratio pigmentosa retinae o. u. Látótér: kb. 20—30° közötti concetrikus látótérszűkület, vörös színlátás csak a centralis látás pontjában (2. ábra). Szemmozgások minden irányban szabadok, nystagmus nincs. Optokinetikus nyistagmus egyforma. Pupillák rendben. VIII. agyideg: hangos beszédet füle mellett hall, Rinné positiv. C_4 hallása 25 mp-cel rövidült. Vestibularis működés ép. Agyidegek részéről más eltérés nincs. Mozgatókör: testtartás, fejtartás, járás, tonus, coordinatio, cerebellaris motorium normalis. Felső- és alsó végtagon in-, periost reflexek normalisak. Kóros reflex, clonus nincs. Érzőkör: protopathiás, epikritikus érzések normalisak. Binet—Simon-vizsgálat kb. 10 év körüli intelligentiakort ad. (szlovák anyanyelvű.)

Liquor: sejtszám 3/3, összfehérjetartalom 22 mg%, fehérje-reactiók negativok, kolloid görbék normalisak, Wa.-r. vérben és liquorban negativ. Liquorban C-vitamin normalis mennyiségű. Vegetativ kivizsgálások (atropin, pilocarpin kisérlet) értékelhető eredményt nem adnak. Liquorban A-vitamin, B_1-vitamin nincs, C-vitamintartalom normalis (1.4 mg%). Enkephalographia: AP-felvételen a bal oldalkamra conturja kisfokkal tágabb, ugyanez a PA-felvételen is megfigyelhető, értékelhető eltérés azonban nincs. Vizeletben B_1-vitamin 32 γ%, napi mennyiség 352 γ, C-vitamintartalom 0.8 mg% (rendes), A-vitamin nincs. Vizelet fajsúlya 1026, benne fehérje, cukor, geny, urobilinogen negativ. Vérben cholesterin 204 mg%, calcium 11.0 mg%, B_1-vitamintartalom 6 γ%, C-vitamintartalom 1.2 mg%. Vércukor 87 mg%, cukorterhelési görbe (100 g dextrose) adrenalinnal és anélkül rendes.

A betegség jelentkezésében a tesvéreken homochronia ismerhető fel. Vérrokonságot nem sikerült kimutatni. Érdekkel bír a családi kórelőzményből ki-

emelni, hogy mintegy 60 év előtt már a földművéslaikusok körében főtt máj-etetéssel és májkivonatos szemborogatásokkal sikereket értek el, így az apai nagyapának hemeralopiája is állítólag e kezeléstől meggyógyult. Legújabban ugyanis *Karsten—Takahasi* májbántalomra vonatkozó kutatási eredményei után békamájból előállított vitaminnal kisérletezett sikeresen. A probandusoknak családjában a hemeralopiával kezdődő retinitis pigmentosa, a nagyothallás, az imbecillitas és a vöröshajúság az eddigi kutatásaink szerint egy filiál generatiónak 3 tagján és az apai nagyapán homochronia mellett jelentkezett. Természetes, hogy a Bardet—Biedlféle ú. n. cerebralis adipositással szemben a fent leírt esetekben hasonlókat differentiálni szükséges annyival is inkább, mert utóbbi is (recessive) öröklődik. Az utóbbit a retinitis pigmentosa, értelmi defectivitás, a fiatal években fejlődés szintén jellemezheti; de eseteinket e formával szemben éppen az adipositásnak, a súlyos dysplasiának, koponya anomáliáknak és a genitalis-atrophiának hiánya élesen megkülönbözteti. A tiszta hemeralopia leggyakrabban, *Waardenburg* családkutatásai szerint, dominansan, egy kisebb rész recessive öröklődik. A myo-



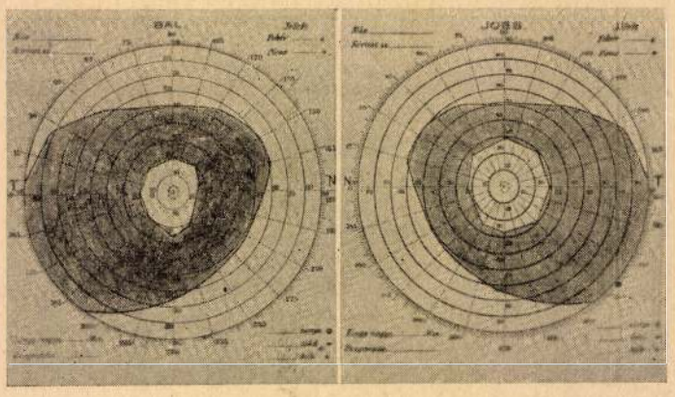
1. ábra. Az idősebb testvér (J. J.) látótere: igen erős concentrikus beszűkülés, vörösszinlátás (pontozott vonal) csak a centralis látás területén

piával combinált forma recessiv-nemhezkötött öröklési módot mutat. A retinitis pigmentosát már *Donders* hereditaer bántalomnak ismerte; idevonatkozólag *Bell* az irodalomból 366 családfát állított össze. Vérrokonság gyakori. A nők és férfiak osztozása a bántalomban közel egyforma volt. A bántalom nagyobbrészt recessive, egy jelentéktelen töredékrész nemhez kötötten-recessive öröklődik. A férfi nem osztózása *Leber* szerint 73%, *Scheurlen* a probandusok testvérségeiben $23.25 \pm 2.4\%$ beteget talált. A retinának pigmentelfajulása a pálcikák rétegéből veszi kezdetét, a fajlagos parenchyma-elemeinek degenerativ sorvadásával, az ereknek hyalinisatiójával járó bántalom, amelynek jellemző klinikai képében a centralis látásszélesség hosszú időn át megtartottsága mellett a concentrikus látótérbeszűkülés, gyűrűscotoma és a hemeralopia játszanak fontos szerepet. A diagnosist biztosítja a szemfenéken látható és csontsejtekhez hasonló pigmentfoltoknak jelenléte, bár kivételesebb formák (egyazon családnak tagjai között is) lehetségesek, amely pigmentelváltozás nélkül, mint retinitis punctata albescens esetei ismeretesek; (l. a pigmentnélküli tapeto-retinalis degeneratiót is).

A Corti-féle szervnek és a n. cochlearis hiányos fejlődéséből származó hereditaer nagyothallás *Albrecht, Nager* és mások kutatásai szerint többnyire monohybrid dominans módon mendelezik. A recessive öröklődő örökléses süketnémaságban *O. Mayer* a labyrinthban részben abnormalis csíra-előképzetet, részben dyskrinosis által feltételezett elváltozásokat talált. *Ewald* a központi hallási és beszéd „centrumokban" talált elfajulásokat, *Alexander* hibás fejlődés mellett, dysthyreosist is feltételez — az örökléses nagyothallásban.

Az ú. n. congenitalis juvenilis belsőfülnagyothallásnak különböző fokozatai lehetnek; az is lehetséges, hogy az emberi beszéd felfogására szükséges b^1—g^2 hangközt jól percipiálja, míg feljebb és lejjebb a Bezold-féle hangskálában szélesebb vagy keskenyebb hangdefectusok találhatók fel. A gyógypaedagógiának megteremtője *Itard* a szó és vocalitas differentiálása szerint 5 még ma is használt fokozatot különböztet meg.

Az imbecilitásnak öröklékenysége az Inke-, Zero-, Markus-, stb. családok után nem szorul különösebb bizonyításra. *Reubner* szerint egy gyengeelméjű házastárs esetén 300 családból származó 2013 gyermek között 22% lett imbecillis. Az utódokra nézve az öröklési prognosis tetemesen romlik az „assortative mating" gyakori előfordulása, vagyis a társválasztásban a saját értelmi standard előnyberészesítése által. *Davenport* és *Danielsen* szerint az imbecillis egyénnek normalis házastárssal kötöt házasságából az első generatióban az utódok 50%-ban osztóznak szüleik tulajdonságaiban; ez kizárja



2. ábra. A fiatalabb testvér (J. M.) látótere: kifejezett concentrikus beszűkülés, vörösszinlátás (pontozva) csak a centralis látás területében.

az egyszerű dominans öröklési typust. Két imbecillis egyénnek házasságából pedig a gyermekeknek csak ¾ része lesz gyengeelméjű; ez utóbbi nem felel meg az egyszerű (RR×RR) recessiv öröklésmenetnek. *F. Lenz* súlyosabb esetben: a recessiv, könnyebb esetben a dominans modust szeretné felvenni. Ugyanő az értelmi képességeknek „polymer" feltételezettségét hangoztatja. *Rüdin* számol az oligophreniák öröklésében a genotypusok különbözőféleségeivel. Az emberi hajszinnek öröklésmenetére nézve *E. Ficher* irodalmi adatgyűjtésére utalok. Mai ismereteink szerint a hajszin öröklési irányítottságát valószínűleg multiplex allelia (számos finomfokozatú homozygota öröklés-determinanssal) határozza meg épúgy, mint a vércsoportokhoz tartozást. A vörös szín — diffus pigmenttel — oly öröklési factorral bír, amely más színek tényezőivel szemben dominans.

Összefoglalás: Többfajta — örökletes irányítottság által feltételezett — betegség familiáris előfordulásának leírása: 3 fiutestvér hemeralopiával kezdődő retinitis pigmentosában, örökletes nagyothallásban, oligophreniában szenvedett, hajszinük törvényszerűen vörös volt; hemeralopiája volt az apai nagyapának is. Mindez nem mint az idioplasmában a versengő tényezők által létrehozott interferentia termék értelmezendő, hanem mint kóros részconstitutio egymás mellett fejlődik, azonban lehetséges, hogy a képviselő genek a „genotypiás együttes" értelmében a phaenotypiás megnyilvánulásban protectiv, sőt esetleg heterostatikusan —, mint nem allelomorph genek — függő viszonyban vannak egymással.

A Ferencz József Tudományegyetem belgyógyászati-diagnostikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

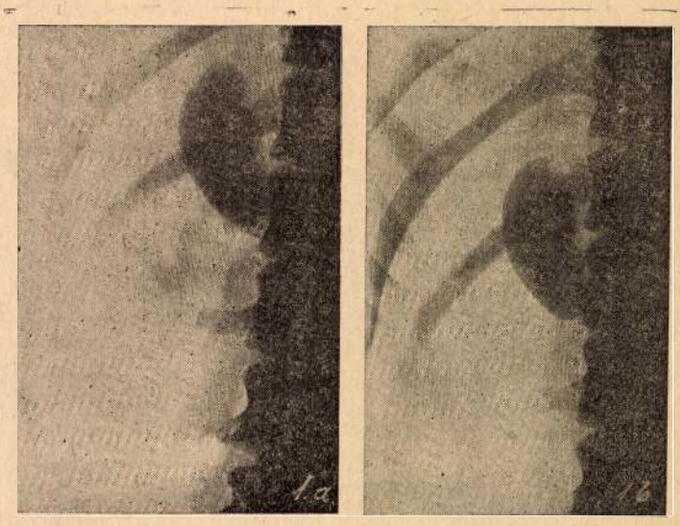
Paprikanedv és epehólyagreflex.

Irta: *Berkesy László dr.*, magántanár.

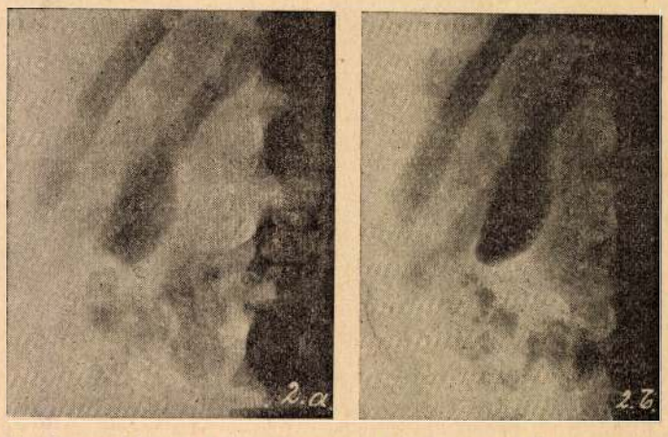
Rosenthal vizsgálatai után, melyek a phenolphtalein natriumsójának az epe útján történő kiválasztására vonatkoztak, *Graham* és *Cole* tetrabrom-, majd tetrajodphenolphtalein-natrium alkalmazásával kidolgozták azt az eljárást, melyet azóta mint cholecystographiát alkalmazunk s amely elsősorban az epekő kórismézésébe hozott új fejezetet. Ezzel a sugárfogó eljárással lehetővé vált az epekövek többségének, tehát a kis fajsúlyú cholesterin- és bilirubin-köveknek láthatóvá tétele, mint u. n. negativ kőárnyékoknak megjelenítése az epehólyagot kitöltő anyagban. Az eljárás jelentősége azonban nemcsak az epekőbetegség kórismézésében növekedett nagyra, hanem az epehólyag helyének, nagyságának, izomzata tonusának, a szomszédos szervekhez való viszonyának megitélésében is; valamint fontos útmutatóul szolgál az epehólyag nyálkahártyájának kóros, tönkrement, gyulladt állapotaiban, ami a concentráló képesség csökkenésében nyilvánul.

Hasonlóképen jóformán csak ilyen módon juthatunk el oda, hogy az epehólyagnak a szomszédos szervekkel — máj, duodenum, antrum ventriculi, colon — való összenövéseiről felvilágosítást kapjunk.

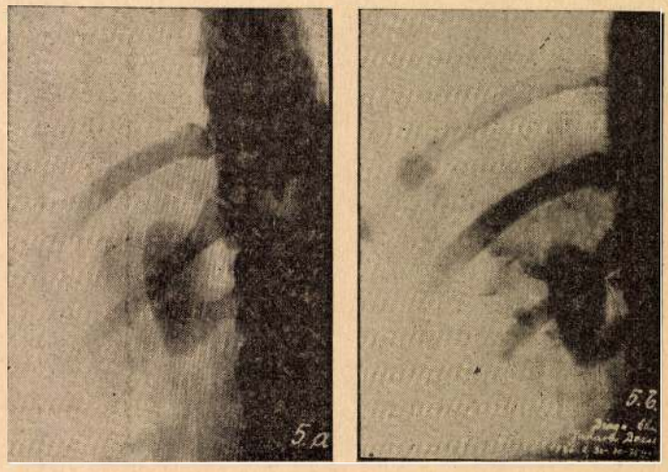
Egyidőben ezekkel a diagnostikai lehetőségekkel kidolgozták a kérdésnek azt a részét is, amely az epehólyag kiürülésére s az ezzel kapcsolatos kérdésekre vonatkozik. Lehetővé vált a már azelőtt ismert eljárásoknak a röntgenképben való lerögzítése, tehát annak regisztrálása, hogy az epehólyag tartalmának pepton magnesiumsulfat, zsírdús ételek, (vaj, tojássárgája) ingerére vagy az epehólyag falának sima izomzatára ható szerek: a pilocarpin s elsősorban hypophysis-készítmények hatására mennyire képes az epehólyag izomzata összehuzódni, megkisebbedni s tartalmát, az u. n. B epét kiüríteni. Ennek az epehólyagreflexnek vizsgálata elsősorban az epehólyagfal állapotáról ad felvilágosítást, másodsorban az epe szabad lefolyásának lehetőségéről; ezenkivül szolgálhatja az összenövések jobb kimutatását is. Ezek alapján tudunk ma olyan tényeket, hogy pl. ezen ingerek bármelyikére előbb a körkörös, azután a hosszanti izomzat húzódik össze, vagyis az epehólyag előbb karcsubbá, azután rövidebbé válik s eközben gyakran sikerül láthatóvá tenni a sugárfogóanyaggal kitelődő ductus cysticust és choledochust is. Ez a megkisebbedés rendesen 30—40 perc alatt fejlődik ki s az ép epehólyag az eredeti nagyság ⅓-ára csökken. Innen tudjuk, hogy idős emberek ektasiás és gyönge izomzatunak látszó, tehát álló felvételen széles fundusú, körtealakú epehólyagja, valamint a ptotikus epehólyagok is a kedvezőtlen mechanikus körülmények ellenére ép oly jól ürülnek ki, mint a normalisok. Ha a kiürülés nem történik meg, vagy csak rosszul illetve elhuzódóan, ha tehát az epehólyag megkisebbedése elmarad vagy késik, ez csaknem kizárólag a fal idülten beteg állapotára mutat, tehát megvastagodására, zsugorodására, amint ez ismételt cholecystitisek után rendszerint be szokott következni. Az összenövésekből származó kontur-egyenetlenségek a contrahálódó állapotban fokozottabban jelennek meg, a kontur csipkés vagy egy helyen kihuzott marad vagy előbb egyáltalán nem is látszott torzulás jelzi az összenövést. Úgyanezt a kiürülési mechanizmust használjuk fel olyan esetben, midőn a rosszul vagy változóan működő májbeli kiválasztó tevékenység miatt csak gyönge contrast keletkezik és ebben az árnyékkülönbség oly kicsiny, hogy kisebb kövek nem lesznek láthatók. Ilyenkor azután az összehuzódó epehólyagban a súgárfogó töményebbé válik s nemcsak az epehólyag alakjáról, kontur egyentlenségéről kapunk jobb képet, hanem a contrastkülönbség fokozódásával apróbb kövek is kimutathatók lesznek.



1/a: ép epehólyag, egyenletes contrast. 1/b: paprika ingerre nyilvánvaló megkisebbedés, a contrast lényegesen mélyebbé válik, ezzel együtt a konturok tisztábbak, élesebbek.

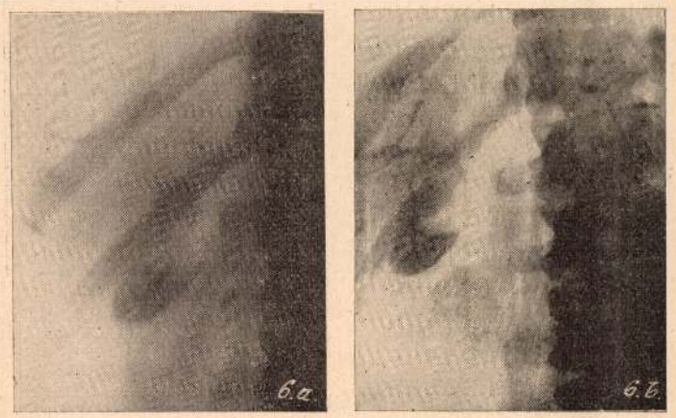


2/a: ép epehólyag, halvány contrast, a funduson a gázos colon benyomatot okoz. 2/b: megkisebbedett epehólyag, a contrast igen méllyé vált, körvonalak élesebbek.

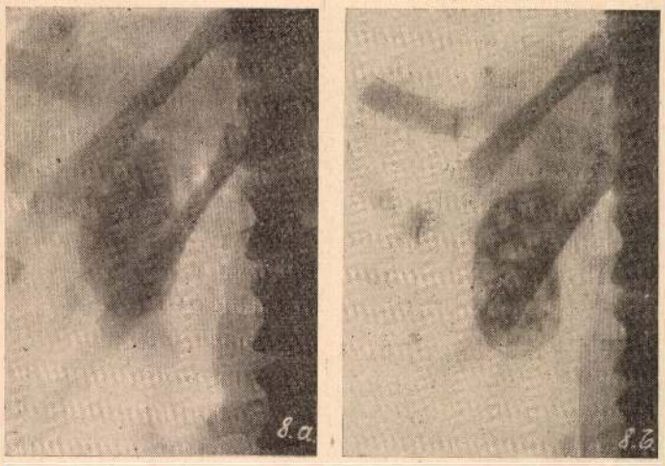


5/a: egyenletes, halvány telődésű epehólyag, a fundus medialis szélén, az I. lumb. porc. transv. magasságában a kontur bizonytalanná válik. 5/b: az inger után a jól összehúzódó, mélyebb árnyékú s élesebb körvonalú epehólyagon csak most tünik jól ki, hogy a fundus medialfelé kampóalakuan fölhuzott és rögzített.

Nemrégiben Kolozsvárott *Elfer* professzorral vetődött fel az a gondolat, mi módon lehetne tárgyi és megrögzíthető bizonyítékát szolgáltatni annak az észleletének, hogy zöldpaprikából kisajtolt nedv itatása illetve vékony sondával a duodenum nyálkahártyájára juttatása után erős epeáramlás indul meg s amely jelenség vagy a májra vagy az epehólyagra gyakorolt ingernek lehet a következménye. Ennek eldöntése a cholecystographia segélyével a következő módon történt. A klinikánkon szokásos intravenás eljárással, cholumbral töltéssel előkészített betegekkel az első felvétel után 3 zöldpaprika kisajtolt nedvét, ami kb. 12—15 ccm. szokott lenni, itattuk meg s 20—25 perc mulva második felvételt készítettünk.



6/a: foltos, egyenetlen telődés az epehólyag fundusában; felső ⅔-ada üresnek látszik, körvonalai épen csak sejthetőek. Kő jelenlétét bizonyossággal kimondani nem lehet. 6/b: inger után: a fundus telve apró negativ kőárnyékokkal, az epehólyag felső ⅔-át hatalmas magános kő tölti ki.



8/a: facettált kövekkel zsufolt, nagyobb epehólyag. 8/b: inger után a nagyszámú kö ellenére, az epehólyag igen szépen tudott összehuzódni, a sugárfogó anyag és a kövek közötti kontrastkülönbség fokozódása folytán a kép sokkal szebb.

Néhány kiválasztott felvételen demonstráljuk azokat az eredményeket, melyeket ez eljárással nyertünk.

A közölt néhány felvétel tehát a jólismert eredményeket mutatja: paprikanedv hatására az epehólyagok már e rövid idő alatt megkisebbednek, a ductus cysticus láthatóvá válik, a contrast minden esetben mélyebb, a kép szebb, a negativ kőárnyékokkal szemben a contrast fokozódás folytán a kőkimutatás sokkal biztosabb, előbb rejtett öszenövés láthatóvá válik, stb.

Ezek alapján megállapíthatjuk: 1. hogy a paprikanedv a duodenum nyálkahártyájára juttatva epehólyagreflex kiváltására alkalmas, tehát hasonlóan hat, mint a tojássárgája és zsirdús ételek: 2. hogy a kisajtolt paprikanedvben vagy cholagog hatású anyagnak kell lennie vagy egyszerüen a doudenum nyálkahártyájáról kiváltott erélyes inger hatására létrejövő reflex szerepel. Ha az előző feltevés bizonyulna valónak, akkor ez talán az e téren amugy is szegényes gyógyszeres fegyvertárunkat fogja gyarapítani.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

A Tisza István Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye. (Igazgató: Jankovich László ny. r. tanár.)

Kézigránát-robbanás által okozott tömegszerencsétlenség.

Irta: *Szabó József.*

A közelharc egyik leghatásosabb fegyvere a kézigránát. Az újabb typusú ú. n. tojásgránát női ököl nagyságú, jóval kisebb, mint a világháborúban használt nyeles gránát. A tojásgránátnak szállítási és robbantási biztosítéka van. Eldobás után a biztosítékok a centrifugális erő folytán maguktól kihullanak. Miután a gránát biztosítékaitól megszakadult, a legkisebb ütődésre is felrobban. Hatáskörzete 20—25 m. Hatása két tényezőből áll: légnyomásból és repeszhatásból; ehhez csatlakozik esetleges mellékhatásként a füst, korom és láng.

Jelen esetben a tojásgránát kézben robbant fel. Az eset rövid előzménye a következő: A katonák gyakorlat közben kézigránátot dobáltak és ezután a gyakorlóteret az előírt szabályzatnak megfelelően átkutatták, fel nem robbant gránátot azonban nem találtak. Másnap egy iskolásgyermek mégis felvett egy ottfelejtett gránátot, társai köréje gyültek és együtt nézegetni kezdték. A gránát közben felrobbant és 5 gyermek a helyszinen, egy pedig kórházbaszállítás közben meghalt. 3 súlyosan megsérült.

A katonai hatóság boncolást rendelt el a következő kérdések tisztázása végett: 1. Mi okozta a robbanást? 2. Hogyan történt az? 3. Ha a robbanást gránát idézte elő, kinek a kezében robbant fel az?

Boncoláskor a következő elváltozásokat találtuk:

1. eset. [l. ábra *a*)]. P. A. 12 éves fiu hasbőre és izomzata teljes hiánya a belek kifordulásával. Szétszórt folytonosságmegszakítások az arc, a törzs és combok első felszinén. Búzaszem nagyságú csonthiány a jobb belső szemzug felett 1 cm-nyire, ennek megfelelően az arc jobb homloklebenyének elülső részén roncsolás van, mélyén mákszemnyi repeszdarabon kívül számtalan apró csontszilánk. A máj bal lebenyének 5 pengős nagyságú roncsolása. A gyomor elülső oldalának, a bal kézfejnek, a jobb hüvelyk és mutatóujjnak teljes hiánya. Elől szakadozott és véres ruházat.

2. eset. M. A. 11 éves fiu. Tyúktojásnyi- gombostűfejnyi folytonosságmegszakitások a homlok, arc, nyak, mellkas és a felső végtagok bőrén elől, néhol a lágyrészek hiányával. 2 mm nagyságu anyaghiány a jobb homlokdudoron. 5 pengős nagyságú agyroncsolás a jobboldali homloklebenyben, benne csontszilánkok és egy borsónagyságú, szabálytalan, szögletes repeszdarab. Mogyoró nagyságú anyaghiány a jobb tüdő felsőlebenyében, benne borsnyi repeszdarab.

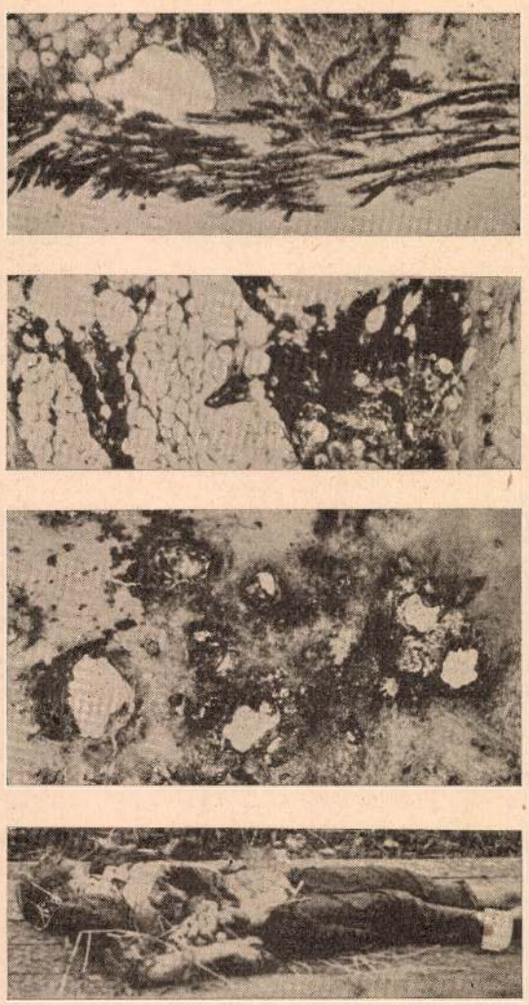
3. eset. M. F. 13 éves fiu. Kisebb-nagyobb bőrhiány az arcon, törzs és karok felső felszinén és a lágyékhajlatokban. 5 mm széles, köralakú koponyacsonthiány a bal homlokdudor alatt. 10 filléresnyi agyroncsolás a bal Sylvius-árok mögött, benne mákszemnyi repeszdarab és számtalan csontszilánk. A szív jobb kamrájának sérülése. A máj jobb lebenyének repedése és a hátsó oldalig hatoló roncsolás. A bordák szabálytalan alaku csonthiánya a bordaközti izmok roncsolásával. Vérrel töltött szivburok.

4. eset. Sz. M. 12 éves fiu. Lúdtojásnyi-, mogyorónyi-, búzaszemnyi bőrfolytonosság megszakítások az áll bal olda-

lán, a bal vállcsúcson, a balkaron és kézháton, a bal lágyékhajlatban, a bal comb felső oldalán és a mellkas bal oldalán. Hasbőr- és izomhány a bal bordaív alatt a vékonybelek kifordulásával. Szívburokvérzés. A balkamra búzaszemnyi sérülése. Két 5 pengős nagyságú vérbeszűrődött terület a bal tüdő felső lebenyében. Bélszakadás, bordatörés.

5. eset: Sz. J. 10 éves fiu. A bal pofa bőrének és izomzatának hiánya. Szétrobbant jobb szemteke. Törés az alsó állkapocs jobb oldalán. Ludtojásnyi, izomzatig hatoló roncsolás a nyak jobb oldalán. Kétpengősnyi-, mogyorónyi-, borsónyi nagyságú anyaghiány a mellkas és végtagok elülső oldalán. Folyékony vér a szívburokban és mellüregben. Kölesnyi anyaghiány a szívburkon és a szíven. 5 pengős nagyságú, vérbeszűrődött területek a tüdők felső lebenyében. Repedés a máj bal lebenyében.

6. eset. M. L. 17 éves fiu. Fillérnyi- pengősnyi bőrfolytonosságmegszakítások a jobb karon, a jobb lapocka alatt, a mellkas és a has jobb oldalán, a jobb comb elülső és oldalsó részén, a bal alkaron és bal lábfejen. Vérbeszűrődött területek a jobb tüdőben, részben anyaghiánnyal. Csillagalakú, roncsolt repedés a máj jobb lebenyének domborulatán. Bordatörés csonthiánnyal.



a) P. A. 12 éves fiu holtteste; *b)* M. L. 17 éves fiu mellkasbőre. Filléresnyi-pengősnyi bőrfolytonosság megszakitások körül koromfelrakódás és kisfokú hámpörkölődés; *c)* Lapszerint készült metszetben a bőralatti zsir- és kötőszövet között igen sok korom látható; *d)* Gyapjúszálak a bőralatti zsirszövetben.

A hat boncolt holttesten, — mint láthatjuk, — a sérülések szembetűnően súlyosak és többet közülük repesz, illetve légnyomás hatásával teljesen megmagyarázni nem lehet és ezért arra kell gondolni, hogy a fenti tényezőkön kívül előidézésükben más is közrejátszott. A vizsgálatok azt mutatják, hogy számolnunk kell a repesz és légnyomás hatásán kivül egy harmadik tényezővel is. A repeszdarabok ugyanis nagyságuknál sokszorta nagyobb csontdarabkákat szakítottak ki és törtek szét és ezek a csontszilánkok idézték elő a szerveken, így az agyon lévő nagyobb kiterjedésű roncsolásokat. Valószínű, hogy ezek a roncsolások, illetve a csontszilánkok lehasadásának előidézésében nemcsak a repeszdarabok játszanak szerepet, hanem a légnyomás is, éspedig a következőképen: ha a gránát darabjai áttörik a koponyacsontot, vagy a bordákat, ezekből kisebb darabokat lehasítanak, az ugyanakkor ható légnyomás pedig ezeket tovább viszi a szervezetbe, ahol is igy a roncsolásokat nem tisztán a csontszilánkok idézik elő, hanem a légnyomás is. A májon lévő sérüléseket pl. nem is lehet másképen megmagyarázni, mert ott megtaláljuk ugyan a szétszakított csontdarabkákat mélyen a máj állományában, azonban az egyes sérülések nagysága, alakja és iránya azt mutatja, hogy azok keletkezésében a légnyomás is szerepel; a roncsolt területekben ugyanis csontszilánkokat találunk, a repedésekben azonban nem.

Ezenkívül természetesen a robbanás többi tényezői is hoznak létre sérüléseket: A légnyomás következtében a ruhák egyes helyeken szétszakadoztak, cafatokra estek szét és a nagy légnyomás következtében nemcsak a bőr alá préselődtek be, hanem megtalálhatók az izomzat között, továbbá a has és mellüregben is. A légnyomás hatása olyan erős, hogy a ruhafoszlányok a bőrben a bőralatti kötőszövet közé préselve a sérülésektől akár 1—2 cm-nyire is megtalálhatók, mint ezt a *d) ábrán* láthatjuk, a bőrön pedig mindenütt és mindegyik tetemen kisebb-nagyobb foszlányos szélű, szabálytalan alakú anyaghiányt lehetett látni. Ezek a sérülések a talált repeszdarabokhoz képest túlnagyok, pl. a *b)* ábrán látható bőrsérülések alatt a mellkasi izomzatban 4 mm-es és annál kisebb repeszdarabokat találunk, viszont a sérülések nagysága, mint ez látható, 1, esetleg 2 cm is van. A bordaközti izomzatban elég nagy mennyiségben találunk ruhafoszlányokat, ami valószínúvé teszi azt, hogy ezek nem tisztán a repeszdarabok hatása következtében jöttek létre, hanem a légnyomás hatására a leszakított ruhafoszlányok oly nagy erővel préselődtek a megrepedt és sérült bőrbe, illetve bőr alá, hogy az engedni volt kénytelen. Csak így keletkezhettek azok az alávájt sérülések, amelyek néhol a laza kötőszövetig terjednek vagy néhol akár a zsírszövetbe jutottak.

Mindezekből látható, hogy a sérülések keletkezésében az elsőrangú tényezőként felvehető légnyomáson és repeszhatáson kívül a lerepedt csontszilánkok is súlyos és mélyreható roncsolásokat idéztek elő főleg az agyban. A lánghatás teljesen minimalisnak mondható, mert hiszen ez súlyosabb sérüléseket nem idézett elő és csak a hám pörkölődött meg egyes helyeken. A füst- és koromhatás azonban kifejezetteb. A magas légnyomás a bőralatti kötő- és zsírszövet közé préselte be, amint azt lapszerint metszett szövettani készítményeken jól látható. [*c)* ábra.]

A feltett kérdések közül az első azért merült fel, mert a vezető tiszt azt állította, hogy a gyakorló téren fel nem robbant gránát nem maradhatott és a robbanást valami más idézhette elő. Azonban mindegyik holttestben találtunk fémdarabokat, amelyek a későbbi vizsgálatkor repeszdaraboknak bizonyultak. A másik két kérdésre egy kissé nehezebb választ adni. Azt meg lehet állapítani, hogy kinek a kezében robbant fel a gránát, de hogy mikép történt az, arra határozott választ adni nem lehet. Mint az első boncjegyzőkönyvi kivonatból világosan kitünik, P. A. sérülései arra mutatnak, hogy csakis az ő kezében robbanhatott fel a gránát, mert egyedül neki hiányzott a keze. A többi robbanási tényező hatása is ezt bizonyítja, ugyanis a légnyomás, füst, koromhatás nála érvényesült a legjobban. De ezt

bizonyítja a hasbőr és az izomzat hiánya is. P. A. balkezét a helyszinen kerestük, azonban a leggondosabb kutatással sem tudtuk azt megtalálni. Ez azon feltevésre késztetett bennünket, hogy a májon lévő sérülések, esetleg a bőrsérülések egy része is úgy keletkezett, hogy P. A. bal kezének csontjai a robabnás következtében szétrepedtek és az így keletkezett csontszilánkok idézték elő azokat. Hogy maga a robbanás hogyan történt azt nem sikerült teljesen tisztázni. Mint a boncjegyző könyvben leírt sérülésekből látható, a robbanás közvetlen közelről érhette a sérülteket, azt azonban nem tudtuk megállapitani, hogy a kézigránátban volt-e még biztosíték és a földről történt felvétel alkalmával rögtön felrobbant-e, vagy pedig P. A. játszadozott vele, forgatta, esetleg ütögette is és ennek volt a következménye a robbanás. Tény azonban az, hogy P. A. jobbkezének mutatóujja hiányzott, ami azt a feltevésünket valószínűsíti, hogy játszadozott a gránáttal, esetleg mutatóujjával piszkálta is és a még véletlenül benne lévő utolsó biztosítékot ő billentette ki belőle.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A vörösvérsejtképzés vérző fekély után. *Lyons-Brenner.* (Amer. Journ. Med. Sci. 198. 4.) Szerzők 237 gyomor-, ill. duodenum-, vagy jejunum-fekélyes beteget vizsgáltak. A kivérzettség foka szerint csoportokba osztották őket vizsgálták a vörösvérsejtszám változását. A kivérzettség fokmérője a legalacsonyabb vörösvérsejtszám volt. Úgy találták, hogy a vvs.-szaporulat annál gyorsabb, minél nagyobbfokú a kezdeti anaemia, a jobban kivérzettek azonban mégis később érik el a normalis értékeket. A vvs.-szaporulat legnagyobb volt az első és negyedik héten. A szaporulat nem függött sem az étrendtől, sem a fekvéstől, sem a gyógyszertől (vas), vagy a környezettől (kórházban, vagy otthon). A vérátömlesztés sem gyorsította a vvs.-szaporulatot, csak a valóban kapott vvs.-számnak megfelelően. Hogy mi a magyarázata annak, hogy a negyedik héten nagyobb a szaporulat, mint a másodikon, vagy a harmadikon, nem tudjuk. (G. 31.)

Juvancz Iréneusz dr.

Sedormid okozta purpura haemorrhagica. *E. H. Falconer, I. C. Schumacher.* (Arch. of Int. Med. 1940. 1. 122.) 1933—1938. között 42 esetet közöltek, melyben sedormid vétele után purpura haemorrhagica jelentkezett. 2 eset kivételével ccmként 80.000 alatt volt a thrombocyták száma. A szerzők egy ilyen sedormidra túlérzékeny esetben C-vitamin adására a purpura intensitásának csökkenését, vagy a javuláshoz szükséges idő megrövidülését nem észlelték. A vizsgált beteg sedormidra csak enyhén volt érzékeny és egy év múlva még érzéketlenebbé vált. — Sedormiddal kiváltott purpura roham előtti és utáni sternum-punctatum qualitativ vizsgálata fiatal granulocyták, myeloblastok, myelocyták és metamyelocyták szaporodását mutatták. A vvs.-képzést szintén emelkedettnek találták. A megakaryocyták száma nem nőtt. A thrombocytákon kívül a peripheriás vérben a többi vértest lényeges számbeli változást nem mutatott. (B. 45.)

Bene Jenő dr.

SEBÉSZET

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

Az emlőrák előfordulásáról különös tekintettel a petefészek functiójára. *Heiberg.* (Acta. Chir. Scand. 83. 6.) A Népszövetség Anglia, Hollandia és Olaszországra vonatkozó emlőrák-adatait használja fel munkájában. Kimutatja, hogy a férjhez ment nők halálozása magasabb, amely a régi Herrel-féle felvétellel ellenkezik. Ugyanezt találta Dániában is 1200 felülvizsgált betegen. Ugyancsak saját anyagából kiderül, hogy emlőrákos nőkön a kiimakterium később következik be, mint nem rákosokon. További vizsgálatok szükségesek szerinte annak a kimutatására, hogy milyen jellezű az a rák, amelynek jelentkezése a petefészek működésével van összefüggésben. (F. 36.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az arteria-resectiók hatásáról. *Strömbeck.* (Acta. Chir. Scand. 83. 6.) A szerző a francia irodalomban újabban ajánlott arteria-resectio eredményét vizsgálta nagyobbszámú kisérleti nyúlon és arteriographiával ellenőrizte az arteria-resectiók után beálló elváltozásokat. Sikerült kimutatnia, hogy a thrombotisált arteriákon a resectio után arteriographia segítségével semmiféle elváltozás, illetőleg javulás nem következik be. (F. 37.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A csontvelő szerepéről a csontregeneratióban kisérleti vizsgálatok alapján. *Levander.* (Acta Chir. Scand. 83. 6.) A szerző nagyobbszámú nyúlon a lágyrészekben csontvelőbeültetést végzett. A szövettani vizsgálatok azt mutatták különböző idő eltelte után, hogy az átültetet csontvelő sejtjei elhalnak. Az új csont az implantatum körüli mesenchym szövetből keletkezik. Ennek alaján a szerző kimondja, hogy a csontvelőben praeformált osteoblastok nincsenek. A csontvelő a benne lévő ezidőszerint még ismeretlen anyagnál fogva képes a nem specifikus meneschym-szövetet olymódon befolyásolni, hogy az csontszövetté differentiálódik. (F. 38.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Újabb adat a hasnyálmirigycysták sebészi kezeléséhez. *Kafka.* (Arch. f. Klin. Chir. 198. 3. Szerző két operált hasnyálmirigycysta ismertetésével kapcsolatban nem ajánlja a gyomor elsőleges cystaanastomosisát, ha erre mégis szükség volna, úgy a lateralis pankreatogastrostomia végzendő. Általában előnyben részesítendő a marsupialisatio és ha azután is fennmarad a fistula, úgy gyomor-béltractus-anastomosis készítése ajánlatos. (F. 39.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

Az előlfekvő lepény kezelése különös tekintettel a hüvelyi szülési módszerekre. *Goecke.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 1. 11.) Az előlfekvő lepény kezelésében az újabb időben a császármetszés teljesen hátérbe szorította a régi, jól bevált hüvelyi eljárásokat, azzal a megokolással, hogy császármetszéssel kisebb az anyai és magzati halálozás. E megállapítás csak egyes szerzőkre vonatkozhat, mert egy újabban megjelent gyűjtőstatistika szerint az anyai halálozás császármetszés után 7.7%, míg a hüvelyi megoldás anyai halálozása 5.5%. A magzati halálozás császármetszés után 10.5%, a hüvelyi műtétek után pedig 26.4%. A magzat szempontjából tehát előnyösebb a császármetszés. Több szerző éppen népesedéspolitikai szempontból követeli a császármetszés minél szélesebb körbeni kiterjesztését. Ha azonban figyelembe veszszük a császármetszés után jelentkező nagyon is gyakori meddőséget, akkor épen népesedéspolitikai szempontból inkább a hüvelyi eljárást kell előnyben részesítenünk. Szerző beszámol 71 előlfekvő lepény sorsáról. A szülést 77.8%-ban hüvelyi úton fejezték be és csak 22.2%-ban végeztek császármetszést. Eljárásuk helyességét igazolja az eredmény, amennyiben az anyai halálozás 4.2% volt, vagyis kisebb, mint a gyújtőstatistika százaléka. A magzati halálozás (26.6%) megfelel az irodalmi átlageredményeknek. (B. 2.)

Farkas József dr

A gyermekágyi emlőgyulladás kezelése rövidhullámmal. *Götz.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 51.) Gyermekágyasok emlőgyulladásának kezelésére 76 esetben alkalmazta a rövidhullámot. „Undulla B dux" szikraközös készülékkel sugárzot be. Az elektródokat az esetek szerint vagy cserépfedélszerűen a mellen, vagy pedig az egyiket a mellen, másikat pedig a háton alkalmazta. A besugárzást naponta 1—2-szer végezték, mindig 20 percig közepes energiával, vagyis olyan erősséggel, hogy a beteg kellemes meleget érezzen. Az igen erős besugárzás mindenképen elvetendő, mivel a cél nem a beolvasztás, hanem a tünetek visszafejlesztése. A kezelések között mint gyulladást gátló kezelést, jégtömlőt is alkalmaztak. Hogy a hideg- és meleg-kezelés közötti erősebb contrasthatást kikapcsolják, a rövidhullámú kezelés után csak 1—2 óra elteltével alkalmazták a jégtömlőt. A 76 esetből — melyek kettő kivételével magas lázzal jártak — 20-on a folyamatot sikerült visszafejleszteni (26%). Végeredményben a gyermekágyi emlőgyulladás rövidhullámú kezelése az eddig alkalmazott rövidhullámú kezelésekkel legalább egyenértékű. A Bier-eljárással és a különböző injectiós kezelésekkel szemben — tekintve ezek fájdalmas voltát —, mindenképen előnyben részesítendő. (B. 4.)

Hady László dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A gyermekkori essentialis hypochrom anaemiáról. *Garsche.* (Ztschr. f. Khk. 61.) 1¾ éves gyermek esetét írja le, ki 3½ évig állott megfigyelés alatt. Ezzel kapcsolatban tárgyalja a gyermekkori essentialis hypochrom anaemiát, mely nem egyezik az achyliás chloranaemia fogalmával. E betegségekben ugyanis még súlyos esetekben sem állandó, illetve jelentős tünet az achilia. Ezzel szemben sajátságos gyomor-bél motilitási zavar szokott előfordulni. Jellemzők továbbá: subaciditás, fokozott vékonybélperistaltica, dysphagia oesophagusspasmussal és az emésztőcsatorna nyálkahártyájának atrophiájával. A kórkép aetiologiája, vagyis a vasresorptio zavarának oka ismeretlen. A lefolyás chronikus. A vastherapia substitutiós therapiának bizonyult, abbanhagyásakor a kép újból romlik. (K. 34.)

Gerlóczy Ferenc dr.

Vesevérzés keletkezése diphtheria esetén. *Stiepel.* (Mschr. f. Khk. 79.) Tizenöt diphtheria esetében végzett vesekórszövettani vizsgálatokat. Ezek közül 8 esetben talált vérzést a glomerulustokban és a vasa efferentiák kezdetén. A vérzés helye minden esetben annyira szabályszerű volt, hogy a magyarázat kézenfekvő a hajszálerek áteresztőképessége a diphtheria-toxin folytán megnövekedett s a fokozott permeabilitás miatt a vörösvérsejtek per diapedesim kiléptek az érből. Vizeletportiók gondos vizsgálatát ajánlja, mert a vizeletben ilyen módon jelentkező vörösvérsejt napokkal megelőzi a bőr, endokardium vagy egyéb vérzéseket. Therapiának C-vitamint ajánl. (K. 43.)

Mendelényi Margit dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Az idült és makacs gonorrhoea reconvalescens serumkezeléséről. *F. L. Martinez.* (Derm. Wschr. 110. 7.) Az idült gonorrhoeás betegek azon csoportjában, ahol az uliron-therapia sikertelenségének oka a szervezet védekezőerőinek csökkenésében rejlik, a hiányzó ellenanyagokat reconvalescens serum adásával pótolhatjuk. Serum adására olyan erőteljes egyének alkalmasak, akik heveny-, vagy félheveny gonorrhoeájukból 1—2 uliron-lökéssel gyógyultak és 1—2 hónapos reconvalescensek. A szerző 15—20 ccm serumot adott az i. v. és 20—25 ccm-t az i. m. alkalmazásban ojtásonként, 3—5 napi időközökben, összesen 3—5 alkalommal. Serumreactiókat, mint csalánkiütés, izületi fájdalmak, láz, összesen csak 2%-ban észlelt. Ilyen módon 45 gonorrhoeás beteg közül 85%-ban sikerült teljes gyógyulást elérnie. Először *Szép Jenő* számolt be az O. H. 1937. évi 37. sz.-ban a go. reconv. serum-kezeléséről.) (Sz. 43.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A bőr alkali-közömbösítéséről. *M. Zingsheim.* (Dermat. Wschr. 110. 13.) Ismerteti *Burkhardt* eljárását, mely a bőrfelület alkaliákat közömbösítő képességének meghatározására szolgál. Nemcsak alkali-túlérzékeny betegeket vizsgált, hanem más bőrbetegeket is, mintegy 300-at. Eredményei a következők: az *alkali-ekzemás* betegek bőre lassan közömbösít, az *alkati-ekzemák* ezzel szemben gyorsan. Általános heveny psoriasisban a bőr közömbösítése lassú, míg hosszú ideje fennálló kisterjedelmű psoriasis esetében gyors. Foglalkozás szerint jó neutralisatiót mutatnak pl.: hivatalnokok, kereskedők. Fiatalkorban és túlérzékenység folytán keletkezett ekzema eseteiben feltünő gyors a közömbösítés. A bőr megváltozott reactióképessége sok esetben befolyásolja a neutralisatiót. (Sz. 45.)

Kardos Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az egyéniség diagrammja. Irta: *Veress Elemér* egyet. tanár. (Ablaka György, Szeged).

Nagyon érdekes, 69 oldalas füzet, melyben a szerző azon, jórészt magaszerkesztette, vizsgálatairól számol be, melyek segélyével a rendes képességvizsgálatokon túl igyekszik az egyén jelleméhez és belső tulajdonságaihoz közelebb férkőzni. Eredményeit két különböző egyénen végrehajtott vizsgálatokkal demonstrálja.

Vámossy prof.

Klinikai therapia. I. kötet. Szerkesztette és kiadja: *Müller Vilmos dr.* (1940. 854 oldal. A teljes munka ára kötve: 60 P.) A „Klinikai Recipekönyv", a „Klinikai Diagnostica" és a „Belgyógyászat Kézikönyve" érdemes szerkesztője újabban megint egy kitünő összefoglaló munkával gazdagította sikereit, aminek létrehozásában klinikáink és kórházaink jeles fiatalabb erői vettek részt. Az I. kötet a sebészet (*Matolay Gy., Czirer L.*, és *Mészáros K.*), belgyógyászat (*Kalocsay K., László B., Doleschall F., Müller V., Sebestyén Gy., Vándorfy I., Ronethal J., Nagy S., Baráth J., Kemény E., Csáki L.* és *De Châtel A.*), ideg- és elmegyógyászat (*Klimes K.*), szülészet és nőgyógyászat (*Szarka S.* és *Schilling B.*) fejezeteit öleli fel és 854 oldalt teszen ki, helyenkint petit szedéssel, mert a lelkiismeretes szerkeszt; nem akart semmit sem törölni a beküldött kéziratokból. Ezek nemcsak a klinikáinkon ma szokásos therapiának adják rövid foglalatát, hanem magára a betegségre vonatkozó kórtant, kórbonctani, diagnostikai és tünettani vonatkozásokat is megkapjuk tömör összefoglalásban. Ez teszi a művet értékessé és a klinikáktól ma már távolélő orvos számára nagy hasznúvá, mert szinte pótol egy olyan nagy, mindent felölelő könyvet, amelyben a klinikai orvostudomány minden ága ismertetve van. A fősúlyt természetesen a therapiára fektették, amit annál nagyobb betűszedéssel is feltüntet a szerkesztő és ami kikristályosodott tükörképe annak, ami a tudomány mai állása alapján a beteg érdekében klinikáink sok évi tapasztalata szerint legjobbnak bizonyult.

A könyvet mindenütt, ahol kell jólsikerült ábrák, röntgenképek, sőt két szemfenéki szines melléklet is gazdagítja, nyomása, papirosa kifogástalan. — Azt hisszük nagy hasznára lesz különösen azon kartársainknak, akik tudásszomjukat kiegészítő könyvtáraktól távol egyedül a saját ismereteikre és néhány jó könyvükre bízva magukat végzik felelősségteljes és áldásos gyógyító munkájukat.

A szerkesztő igérete szerint a II. kötet hamarosan követi az elsőt.

Vámossy prof.

A Közkórházi Orvostársulat április 24-i ülése.

Bemutatások:

Lehoczky T. és **Piri L.:** *Arteriographiával kórismézett agyi aneurysma.* A 32 éves férfi hirtelen összeesett az utcán, másnapra meningealis syndroma, mely a rákövetkező napokban egyre fokozódik, egy hét múlva a meningitishez b. o. hemiparesis, majd hemiplegia társul, 2 hét múlva a meningealis tünetcsoport visszafejlődik és megmarad a bal hemiplegia baloldali anosognosiával. Liquor eleinte véresen festenyzett, később xanthochromiás, emelkedett fehérjetartalom, positiv globulin-reactiókkal, normalis kolloidgörbével. Szemfenéken kezdődő pangásos papilla. A j. o. centroparietalis táj műtéti feltárásával duralis haematoma és agydaganat kizárható. A j. art. carotis internán át végzett arteriographiával a következők mutathatók ki: az art. cerebri ant. és ágai elzáródtak, a dorsum sellae vetületében kölesnyi nagyságú aneurysmaszerű tágulat. A klinikai tünetegyüttest a j. art. cerebri anterior elzáródásával, esetleg aneurysmából eredő vérzéssel lehet magyarázni. Az arteriographiával kimutatott aneurysma bizonyítja a bemutatott beteg agyi érrendszerének kóros elváltozását, különös tekintettel az agyi aneurysma ismert hajlamosságára, többszörös képződésre.

Lehoczky T. és **Piri L.:** *Műtéttel gyógyított agydaganat.* 56 é. nőbeteg, 10 éve fejfájás, 2 év előtt kezdődő dementia, bal patellaris- és Achilles-reflex élénkség, therapiás röntgen. Felvételkor b. o. hemiplegia, rögzített lábcontracturával, pathologiás reflexekkel, stb. Enkephalographiával a kamrarendszer összelapított és balfelé eltolt. Jobb féltekében nincs subarachnoidalis levegőtelődés. Homlokcsont belső felszinén enostosis. Az összes adatok alapján meningeomát kórismézünk, a jobb frontoparietalis tájon, amit a műtét teljesen igazolt, a durából kiinduló 6×3 cm nagy, porckemény, göbös felszínű daganatot (szövettanilag typusos meningeoma) sikerült eltávolitani. A betegnek mind súlyos hemiplegiája, mind évek óta tartó organikus dementiája 3 hónap alatt teljesen visszafejlődött, úgy hogy gyógyultan hagyta el az osztályt és az azóta eltelt 11 hónapos megfigyelési idő alatt is mind psychikusan, mind somatikusan teljesen egészséges.

Lehoczky T.: *Landry-paralysist utánzó myelosis.* A 68 é. férfi egy hét alatt fokozatosan megbénult, a bénulás alulról felfelé terjedt, izomtonus csökkent, inreflexek hiányzanak, kóros reflex, clonus nincs, az érzőkör rendben, belső szervek épek, liquor normalis. A bénulás 4 nap alatt halálhoz vezet. A gerincvelő szövettani elváltozásai meglepetésszerűen igen csekélyek, a fehérállományban körkörös, pia alatti szivacsos elfajulás, a szürkeállományban az idegsejtek elfajultak. Gyulladásnak sehol semmi nyoma. Az esetet át-

menetnek tekinti egyfelől a myelosis és a toxikus Landry-paralysis, másfelől a myelosis és a vörheny-myelitis között. A hirtelen halált a bordaközi izmok beidegzését ellátó gerincvelői mozgató-sejtek betegségével magyarázza. Az aetiologiában a boncoláskor észlelt chronikus pneumoniának tulajdonít jelentőséget.

Előadás:

Kovács F.: *A polyradiculoneuritisekről. Guillain—Barré* és *Strohl* 1916-ban írtak le egy polyradiculoneuritises tünetegyüttest, melyre a mozgatóképesség zavara, az inreflexek kimaradása, megtartott bőrreflexek, fonákérzések, mérsékelten csökkent sensibilitás, az izomzatnak nyomásra fájdalmassága, az izom és ideg elektromos ingerlékenységének kisfokú változása és az agy-gerincvelői folyadék fehérjetartalmának sejtszám-emelkedés nélküli megszaporodása jellemző. Azerint, hogy a folyamat csupán a gerincvelői gyökökre vagy az agyidegekre is terjed: 1. spinalis; 2. mesokephalikus; 3. form mixt alakot különböztetünk meg. A Szt. István kórház idegbeteg osztályán észlelt 16 eset alapján részletesen ismerteti a jellemző klinikai- és liquorelváltozásokat. A betegség gyógyulásra hajlamos (polyradiculoneuritis acuta curatitis). Egy esetük végződött halállal az intercostalis izomzat hüdése folytán keletkezett bronchopneumonia következtében.

LAPSZEMLE

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 21. sz. *Trendelenburg:* A sötétségi adaptatioról. — *Schultz:* Elsötétítésre beálló lelki reactiok. — *Müller:* Szemorvos és elsötétítés. — *Lohmann:* Fény és sötétség befolyása az anyagcserére. — *Ratschow:* Újabb szempontok az intermittáló sántítás kezelésében. — *Riebeling:* A neuritis, arachnoiditis és poliomyelitis liquordiagnostikája. — *Plath:* Extrapyramidalis hyperkinesisek kezelése. — *Heyrowsky:* Szülés alatti chininadagolás. — *Paech* és *Trembur:* Legújabb felsőbirósági ítélkezések az orvosi jogi kérdésekben. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 21. sz. *Hamburger F.:* A dysenteria diaetás kezelése. — *Konschegg Th.:* A dysenteria bakteriologiája, serologiája, kórbonctana és epidemiologiája. — *Stöger R.:* Myeloblast-reactio etypikus gümőkorban. — *Wolfram St.:* Ritka fertőző dermatosisok. —

La Presse Médicale, 44—45—46. sz. *Laubry Ch., Joly F.* és *Guillamin Ch.:* Az oxygentherapia javalatai és technikája kardiovascularis bántalmakban. — *Binet L.* és *Bochet M.:* Irányelvek az oxygentherapia alkalmazására. — *Jonescu Sisesti N.* és *Copelman L.:* Psychogalvanikus reflex jelentősége a neurologiában. — *Rouques L.:* Tetanus: vaccinatio és serovaccinatio. Eljárás a sebesültek ellátásában. Serumantitoxintherapia. — *Weil P. E.:* A bensolmérgezés megelőzése. — *Feil A.:* Dinitrophenol. — *Simon C.* és *Mollinedo R.:* A lues kórisméje spirochaetogen granula-vizsgálattal. — *Dacuing I.:* A flexura duodeno-jejunalis operált és gyógyult diverticuluma. — *Duban R.* és *Bolot F.:* Ugrócsontalatti tbc. 11 esete serdülő egyéneken. — *Joly H.:* Pneumolysis és thorakoplastika (Semb-féle technika). — *Baillet M.:* Gátorlebegés mesterséges légmell kapcsán. — *Thomas A.* es *Ajuriaguerra:* Myxoedema a menopausában. —

Meningitis alacsony letalitása az orvosi kutatás haladásának egyik legbámulatosabb bizonyítéka. A fertőzéses osztályok vezetőinek véleménye teljesen megegyezik abban, hogy a chemotherapia nagy vívmánya a sulfapyridin Dr. Wander, a *ronin*, a meningitis kezelésében is életmentő hatásúnak bizonyult és a serotherapiával, valamint mechanikus kezeléssel combinálva az infaust prognosisú betegség lefolyását döntően megváltoztatta. A liquor már gyakran 24 óra alatt coccusmentessé válik. Felnőtteknek 9 g-t, csecsemőknek és gyermekeknek testsúlykg-ként 20 cg-t kell adni naponta ahhoz, hogy liquorjukban a baktericid concentratio mindjárt a kezelés elején elérhető legyen.

Dr. Szontagh: Szanatóriumok és gyógypalota UJTÁTRAFÜRED

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

VEGYES HIREK

Az idei XVI. balatonfüredi orvoshétnek az előző évekhez hasonlóan nagyszámú résztvevője volt. A zord időjárás ellenére is közel háromszázan jelentek meg már a vasárnap esti ismerkedési estén is. Hétfőn ½ 10-kor volt a tanfolyam ünnepélyen megnyitása a gyógyteremben. *Kelemen Krizosztom* pannonhalmi főapát üdvözölte a vendéglátó Szent Benedekrend nevében az összegyülteket, kinek *Schmidt Ferenc* prof. mondott köszönetet, majd az orvoshét célját fejtegette, hangsúlyozta, hogy most, amikor minden napról-napra változik a világban, egy marad változatlan, az orvosi kötelesség teljesítése. Azután megnyitotta az idei orvoshetet, majd köszöntötte a megjelenteket s közöttük elsősorban *Gidró Bonifác* tihanyi apátot, aki most először látogatott el a füredi orvoshétre. *Dr. Schmidt Jenő* főszolgabíró a balatonfüredi járás nevében üdvözölte a tanfolyamot, *Meduna József* tisztiorvos Zala-vármegye részéről, Balatonfüred község Istenhozottját *Somogyi Imre* községi bíró tolmácsolta igen hatásos szavakban. A Balatoni Szövetség részéről *Gáspárdy Aladár* igazgató intézett néhány szót a megjelentekhez. — A tanfolyam első előadója *Nagy Géza* egyet. rk. tanár volt. A chronikus uraemiáról beszélt. *Schmidt Ferenc* egyet. rk. tanár a szív hiányos vérellátásából keletkezett zavarokról, befejezésül pedig *Kiss Pál* egyetemi magántanár tartott előadást az influenza okozta gyermekkori szívzavarokról. — A második nap előadói *Sümegi József* a szívbántalmak gyógyításáról, *Bókay Zoltán* prof. a járványos gyermekparalysisről, *Haynal Imre* egyet. rk. tanár a vérnyomásról szólottak. A harmadik napon *Basányi Andor* egyet. magántanár a diphtheriáról, *Rusznyák István* prof. a gyakorló orvos vitaminproblémáiról, végül *Imre József* prof. a szemfenéki elváltozásokról tartották meg előadásukat. — Következő napokon *Bakay Lajos* prof. a beteg és orvos viszonyáról tartott előadásában érdekes módon fejtegette a bizalomkeltés eszközeit. *Markovits Ferenc* egyet. magántanár a heveny keringési elégtelenségekről, *Barla-Szabó József* egyet. magántanár a rheuma gyógyításáról, *Frigyesi József* prof. a nőgyógyászati hormonkezelésekről, *Neuber Ede* prof. a heveny és idült fertőző bőrbetegségek fajlagos gyógykezeléséről tartottak előadást. — Az orvoshét utolsó napján megérkezett *Radocsay László* igazságügyminiszter, a füredi kerület képviselője is, ki meghallgatta az előadásokat. Ezen a napon az első előadást *Boros József* prof. tartotta a nyaki visszeres tünetekről. Ezután *Stolpa József* kultuszállamtitkár üdvözölte a gyengélkedő kultuszminiszter nevében az orvoshetet, kiemelve annak nagy kulturális jelentőségét. Majd *Gidró Bonifác* tihanyi apát szólott a congressushoz. Méltatta *Boros József* és *Schmidt Ferenc* professorok érdemeit az orvoshét rendezése körül. Üdvözölte *Stolpa* államtitkárt és köszönetet mondott a sajtónak is. — Végül *Verebély Tibor* prof. nagy tetszéssel fogadott előadásában a sérülések következtében keletkezett sebészi betegségekről beszélt. — Délben ünnepi ebéd volt, melyen számos pohárköszöntő hangzott el. A tanfolyam ideje alatt több kirándulást is rendeztek, melyen a résztvevők Balaton fürdőhelyeit és egészségügyi intézményeit tekintették meg.

Budapest hévvizeinek ipari felhasználása. A gyógyhelyi bizottság a Magyar Mérnök és Építész-Egyesülettel karöltve ankétsorozaton vitatta meg Budapest műszaki problémáit. Az ankétsorozat IV. csoportjában *Ujj Gyula* a hévvizek melegének felhasználásáról tartott előadást, amelynek kapcsán *Ambrózy György* vetett fel értékes gondolatokat, a gyógyvizeknek kertészeti célokra felhasználásával kapcsolatban. *Ambrózy* elgondolása szerint a felesleges hívvizet kitünően lehetne felhasználni primőrök, orchideák, rózsák üvegházi termelésénél. Művészien kiképzett rozarium, vagy virágház nemcsak érdekes látnivalóval gyarapitaná a székesfőváros idegenforgalmi értékeit, hanem egyúttal elláthatná a székesfőváros közönségét a téli, vagy korataviaszi időkben olyan kertészeti terményekkel, amelyekért ezidőszerint külföldre tekintélyes összegek vándorolnak. Ha ezt a Tabánban ilyen formában felállitandó Kursaal-lal lehetne összekapcsolni, úgy olyan látnivalóban lenne része a főváros közönségének, amilyennel más fürdőváros nem igen dicsekedhetik.

Új „Budapest Fürdőváros" film. A gyógyhelyi bizottság megállapodást létesített a Magyar Filmirodával egy négynyelvű változatban elkészülő szinkronizált „Budapest fürdőváros" filmre vonatkozóan. A film megfelelő cselekmény keretében élvezetes formában fogja bemutatni a budapesti gyógyfürdőket és a székesfőváros egyéb természeti érdekességeit és kulturértékeit. A felvételek több hónapot vesznek igénybe, mert a film tekintettel lesz arra is, hogy a székesfőváros mind nyári, mind téli üdülési, illetve gyógyulási lehetőségei megfelelő módon érvényesüljenek.

FAGIFOR „CITO"

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P. —'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága június 3—15-ig kéthetes továbbképző tanfolyamot rendez *a csecsemődiaetetikáról* a Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikáján. A tanfolyam vezetője: *Hainiss Elemér* prof.

A Magyar Sebésztársaság ezévi nagygyülését Sopronban tartja meg június hó 14—15-én. Vitakérdések: Sebgyógyulás-sebfertőzés (referens: *v. Novák E.*), a végbél sebészi betegségei (referens: *Vidakovits K.*).

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat június 5-én, szerda délután 6 órakor tartja évzáró közgyülését a Budapesti Orvosszövetség IV. Városház utca 10. I. emeleti üléstermében.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága ezévi congressusát június hó 7-én és 8-án tartja az egyetemi gyermekklinika tantermében. Előadások kezdete: d. e. 9 és d. u. 4 óra.

Toulouse-ban 4000 ágyas katonai kórházat nyitottak meg, melynek 14 épületét földalatti villamos vasuttal kötötték össze.

Az amerikai kórházakban 1939-ben tizmillió beteget ápoltak, ezenkívül egymillió újszülöttet. A nyilvántartott kórházak száma 6226, az ágyak száma egymilliókettőszázezer (az utolsó évben számuk 33.646-al emelkedett). Az ápolási napok száma 364 millió volt, 11 millióval több, mint az előző évben. Az ágyak 70%-át használták ki. A kórházakban 1376 ápolónői iskola működött 85.642 hallgatóval. A kórházak száma 30 év alatt 4359-ről 6226-ra emelkedett, az ágyak száma pedig 421.065-ről 1.195.026-ra. 480 tuberculosis-kórházban 75.972 ágy volt, ezenkívül nagyszámú tuberculosisban szenvedő nyert ápolást a közkórházakban.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen május 25-én: *Batta György, Gyulai Ernő* (cum laude), *Ringer Andor János Mária, Romolányi Emil József, Szederkényi János László, Tenk Oszkár Lajos.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik május 19—25. között. A hét elején a frontális megterhelés a betörési frontok iránt érzékenyek számára még súlyos volt. Később fokozatosan csökkent és a hét végére már frontokban szegény lett. Felsiklási front csak egy érkezett és ez is gyenge volt. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front		Kisérő események*
hó	nap	óra	fajtája	fejlettsége	
Május	19	1	Betörési	Mérsék.	Szélrohamok 16 m/mp
	19	10	Betörési	Erős	Szélvihar 23 m/mp és 5 mm eső egész nap
	20	7	Betörési	Erős	Szélvihar 23 m/mp és kis záporeső
	20	11	Betörési	Mérsék.	Kis záporeső
	2	14	Betörési	Gyenge	Néhány csepp postfrontalis eső
	20	20	Betörési	Gyenge	Néhány csepp postfrontalis eső
	20	21	Betörési	Gyenge	Néhány csepp postfrontalis eső
	20	22	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés
	21	2	Betörési	Mérsék.	Éjjeli szélrohamok 15 m/mp-ig
	22	8	Felsikl.	Gyenge	Felsikló borulás
	22	16	Betörési	Mérsék.	Cumulonimbus-felhők
	23	14	Betörési	Mérsék.	Kis záporeső
	23	16	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés
	25	14	Betörési	Mérsék.	Kis záporeső

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi 1. III. borítóoldalán.

Az íróhoz hasonlóan fehérjedús és zsírszegény, szénhydratokkal kiegészített, hasmenést gátló gyógytápszer a Krompecher-gyár által forgalombahozott, *Hainiss* prof. előírása szerint készített *Maltiron.* Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csíraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A Maltiron-gyógytáplálék könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézeten kívüli praxisban író helyett alkalmazását, hasmenések kezelésére. A gyár előírása szerint a Maltironból készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével egyező, azaz decinként kb. 70 kal. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő gyógytáplálékoké.

1821-1897

Kneipp, a józan életnek, az egészséges és észszerü táplálkozásnak egyik nagy előharcosa volt. Ő adta nekünk a kiváló és egészséges népkávét, a **Kneipp malátakávét.** *Minden* **Kneipp malátakávé** *csomag iránta való tiszteletből, az ő képmását és aláirását viseli.*

Ingertherapiához Thiolin CERTA Kéntérpentin

„Certa" Gyógyszerészeti Laboratórium R.-t. Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.

Az orvos érdeke, hogy pacienseit megtartsa. A tehetősek az év különböző szakában százával utaznak külföldre gyógykúrázni. Ilyenkor a magyar orvos hosszú időre elveszti pácienst, aki esetleg egész évi megtakarított pénzét költi el külföldön. Pedig nem szükséges drága pengőket külföldre vinni, mert a gyomor-, epe, bélbajokat, s túlhízást, a Mira glaubersós gyógyvízzel tartott 4—6 hetes otthoni ivókúra meggyógyítja.

231.640—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A munkácsi m. kir. állami kórházban megüresedett *bőrgyógyász intézeti orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalma az állami tisztviselők részére megállapított IX. fizetési osztály 3. fokozata szerinti illetmény.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadszori közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba, (Budapest, I. Uri utca 49.) nyújtsák be. A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. A 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezéseknek megfelelően a leszármazást igazoló okiratokat, (annak igazolására, hogy valaki az 1939:IV. tc. alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895. október hó 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895. október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet tagjaként születtek, egyuttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, vagy az orvoskamarai tagsági igazolványt, (a honosság igazolására alkalmas okiratok: az állampolgársági bizonyítvány, a honosítási —, visszahonosítási okirat, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését (opcio) tanusító igazolvány, vagy olyan illetőségi bizonyítvány, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26-án is fennállott; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. az eddigi alkalmazást igazoló okmányokat; 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 8. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. szakképzettséget igazoló okmányokat; 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. rövid életleirást (curriculum vitae), az esetleges tudományos működés igazolásával, a tanulmányok egy-egy példányának csatolása mellett; 12. nyilatkozatot arról, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, vagy sem; igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az elvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratokkal igazolhatják. —

M. kir. belügyminiszter.

6.827—1940. sz. Zemplén-vármegye alispánjától

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Sátoraljaújhely megyei városban rendszeresített *II. városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti illetmény és a szabályrendelettel megállapitott rendelési beteglátogatási és műtétekért járó dijak.

Az állást elnyerni óhajtók a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül Sátoraljaújhely megyei város polgármesteréhez — közhivatalban lévők, hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. a 7720—1939. M. E .sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezéseknek megfelelően a leszármazást igazoló iratokat. (Annak igazolására, hogy valaki az 1939:IV. tc. alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895. október 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895 október 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet tagjaként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni; 2.hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, vagy az orvoskamarai tagsági igazolványt, (a honosság igazolására alkalmas okiratok: az állampolgársági bizonyítvány, a honosítási, visszahonosítási okirat, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését (opció) tanusító igazolvány, vagy olyan illetőségi bizonyítvány, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26-án is fennállott.); 4. az ország területén orvosi gyakorlata jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. az eddigi alkalmazást igazoló okmányokat; 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 8. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. az esetleges szakképzettség igazolását; 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. rövid életleírást (curriculum vitae) az esetleges tudományos működés igazolásával, a különlenyomatok egy-egy példányának csatolása mellett; 12. nyilatkozatot arról, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e vagy sem; igenlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni; 13. tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt.

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

Sátoraljaújhely, 1940. évi május hó 24.-én.

Bornemisza, s. k. alispán.

Gyomor- és béltractus megbetegedéseinél

Carbo Königsfeld

Histobase-, coffein- és B1-vitamin-tartalmú szénkészítmény. Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

PANTAL-CHINOIN

enyhe növényi hashajtószer, rendbentartja a bélműködést. *20 és 40 tabletta*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az insulin alkalmazása.

Nincs még egy gyógyszerünk, mely annyi életet mentene, mint az insulin. A súlyos cukorbajt közepes súlyosságuvá, a közepest könnyüvé teszi. A szövődmények félelmetességét megszünteti. Műtéteket a betegség legsúlyosabb alakjaiban is lehetővé tesz. Acetonaemiák ellen, bármilyen eredetüek, biztos fegyvert ad kezünkbe. Emberibb sorsot, hosszabb életet biztosít. De értenünk kell az adagolásához, hogy minél hatásosabb legyen az alkalmazása.

A cukorbetegség súlyos alakjai adják áttekinthető képét az insulinalkalmazásnak: étrenddel a vizelet cukormentessé nem tehető, a vércukorérték magas, szénhydráttürés nincs, vagy az életfenntartás, illetőleg a munkaképesség szempontjából elégtelen. Ilyenkor életet ment s ami ennél is fontosabb, munkaképessé tesz. Napi 60—100 g szénhydrát tüze szükséges szellemi munkás munkaképességéhez is. — A meghatározott insulinadag (legtöbbször 40—100 E) napi elosztása physiologiás legyen, az élet és étrendhez alkalmazkodjék. Ezért napi háromszori befecskendezés megfelelőbb a kétszerinél. A vércukorgörbe egyenletesebb lesz. Az élet és étrendhez igazodásnak felel meg a háromszori elosztásnak az az aránya, hogy legtöbb insulint délben kapjon. A reggeli adagot a délig végzendő munkaintensitáshoz arányosítsuk, különös tekintettel az izommunkára, gyaloglásra. Az esti adag magas ne legyen az éjjel észrevétlenül fellépő hypoglykaemia miatt. Pl. 60 egység isnulinból reggel 12—16, délben 24—32, este 12—16 egységet kapjon. Ehhez igazodjék a meghatározott szénhydrát arányos elosztása is. Tolerantia hiánya esetén egy egység insulinra 2 g szénhydrátot számítsunk.

Az alkoholnyomoktól megtisztított insulinos fecskendőbe kevés levegőt is szivjunk, hogy ezzel a levegődugóval az insulint a bőr alatt jobban szétteregessük s a szurási csatornán a visszafolyását megakadályozzuk. Erre annál inkább kell vigyáznunk, mert tudvalevő, hogy a gyakori insulinbefecskendezéstől a fecskendezési területeken lazává, rugalmatlanná, zsiroldattá válik a bőralatti kötőszövet. Ezért gyakran változtassunk felületet s ne feledkezzünk meg arról sem, hogy néha a felkaron fájdalmas a fecskendezés, ugyanakkor a far, comb hasfal megszurása fájdalmatlan, Tudvalevő, hogy néha allergiásnak látszó lob támad a befecskendezés helyén. Ilyenkor a készítmény változtatása szokott segíteni. A frissen bontott üvegű insulin hatásosabb, ezért négy egységgel kevesebbet vegyünk belőle. A glykogen elhasználással járó izommunka pl. gyaloglás, sport, de gyógyszerek is, főleg salicylatok (aspirin, pyramidon, comb. porok) utóbbiak úgylátszik neurohormonalis úton a vércukrot csökkentik, ezért ilyenkor is tanácsos 4—8 egységgel kevesebb insulint adni. Mindezt természetesen azért, hogy a hypoglykaemia kellemetlen tüneteit távoltartsuk. Ügyelünk viszont arra is, hogy minden társuló betegség, nátha, kezdődő toroklob, influenza stb, az insulinszükségletet 10—30%-kal emeli. Súlyosabb betegség ennél többet is követelhet. Hasmenések alkalmával különösen vigyázzunk az insulinadagolással, mert a rossz bélfelszívódás miatt tulinsulinozottá válik a beteg, viszont a hasmenéses éhezés, mely acetonnal fenyeget, megköveteli az insulint. Ezt a nehézséget úgy sikerül áthidalnunk, hogy 20—25%-kal csökkentjük az insulint és a szénhydrátot. Utóbbit szükség esetén i. v. adjuk.

Hypoglykaemiás tünetek jelentkezhetnek a vércukorszint zuhanása nélkül is olyanokon, kiknek állandóan magas és nehezen kimozdítható vércukorértékük van, mert ilyenkor a szint legkisebb kimozdítása is a zuhanás kellemetlen subjectiv tüneteit keltheti. (Talán reactiv adrenalinaemia tünetei.) Ilyen tünetek: ingerültség, izgatottság egészen az indulatosságig, nyugtalanság, remegés, gyengeségérzet, izzadás, fejfájás, szívdobogás, színes scotomák, migrain. A scotoma sokszor az első figyelmeztető tünet. Az izomerő rohamos csökkenése néha olyan fokú, hogy a beteg alsó végtagjai összeroskadnak s kénytelen hirtelen leülni vagy lefeküdni. Ilyenkor hypo- vagy areflexia támad a roham elmultáig. A roham után a szokottnál magasabb a vércukorérték. Ez nemcsak relativ (adrenalin) hyperglykaemia, hanem fölös szénhydrát következménye is, melyet a rohamban a gyors segíteni akarás miatt tuladagol a beteg. Ennek viszont rossz közérzet, pépes szájíz, fejfájás, bágyadtság és szomjúság a következménye. Majdnem mindig álmosság követi a rohamot. A hypoglykaemia ellen leggyorsabban szénsavas italban oldott cukorfélék hatnak, pld. szódavizes befőttlé, ki nem forrt édes bor, pezsgő. Gyorsítja a roham elmultát a szembe cseppentett adrenalin, vagy az adrenalintól nedves dugóval megérintése a carunculának.

A hypoglykaemiák erőssége igen különböző. Az aprókat a beteg észre sem veszi vagy átalussza éjjel. Utóbbi esetben kis nyugtalanságra ébred fel, megizzad, majd mélyen elalszik. Ebből a mély álomból néha nehezen ébred, nagy kábultsággal, tájékozódni nemtudással, fejfájással s ez mind igen ijesztő a környezetre. Vannak tisztán scotomákban és kisebb fokú nyugtalanságban vagy accomodativ zavarokban megnyilvánuló rohamok, melyek minden beavatkozás nélkül mulnak. A hypoglykaemia legsúlyosabb, bénulásokat és comát okozó alakjával mindössze háromszor találkoztam. Két esetben féloldali bénulás, egyszer alsóvégtag-paraplegia i. v. cukorbefecskendezésre gyorsan visszafejlődtek. Cukorbeteg comájában mindenesetre meggondolást igényel a kérdés eldöntése, hogy hyper-, vagy hypoglykaemiáról van-e szó, nehogy a hypoglykaemiás comát insulinnal még súlyosabbá tegyük. A hypoglykaemiára hajlamosak tudvalevőleg acetonos comára is hajlanak s ezek alkati insulinérzékenysége nagy. Rendszerint fiatalok és alacsony vérnyomásúak. Ennek ellentétei az insulinresistens idősebbek, akik vérnyomásemelkedésre és érelmeszesedésre hajlamosak, de éles elkülönülés nem mindig van.

Érdekes és gyakorlatilag nagy horderejű észlelés, hogy a többször megismétlődő kisebb hypoglykaemiás roham a testi és szellemi képességeket fokozza, betegséggel szemben ellenállást fejleszt, egyes betegségeket gyorsabb lefolyásúvá tesz, a beteget nemcsak átmenetileg, hanem maradandóbban is nagyobb testi és szellemi munkateljesítményre képesíti. Gyorsan mulaszt náthát, gyomorrontást, chole- és hepatopathiákat, influenzát, dermatosisokat és pruritusokat nem cukorbetegeken is.

Fontos azoknak a korai tüneteknek a felismerése, melyek ketosisra figyelmeztetnek. — Kezdődő ketonuriát könnyebb diaetásan megfogni és kifejlődését megakadályozni, mint egy praecomás állapotot visszafejleszteni. Az acetonaemia a ketonuriát megelőzi. A megváltozott anyagforgalom gáztermékei, a ketontestek gáznemű része rögtön megjelenik a kilélleg-

zett levegőben és majdnem mindig a vizeletet is szagossá teszi. Az aceton gyümölcsre és ecetre emlékeztető szagát már érezzük s a vizeletkémlés még negativ. Ez nagyon gyakori észlelés. Kezdődő ketosisban a beteg még jól érezheti magát, talán kissé bágyadtabb, könnyen álmosodik, de ezt a munka okozta kimerüléssel magyarázzák. Némelyek melegebb vagy tüzes végtagról és arcról, forró tenyérről panaszkodnak. Ingerültek lesznek, a társaságot kerülik és testszerte fájdalmakat éreznek, különösen háton és derékban. Fokozott szénhydráttűzzel (több szénhydrat és insulin) és sok folyadékitatással a ketontestek kimosásával, további bajoknak elejét vesszük s nem engedjük a beteget azon a lejtőn elindulni, mely feltétlenül a coma felé vezet.

Coma és praecoma eseteiben azonnal 50 egys. insulint adunk vivőérbe s ugyanannyit bőr alá. Ezentúl 2 óránként 20 egységet bőr alá, amig a vizelet erősen reducál. A vizeletcukor eltünésével elegendő napi háromszori 20—20 egység, napokig, esetleg egy-két hétig is, de most már megfelelő (1:1) arányban cukor beviteléről is gondoskodni kell. Legcélszerűbben i. v. 20% dextroseval. Fontos a szívműködés egyidejű ellenőrzése, mert a cukor és acetonmentessé vált s a comától megszabadult beteg elég gyakran fokozódó szívgyengeség, néha veseelégtelenség tünetei között pusztul el.

Nem cukorbetegség okozta ketosisok korai felismerésének jelentősége is rendkívül fontos. Az acetonaemiák talajából betegségek támadnak vagy súlyosbbodnak. Műtétek előtt és után is életbevágóan fontos az aceton korai felismerése. A gyermekek éhezéses acetonjának jelentősége közismert.

Az insulinalkalmazás egyéb területei: insulinshok a schizophrenia paranoid és katatoniás formáiban sokszor hatásos. A kisebb hypoglykaemiák áthangoló hatásáról megemlékeztem. Étvágykeltésre négy egység insulin is elegendő i. v. fecskendezve. Az étvágyat fokozza, sőt farkasétvágyat is okoz. Megbízható és gazdaságos eljárás, melynek úgy látszik, áthangoló hatása is van. Acetonos hányás egyetlen biztos gyógyszere, sokszor terhességi hányás ellen is beválik. Csuklásrohamok ellen is hatásos. Acnék kezelésében néha meglepő a hatása. Dystrophia musc. progr. eseteiben a megzavart glykogenmobilisatio szabályozásával enyhít. A kisebb hypoglykaemiát követő álmosság keltésével hypnoticumnak is beválik.

A protaminzinkinsulin (röv. protinsulin) haladást jelent a diabetes kezelésében. Elviselhetőbbé teszi azok életét, kik napi háromszor szorulnak insulinra, mert ezek egy része most már kétszeri befecskendezésre is megél. Középsúlyos esetekben gyakran egyszeri adagolás is elegendő. Szerencsés esetekben némi insulinmegtakarítást is jelent (10—20%), a vércukorgörbét alacsonyabban tartja, egyenletesebbé teszi és kevésbbé vezet a cukorszint zuhanásához. Ezek anyagcserehelyzete javul.

Sajnos mindez nem szabály, mert sok a kivétel. A felszívódása nem mindig egyenletesen lassú. Néha úgy látszik, lökésekben történik, mert naponta akár több kisebb hypoglykaemia is támad, vagy egész nap nyugtalan a beteg s emiatt a megengedettnél több szénhydrátot fogyaszt. Egészen kifejezett hypoglykaemiás rohamok is jelentkezhetnek, különösen az ó-insulinnal combinált kezelésekben. A felszívódás hiányossága, tökéletlensége magyarázhatja az anyagcsere nagy ingadozásait s emiatt a rosszabbodást és az acidosisra hajlamosságot. Olykor teljesen elmarad az insulinfelszívódás.

Már középsúlyos esetekben is előbb az óinsulinszükségletet kell meghatároznunk és csak ezután, lassan tapogatózva lehet átállítani. Nagy hiba régi óinsulinos beteget átmenet nélküli, napi egyszeri protinsulinra fogni. A hibát tetézzük, ha ilyenkor az óinsulinnak megfelelő teljes adaggal dolgozunk, mert hypoglykaemiát teremtünk. A sematikus átállítással tulajdonképen sorsára bízzuk a beteget.

Általános tapasztalat, hogy az átállításkor 10—30% protinsulinnal kevesebbel kell indulnunk. Súlyos esetekben már kezdetben combinált kezelést gyakoroljunk. Reggel, a legnagyobb vércukorérték idején óinsulint adjunk a régi megszokott mennyiségben. A déli protinsulin mennyiségből ne csak a reggeli adag hiányozzék, hanem még legalább 10% levonás.

Sikerült átállítás esetében az éhgyomri vércukorérték kisebb, esetleg, ami eddig talán nem sikerült, rendes is lehet. Ellenkező esetben az anyagcsere romlása nem azonnal köszönt be, hanem csak napok múlva, vagy egy-két hét elteltével. Ilyankor az óinsulinra visszatérés rendszerint egy csapásra helyreállítja a régi egyensúlyt.

Újabban a legtöbb szerző 50—60%-ra becsüli a protinsulin kedvező eseteinek a számát és legalább 14-re azokét, kiknek átállítása nem sikerült. Nem szabad tehát a protinsulint sematikusan alkalmaznunk. Ez tagadhatatlanul haladást jelent az insulin alkalmazásában, de még mindig nem a régi vágy teljesülése, az egyenletesen, állandóan ható insulin. Az új depot- és még inkább a nativ-insulin egy következő lépcsőfoknak igérkezik.

Henszelmann Aladár dr.
egyetemi magántanár, kórh. ig. főorvos.

Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Már néhány év óta Európa számos országában, így hazánkban is, a járványos agyhártyalob betegség számának lassú emelkedése észlelhető. Az utóbbi hónapokban az esetek halmozódása feltünőbbé vált és így komolyabb járvány kitörésével számolhatunk. A kórkép felismerése rendszerint könnyű. Jellemző tünetei: a láz, hányás, nagyfokú tarkómerevség, kínzó főfájás és kifejezetten positiv Kernig-tünet. A typusos eseteket már az első 1—2. napon többé-kevébbé súlyos, esetleg teljes komáig fokozódó, máskor inkább feltünő nyugtalanságtól kisért eszméletzavar jellemzi; a további napokban pedig feltünően súlyos herpes labialis és oralis észlelhető. Lumbalpunctióval kezdetben erősen zavaros, majd kifejezetten genyes liquort kapunk. Az üledéket képező leukocytákban és azok között teljesen a gonococcusra emlékeztető Weichselbaum-féle diplococcusokat találunk, melyeket a pneumococcusoktól a negativ Gramfestés és a hiányzó egérpathogenitás, továbbá az orrgaratürben előforduló diplococcus crassustól azon tény különbözteti meg, hogy utóbbi közönséges táptalajon is könnyen tenyészik; míg a meningococcus általában még különleges táptalajon is nehezen tenyészthető. A régebbi felfogással ellentétben ma inkább úgy vélik, hogy a meningococcus a 2—3 napra becsülhető incubatio után az orrgaratürből nem a nyirokáram útján, hanem a vérpályán keresztül jut az agyhártyára. Igy a meningitis tulajdonkép a meningococcus sepsisnek —, igaz, hogy klinice domináló — részjelensége. Emellett szól, hogy a kórokozó különösen kezdetben a vérben is kimutatható és hogy vannak atypusos, — különösen járványtani szempontból figyelemreméltó esetek —, melyekben a meningealis tünetek kevésbbé kifejezettek, esetleg hiányoznak és inkább súlyos általános sepsis képe, izületi és endokardialis jelenségekkel bontakozik ki előttünk. Különösen az utóbbi esetekben, de olykor a typusos betegségben is a bőrön részben

roseolákra emlékeztető, részben annuralis jellegű exanthemákat észlelhetünk. Az egyes esetek közötti összefüggés felderítése általában igen nagy nehézségbe ütközik. Feltehető, hogy nagyon kevés egyén hajlamos manifest betegségre, ellenben annál több arra, hogy mint egészséges coccusgazda rövidebb-hosszabb időn át vigye tovább a fertőzést. Érdekes megfigyelés, hogy míg a sporadikus esetekben rendszerint csecsemők és 5 éven aluli gyermekek betegszenek meg, mihelyt halmozódás áll be, endemiák, vagy epidemiák jelentkeznek, a felnőttek kerülnek túlsúlyba. A kórjóslat általában igen rossz, de a jelenleg rendelkezésre álló therapiás eszközök tárgyilagos értékelése végett nem szabad megfeledkezni arról, hogy a halálozás már régebben is — főleg a betegek életkora szerint — igen nagy ingadozásokat (20—80%) mutatott.

A gyógykezelést illetőleg saját tapasztalataim alapján a következőket ajánlhatom: naponta lumbalpunctio, amig a liquor feltisztul és a meningococcusok mikroskoppal már nem mutathatók ki. Ezután a punctiókat a nyomáshoz képest ritkábban végezzük. Az első 3—4 napon át mind lumbalisan, mind intravenásan és intramuscularisan 20—20 ccm antimeningococcussavót fecskendezünk be, úgyhogy felnőttek és nagyobb gyermekek kb. 200 ccm savót kapjanak, csecsemőknek, kisdedeknek fele mennyiség is elég. Súlyt fektettünk arra, hogy a serumot ne csak lumbalisan adjuk, többek között azért is, mert hiszen általános fertőzéssel állunk szemben. Igen örvendetes, hogy hazai gyártmányú meningococcus typusok elleni savó is áll rendelkezésünkre. *(Phylaxia).* A serotherapia mellett az utolsó években nagy jelentőségre tett szert a chemotherapia is. Legszivesebben az ultraseptylt (p.-aminobenzolsulfamidethylthiazol) használjuk. Nagy előnye, hogy még meningitises betegek sem hányják ki, ami a pyridingyököt tartalmazó készítményeknek elég nagy hibája; viszont súlyos eszméletzavarban szenvedő betegek kellő számú végbélküppal történő kezelése nagy nehézségekbe ütközik. Felnőteknek, — akárcsak pneumoniásoknak — az első napon 4 órás intervallummal kétszer 4 tablettát a további 3—4 napon pedig háromszor 2 tablettát adunk. Kisgyermekek tüdő gyulladását fele, csecsemőkét negyedennyi adaggal kezeljük, s ennyit adunk meningitis esetén is. Ultraseptyllel kezelt eseteinkben ártalmas mellékhatást eddig nem észleltünk. Megemlítendőnek tartjuk, hogy az első észlelésekkel ellentétben és a külföldi gyűjtőreferátumok alapján is helyesebbnek látszik a sulfamid-készítményeket evés után, sósav nélkül adni. A fertőzés könnyebb leküzdésére ezenfelül C-vitamin-készítményeket adunk érbe, vagy izomba fecskendezve, valamint belsőleg; mihelyt pedig javulás jeleit észleljük B_1-vitamin-injectiókkal (4—10 mg naponta) igyekszünk a központi idegrendszer regeneratióját előmozditani. E kezelés következtében a liquor néhány nap alatt feltisztul, a klinikai tünetek még a legsúlyosabb esetekben is feltünően gyorsan gyógyulnak. Annak ellenére, hogy az utolsó évben egy betegünk sem halt meg, mégis azt kell mondanunk, hogy arra a kérdésre: mi irandó ezen eredményekből a therapia javára, csak azt válaszolhatjuk, hogy csecsemők és kisdedek — kiknek prognosisa mind halálozás, mind az utobajok (hydrokephalus, süketség, stb.) tekintetében sokkal rosszabb, — kellő számú megfigyelése nem áll rendelkezésükre. Az általunk észlelt és a fentiek szerint kezelt legfiatalabb beteg t. i. 7 éves gyermek akin elég nagyfokú nagyothallás maradt vissza.

Szirmai Frigyes dr.
az újpesti városi közkórház főorvosa

A malaria chininkezelése.

A malariás betegségeknek chinin gyógyitásáról vallott felfogás az utóbbi évtizedekben fokozatosan megváltozott. A való helyzet megismeréséhez a paralytikus betegek malaria-kezelése során adódott ember-kisérletek járultak hozzá, de értékes munkát végzett a *Népszövetség Egészségügyi Bizottsága* is. A magyar orvostársadalom részben tanfolyamokon, részben pedig *Lőrincz* prof közelmultban megjelent könyvéből tájékozódott e kérdésről, a chininkezelés begyökerezett régi tévtanai és szokásai azonban a kérdés ismételt felvetését indokolják. A külföldi tapasztalatokat ma már malaria-állomásaink adataival is kiegészíthetjük.

Az első tisztázásra váró kérdés a chinin hatásmódja. A legelőkelőbb gyógyszertani könyvekben is azt olvashatjuk, hogy „a chinin a malaria eszményi fajlagos gyógyszere, teljesiti azt a kívánságot, mely fertőző betegségben a végső célt jelenti: a mikroorganismusok megölését anélkül, hogy a szervezetnek ártana". *(Poulson).* Az általános bizalom azonban bizonytalan tapasztalatokon épült fel. Az „idealis" gyógyszer gyenge eredményeit a chinin-resistens malaria fogalmának bevezetésével magyarázták. A chinin-prophylaxisban is sokáig szilárdan hitték s nehezen fogadták el a tényt, hogy a malaria járványokat évtizedes chininkezeléssel vagy sokéves chinin-prophylaxissal sem befolyásolták. A helyzet bonyolításához az áttekinthetetlenné duzzadt irodalom is hozzájárult. Az 1920—30 között végzett emberkisérletek tisztázták a dolgokat. Kiderült, hogy *a chinin nem képes a szervezetben a malaria plasmodiumokat elpusztitani.* 1:5000 arányú chinintöménység még a szervezeten kívül sem hatásos, ilyen vérrel 12 óra múlva is lehet beteget fertőzni. Ma hisszük, hogy a chininnek a parasitára is közvetlen hatása van, de ez a hatás nem ölő, hanem fejlődésgátló. Bizonyos azonban az is, hogy a chinin a szervezet útján fejti ki hatásának fontos részét. A hatásmechanismust ma sem ismerjük, legfeljebb sejtjük s csak azt tudnánk felsorolni, hogyan nem hat a chinin.

A chinin a malaria heveny lázrohamait megszünteti, ebben foglalható össze hatásának lényege. Ennél többet nem szabad várni, de ez a kevés is nagyon értékes. A chinin nem véd meg a fertőzéstől, nem képes a szervezetbe beoltott sporozoitokat elpusztítani, sem a relapsusokat és recidivákat meggátolni, sőt a Pl. falciparum gametocytáinak még a számát sem csökkenti. Chininkezelés és -prophylaxissal a malariajárvány csak mérsékelhető, de meg nem szüntethető. Ezzel szemben a chinin hatására az összes plasmodiumfélék asexualis alakjai egy időre eltünnek a keringő vérből és rendesen csak hosszabb latens szak után jelennek meg újra. A plasmodium vivax és Pl. malariae gametocytái a vérben megkevesbbednek, sőt rendesen egy időre eltünnek. *A lázrohamok legkésőbb a kezelés ötödik napjára abbamaradnak,* a lépnagyobodás pedig csökken vagy néha visszafejlődik. Chinin-resistens törzs nincs. A recidivák száma talán kevesbbedik, *de rendesen a chininkezeltek kb. felerészében visszaesés következik be.* Chinin-prophylaxis a gyógyszer szedésének időtartama alatt rendesen megvéd a lázrohamok kifejlődésétől. Ennyiben foglalható össze röviden a chinin hatása. Ha nem várunk a gyógyszertől többet, nem fogunk csalódni benne.

A chininkezelés modern felfogásának ismertetésekor nem mulaszthatom el *Finály Zsigmond* 1864-ben „az akkori divatozó fogalmakkal sok helyütt ellentétben álló értekezését" ismertetni „e kórról, melynek ismétlődésétől semminemű szer sem óv meg". „Nem tudjuk eléggé ismételve kinyilatkoztatni" — irja — „mi-

szerint a chinahéj és készítményeinek igen becses gyógyereje egyedül a közép-körözet félbeszakíthatására szorítkozik s hogy semmiféle gyógyszer, semminemű gyógymód nem létezik, mely által képesek volnánk az igazi maláriánál a nagy cyklust természetszerűen rövidíteni"; „azaz, hogy általa az egyes rohamok visszatértét ugyan természetszerint akadályozni, nem pedig a recidivákat gátolni bírjuk. Amiből következik, hogy a kinalt, mint specificumot csak olyan adagban szabad adni, a milyen a lehetséges cél elérésére okvetlenül szükséges." Valóban nem sok hozzátenni való van e 80 év előtt írt sorokhoz.

Természetes, hogy az elérhető hatás nagymértékben függ az alkalmazott gyógyszer adagjától. Régen a tökéletlen gyógyhatást elégtelen adagnak, be nem szedett gyógyszernek vagy helytelen kezelési módszernek szerették betudni. Így születtek meg egymásután a múlt század végén s azóta is az egyedül üdvözítő kezelési módok. Legnagyobb népszerűségre a hosszú félbehagyó kezelések tettek szert, (Nocht- és Ziemann-kúrák). Egyre több chinint adtak egyre több ideig. Általában a legalább nyolchetes kezelés volt az orvosi közhaszálatban, bár a betegek nagy része — az utókor által igazolva — a kúrát maga részéről előbb befejezte. A chinin-adagok túlzására (pl. *Stendel:* napi 8—10 g) jellemző, hogy még nemrégen is komoly szaktekintély napi 4 g chinint ajánlott. Találóan mondta *Finály:* „Ezen methodust, mikor egyetlenegy 20—30 szemernyi kinaladagot egyszere vetetnek a beteggel, lázfojtónak nevezik, melynek azonban azon hibája van, hogy nemcsak a lázat, hanem a beteget is megfojtja". Változtatták ezenkívül a bevétel óráját, a napi adag elosztását, stb. Mindezekről ma tudjuk, hogy a gyógyeredményhez kevés közük van.

Széleskörű kisérletek beigazolták, hogy az optimalis eredményt már rendesen napi 0.5—1.0 g chinin 5—7 napon át adása is biztosítja. Ez az ú. n. Yorke-féle gazdaságos és jó *ú. n. rövid kezelési mód: 7 napon át 1 g chinin,* már az egész világot meghódította. Azonban még egy igen fontos tényezőt is megismertünk. A gyógyulást a szervezet resistentiája és a plasmodiumtörzs sajátságai nagy mértékben befolyásolják. A nem gyógyított malariában a lázrohamok bizonyos idő múlva több-kevesebb roham lezajlása után elmaradnak. A szervezet fejlődő ellenállása a plasmodiumokat visszaszorítja. Minél közelebb van ez az egyensúlyi állapot, minél több roham zajlott le, annál könnyebb a mérleget a szervezet javára billenteni. 10—20 lázroham után néha már 0.20 g chinin elegendő a további lázrohamok megszüntetésére. Hasonló a helyzet, ha a szervezet előzőleg elszenvedett ismételt malariás fertőzések hatása folytán már bizonyos ellenállóképességgel rendelkezik. A szervezet saját védekező erőinek szerepe miatt nagyok az egyéni különbségek. Alig van két hasonlóan reagáló beteg. A chininkezelés nem hasonlít a parasita és a gyógyszer közt lezajló chemiai folyamathoz, melyben a beteg csak a kémcső szerepét játssza.

Hasonló nagy különbségeket találunk a parasita viselkedésében. Azt már régebben is értették, hogy a három plasmodium-faj nem viselkedik egyformán. Általában a malaria tertiana legkönnyebben, a malaria quartana nehezebben, a malaria tropica pedig még nehezebben gyógyíthtó. Kiderült azonban, hogy egy fajon belül is több törzs van. Az indiai tropica már kis chininadaggal befolyásolható volt, míg az olaszországi csak igen nagy adagokkal. Ez különösen akkor vált feltűnővé, mikor a különféle törzseket egy kórházba hozták össze és egymás mellett használták. De egyetlen országban is többféle törzs fordul elő.

A fentiekből érthető, miért nem lehet olyan kezelési előírást megadni, mely minden esetben érvényes volna. A hétnapos kezelés azonban olyan norma, melytől legfeljebb felfelé szabad eltérni. Az ötnapos kezelés után gyakori a gyors relapsus. A hét napnál hosszabb kezelés különösen quartana és tropica esetében lehet indokolt, de chinint tíz napnál tovább adni céltalan. Szabálynak tekinthetjük, hogy az utolsó lázroham után még négy napig adjuk a gyógyszert. Ennél hosszabb kezeléssel azonban már jobb hatást nem érhetünk el, a recidivák száma 7 napos és 70 napos kezelés után kb. egyforma. A napi adag általában egy g (gyermekeknek évenként 0.07—0.10 g). Napi ½ g hatása ennek valamivel alatta marad, ennél kevesebb pedig elégtelen. Kövér, 80 kg-on felüli embernek, a tropica fertőzöttnek napi 1.2—1.5—2.0 g-ot is adhatunk. Malaria kezelésére csak kivételes esetben térhetünk el a peroralis adagolástól. Recidivát ugyanúgy kezelünk, mint friss fertőzést. Prophylaxis céljából naponta adunk chinint 0.30 g-os adagban. Alkalival (natriumcarbonat) adva a felszívódás jobb és a mellékhatások egy része is csökkenthető.

Nem szóltam ez alkalommal a különféle chininsók és kéregkészítmények egymáshoz való viszonyáról, a malaria szövődményeinek kezeléséről, az utókezelésről s a malaria újabb synthetikus gyógyszerekkel kezeléséről. Ez utóbbi fontos fejezetről ugyanezen a helyen következő alkalommal számolok be.

Makara György dr.,
az O. K. I. adjunctusa.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Törvényhatósági városom 1929. évben külterületi tisztiorvosnak választott meg. A törvényhatóság a városnak azon pontján jelölte meg lakásom helyét, mely külterületi kerületemhez legközelebb fekszik. 1936. évben városi orvossá minősítettek át, lótartási átalányomat megkérdezésem és beleegyezésem nélkül utiátalánnyá alakították. Megválasztásom óta állandóan két egészségügyi kerületben teljesítek szolgálatot. Belterületi kerületem teljesen független a külterületi kerületemtől, ahová az uti átalányom szól. Tisztelettel kérdezem:

1. uti átalányom terhére hol és milyen szolgáltatásokat kötelességem elvégezni?; — 2. Pontosan megjelölt kerületi kerületemen kívül eső bel- és külterületi részeken, lakásomtól 2 km-nél távolabb fekvő részeken kötelezhetnek-e orvos-rendőri szolgálatok elvégzésére uti átalányom terhére?; — 3. honnan számítódik a 2 km-nél távolabb fekvő rész, lakásomtól, vagy a város szélétől?; — 4. uti átalánnyal nem rendelkező városi orvosok részére orvosrendőri szolgáltatásokhoz ki köteles fuvart szolgáltatni? — 5. Belterületen az orvos lakásától 2 km-nél távolabb fekvő részeken megilleti-e a fuvar az eljáró orvost?

D. P. dr.

Felelet: ad 1. A törvényhatósági városi orvos uti átalánya terhére köteles a törvényhatóság által kijelölt működési területén mindazokat a teendőket elvégezni, amelyeket a 900—1936. B. M. sz. rendelet 24. §-a, törvényhatósági szabályrendelet vagy más törvényes rendelkezés a városi orvos hivatalos teendői közé sorol. Amikor egyébként a városi orvosnak természetbeni fuvarra volna szüksége.

2. E tekintetben a törvényhatósági szabályrendelet az irányadó.

3. Ha a lakást a város adta, illetőleg jelölte ki, a lakástól két km-nél távolabb fekvő helyekre fuvar, illetőleg fuvardíj számítható fel. Azon esetek kivételével, amelyet a 900—1936. B. M. sz. rendelet 19. §. (4) bekezdésében felsorol.

4. Ebben a tekintetben a városi törvényhatósági szabályrendelet, vagy az ott kialakult szokásjogi gyakorlat irányadó. Általában az a közület köteles a fuvart szolgáltatni, amelynek rendeletéből a kiszállás történt.

5. Igen, megilleti (Lásd a 3. pontot és az 1908:XXXVIII. tc. 21. §-a (1) bekezdését.)

Atzél Elemér dr. min. tanácsos.

84. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1940 június 8.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Új!

Dolantin

BAYER

sósavas 1-methyl-4-phenylpiperidin-4-carbonsavasaethylester

Kiváló spasmolyticum.
Erélyes analgeticum.

Messzemenően helyettesíti az atropin- és opiumalkaloidákat. Jól tűrhető.

Oralisan, subcutan és intramuscularisan alkalmazható.

5 ampulla á 2 kcm	P 4·70
10 tabletta á 25 mg	P 1·70

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU Rt.
Budapest, V., Arany János-u. 10.

84. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1940 június 8.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZEKELY AGOSTON.

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:

v. Simon Tibor: Az epilepsia kezeléséhez. (291—293. oldal.)
Ajkay Zoltán: Szokatlan lefolyású otogen agytályog és meningitis. (293—294. oldal.)
Irodalmi szemle: (294—296. oldal.)
Könyvismertetés: (296—297. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (297. oldal.)
Kerbolt László: A községi orvos administrativ tevékenysége. (298—301. oldal.)
Verebély professor díszdoktorrá avatása: (301—302 oldal.)
Lapszemle: (303. oldal.)
Vegyes hírek: (303—304. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfőv. szt. János kórház elme- és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyetemi magántanár.)

Az epilepsia kezeléséhez.

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

A myofortot mint spasmusoldó, értágító, vérnyomáscsökkentő, kismértékben pedig diuresist okozó és a szövetek normális táplálkozását helyreállító tényezőt ismertetik. *Hochrein* szerint az ilyen szervkivonatok hatása abban áll, hogy a vérelosztásban eltolódások állanak be; a harántcsikolt izomzat, a szív és az agy vérátáramlása erősebb, a bőré gyengébb lesz. *Schwartzmann* azt írja, hogy a szívizomkivonat hatásmechanizmusa abban rejlik, hogy az egész ideges- psychikus sphaerát, nevezetesen az agykéreg tulingerlékenységét, továbbá a vegetativ központok és a vegetativ idegrendszer egyéb szakaszainak tulérzékenységét csökkenti s ez a hatás szerinte nem tekinthető egyedül a vérnyomás csökkenés, illetve a véredény tágulás kisérő jelenségének. De nemcsak a szívizom kivonatnak van ilyen hatása, mert *Schultz* vizsgálatai szerint a csontváz-izomzat kivonatával teljesen azonos hatások érhetők el. *Lastman* a lacarnol, a myofort és myostriatol hatásának vizsgálata közben arra az eredményre jutott, hogy a vérkeringési „hormonok" sikerrel alkalmazhatók véredény-görcsökkel járó betegségek gyógyítására. *Schwartzmann* ugyancsak oly értelemben nyilatkozik, hogy a működő izomban vannak a működéshez szükséges nagyobb vérmennyiség odaszállítását elősegítő anyagok, melyeknek a központi értágító hatáson kivül helyi értágító hatásuk is van. *Dale* közli, hogy a szervkivonatokban több értágító anyag mutatható ki, így a *Szent—Györgyi* és *Drury* által kimutatott adenylsav, vagy adenosin, továbbá a kallikrein és még mások. A kallikrein *Frey* szerint nagy higításban is hatást gyakorol a vérkeringésre és az anyagcserére s ez az alapanyagcsere változásaiban, az emelkedett vércukor- és bilirubin szintben jelentkezik. *Riegler* szerint a dolgozó izom összehuzódási periodusa alatt fellépő adenosinphosphorsav a helyi vérkeringést szabályozza. *Zipf* úgy találta, hogy a depressorikusan ható adenosin-szerű anyagok képződési helyükön kivül távolbahatást is tudnak kifejteni s a kis arteriák, a hajszálerek és a vénák tonusát csökkentik. *Enger* írja, hogy az érgörcsök leküzdésére többek között az adenilsav is használható. *Schwartzmann* az epileptoid állapotok kezelésére találta használhatónak az izomkivonatokat. *Lederer* az epilepsia kezelésére vezette be a szervkivonatokat éspedig luminállal és brommal váltakozó periódusokban és 18 eset közül 15-nél jó eredményt látott. Kisérletei amellett szólnak, hogy az érgörcs az epilepsiás roham fellépésekor lényeges szerepet játszik.

Jacksor az epilepsiás görcs előidézőjének az érgörcsöt tartotta, *Nothnagel*nek is ez a véleménye s álláspontját *Penfield* megerősítette, mert carotis-plexectomia után sok esetben a görcsök elmaradtak. A kutatók egy része a feltárt agyvelőn körülírt érgörcsöket állapított meg epilepsiás görcs idején, mások pedig körülírt elhalványodásokat írtak le. *Spielmayer* muló jellegű ischaemiás elváltozásokat talált az agyban. *Foerster* is a legfontosabb tényezőnek tekinti a roham előtti érgörcsöt és az agyischaemiát. Számos más észlelet szól még az epilepsia vascularis elmélete mellett. Ezek után a myofort említett értonust csökkentő görcsoldó és értágító hatásában már meg is találhatnánk azt a hatásmechanizmust, mely az epilepsia gyógyításában is felhasználható. A vascularis elméletekre vonatkozó vélemények azonban még ma is vita tárgyát képezik és a számos támogató vizsgálati eredménnyel szemben sem tekinthetők általánosan elfogadottnak. Sok igen komoly ellentétes adatot is találhatunk az irodalomban. *Sántha* idevágó kisérletei alapján az epilepsiás görcsök agyi mechanizmusáról azt írja, hogy „féloldali görcsroham alatt az ellenoldali félteke, általánossá vált roham alatt pedig mindkét félteke tág értelemben vett mozgató kérgének és a mozgató kéreggel összekapcsolt kéreg alatti ducoknak átmeneti véráramlás-fokozódása mutatható ki és ezt a véráramlás-fokozódást az élénkebb idegműködés jelének kell tekintenünk". . . . „minden jel szerint az összmotorium hirtelen maximális stimulatiójával állunk szemben". E vizsgálatok, fejtegetései szerint arra mutatnak, hogy az érgörcsnek az izgalom tovább terjedésében nincs szerepe és az érgörcs a rohamnak nem szükségképen bevezetője, bár lehet rohamkiváltó szerepe épp úgy mint számos más kiváltó ártalomnak. *Sántha* helyi érgörcsre mutató tünetet nem talált. A leírt véráramlás-fokozódás pár másodperccel az izomrángások után kezdődik és egyideig még a roham lezajlása után is tart.

A véráramlás-fokozódást eszerint a fokozott idegműködés következményeképen foghatjuk föl, amely mintegy ki akarja küszöbölni a görcsöt okozó ártalmas noxát és a myofort hatását oly irányban magyarázhat-

M. A.

1938	MÁJUS			JUNIUS	JULIUS		AUGUSZTUS	SZEPTEMBER	OKTÓBER		NOVEMBER	DECEMBER
	1—5 3x2 tabl. epilamin	6-17-ig 3x30 cg. myofort.	18-31-g. 2 amp. myofort S. C.	1—30-ig. 3x30 cg. myofort.	1—18-ig 3x2 tabletta epilamin.	19x31-ig. 4x1 tabletta epilamin.	1—31-ig. 3x30 cg. myofort.	1—15-ig. 4x1, 16-30-ig 3x1 epilamin.	1—20-ig. 4x1 t. epilamin.	21—31-ig. 2 amp myof.	1—30-ig 3x1 tabletta epil-min.	1—15-ig. 3x1 tabletta epilamin.
	Tónusos-clónusos görcs (az első szám hányszor, a második hány percig tartandó.)											
1								2x1·5				
2					2x2				2x1·5			
3	5x2											
4	3x1·5											
8								1x2				
9									1x2			
10												3x1·5
12				2x1·5								
16											1x2	
17											2x2	
19									2x2			
20												
21							3x2	2x2			3x2	
22			2x15								4x2	
23			2x2									
26								4x2				
27												
28				2x1·5								
29								3x2				

1938	MÁJUS		JUNIUS		JULIUS		AUGUSZTUS		SZEPTEMBER		OKTÓBER		NOVEMBER		DECEMBER	
	3x1 epilamin	5x1 epilamin	3x30 cg. myofort.		3x2 tabletta epilamin.		4x1 epil.	3x2 epil.	2 ampulla myofort.		1—15-ig 4x1 epilamin / 16—31-ig 3x30 myofort.		2x1 e. k. Brom luminál	3x1 e. k. Brom luminál	1—15-ig 3x1 epilamin.	
	P. R.	K. S.	P. R.	K. S.	P. R.	K. S.	P. R.	K. S	P. R.	K. R.	P. R.	K. S.	P. R.	K. S.	P. R.	K. S.
	Tónusos-clónusos (az első szám hányszor, a második hány percig tartó.)															
2												3x2				
5	1x2												2x1			
9			3x1							1x1·5						
11							3x2									
13												2x2				
14												4x2				
20													3x2			
23										2x1·5						
24												2x2				
25								5x2								
26								3x2								
28	2x1·5													4x1		

Gyógyszer	M. A.				P. R.				K. S.				Összegezve. a három eredményt			
	Hány napig kapta a gyógyszert.	Hány olyan nap volt amikor görcse volt.	Összesen hány esetben volt görcse	Görcsei összesen hány percig tartottak.	Hány napig kapta a gyógyszert	Hány olyan nap volt amikor görcse volt.	Összesen hány esetben volt görcse	Görcsei összesen hány percig tartottak.	Hány napig kapta a gyógyszert.	Hány olyan nap volt amikor görcse volt.	Összesen hány esetben volt görcse.	Görcsei összesen hány percig tartottak.				
3x1 epilamin	60	8	20	42·5'	46	2	3	5'	15	—	—	—	121	10	23	47·5'
4x1 „	48	5	11	20'	45	1	3	6'	15	3	9	18'	108	9	23	44'
3x2 „	23	3	10	18·5'	31	—	—	—	61	2	8	16'	115	5	18	34·5'
3x30 cg. myofort	72	3	7	12·	45	1	3	3'	45	1	2	4'	161	5	12	19'
2 amp. „	24	3	7	9'	30	—	—	—	30	2	3	4·5'	84	5	10	13·5'

juk, hogy az áramlás serkentése révén ezt az élettani mechanizmust támogatja. Az agyi vérkeringésnek, amellett, hogy az általános vérkeringés szerves része, saját szabályozása is van. Emiatt valószínüleg érzékenyebb minden hatással szemben, mint az általános érrendszer s ez a körülmény különösen megnehezíti a vérkeringés változásai és az epilepsiás-rohamok közötti összefüggés tisztázását. *Frey* megállapitásai alapján a myofort anyagcsere hatására is gondolnunk kell és szerepe lehet a vérnyomás szabályozása és a diuretikus hatása révén is az epilepsia gyógyitása terén.

Osztályunkon eddig a szokásos gyógyszeres, diaetás, agynyomáscsökkentő, dehydratiós, továbbá az esetleg kideríthető oknak megfelelő gyógymódokat alkalmaztuk. Az utóbbi időben pedig ezek mellett több esetben myoforttal végeztünk kisérleteket epilepsiásoknál az említett meggondolásokból kiindulva. A myoforttal kezelt esetek közül háromról számolok be, a többiek a kezelés és megfigyelés idejének rövidsége miatt nem használhatók fel a kezelés értékének megitélésére. Mind a három beteg nő, 26—28—36 évesek. Psychosis epileptica diagnosissal hosszú évek óta állanak intézeti kezelés alatt. Gyakori ködös állapotokkal, görcsökkel és jellegzetes psychés elváltozásokkal. Jelen közleményben a különböző gyógyszerek hatásának összehasonlításához a görcsös rohamok viselkedését vesszük alapul. A betegek étrendje, életmódja ugyanaz volt a myofort kezelés alatt, mint annak előtte. Elsősorban genuin epilepsiás eseteknél vettük alkalmazásba a myofortot és ezeknél az epilepsia genuin természetét *K. F. Scheid* megállapításának megfelelően a liquor-lelet is alátámasztotta. A liquorban ugyanis sejtszaporulat normális colloid görbe mellett genuin epilepsiánál is előfordulhat és a rohamok hatásának tulajdonítható, kóros colloidgörbe azonban nagy valószinüséggel inkább tüneti epilepsia mellett szól. A három eset 7—8 hónapon át folytatott gyógyszeres kezeléséről, a görcsök számáról és ezek időtartamáról az első két táblázatban számolunk be. A harmadik táblázat a különböző gyógyszeradagolások időtartamát, az összegezett görcsszámot és ezeknek percekben megadott idejét mutatja.

Szándékosan választottunk gyógykisérleteink céljára olyan súlyosabb eseteket, ahol a rohamok évek óta havonta több izben is felléptek az életmód rendezése és gyógyszeres kezelés ellenére is. Ezek az esetek a különböző gyógymódok hatásának megítélésére az összehasonlítására inkább alkalmasak, mint az enyhébb kóralakok. Az elméleti meggondolások alapján nemcsak genuin epilepsia, hanem tüneti epilepsia esetén is eredményt várhatunk, különösen olyan kóralakokban, ahol a vérkeringési zavarok nyilvánvalóan szerepet játszanak a kórkép kialakításában.

Mint a táblázatokból látható, két betegünk (M. A. és K. S.) görcsrohamainak száma körülbelül azonos időtartamot véve tekintetbe, a myofort kezelés idején volt a legkevesebb, a harmadik betegen pedig (P. R.) a myofort kúra alatt és a nagyobb mennyiségben adagolt brom-luminal kezelés idején közel egyértékű hatás mutatkozott.

A gyógyeredményt természetesen a legnagyobb óvatossággal kell elbirálnunk. Ezért tapasztalataink alapján, egyenlőre csak annak megállapitását tartjuk jogosultnak, hogy a myoforttal végzett kisérletek biztató eredménnyel jártak s hasznosnak igérkezik e szervkivonat kipróbálása nagyobb és változatosabb epilepsiás beteganyagon is.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fülklinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

Szokatlan lefolyású otogen agytályog és meningitis.

Irta: *Ajkay Zoltán dr.* egyet. tanársegéd.

A füleredetű agytályog úgy a heveny, mint az idült otitishez társuló szövődmény, azonban az idült fülgenyedés kapcsán jóval gyakrabban lép fel (80—85%), mint az acut otitis kiséretében (15—20%). Az agytályogok legnagyobb hányadát a cholesteatomával szövődött esetek szolgáltatják. A nagyagyi és kisagyi tályog előfordulási aránya általában 3:1. A bal agyfélben gyakoribbak a tályogok, mint a jobb oldaliban.

A tapasztalat szerint, — amint azt *Körner* első izben megállapította — a füleredetű tályog mindig a megbetegedett sziklacsont közvetlen közelében keletkezik. A fertőzés a beteg sziklacsontról közvetlenül és a dura egyidejű megbetegedésével terjedhet át, avagy a dobüreget és melléküregeit az agyhártyával összekötő vérerek és kötőszöveti rések útján; továbbá az ivjáratok arrosiója, vagy a belső hallójárat útján keletkezett labyrinth-genyedések következtében; a sinusok thrombophlebitise kapcsán, ha az elváltozás átterjed az agyállományból eredő és a sinusok valamelyikébe torkolló vénákra.

Az agytályog kifejlődésében 4 szakot különböztetünk meg: a kezdeti — *intialis* — szak a tályogot megelőző enkephalitissel kapcsolatos izgalmi tünetekből áll: láz, főfájás, émelygés, hányás. Az ezt követő lappangás időszakában — *latens* stadium — az előző tünetek enyhülnek, sőt meg is szünhetnek. A tályog megnyilvánulási időszakában — *manifest* stadium — általános agynyomási tünetek és helyi, vagy góc tünetek jelentkeznek. A végső — *terminalis* — szak a tályognak a subarachnoidealis üregbe, vagy az agygyomrocsokba való áttörésében és az ennek kapcsán kifejlődött általános genyes agyhártyagyulladásban áll. E szakban a coma kiséretében fellépő légzésbénulás halálhoz vezet. E négy szak a valóságban rendszerint nincs ilyen élesen egymástól elhatárolva; legfeljebb idült genyedés esetében, lassan fejlődő agytályogoknál észlelhető. Heveny középfülgyulladás kapcsán kifejlődött agytályogoknál a fent említett szakok egymásba folyhatnak, vagy ugrásszerüen követhetik egymást.

Az agytályog kórismeje, ha góctünetek vannak, nem nehéz, de a latens szakban, vagy a góctünetek hiánya esetében nehéz, sőt néha lehetetlen. Ilyen különösen a kisagyi és a jobb oldali halántéklebeny tályogja. Előbbinél aránylag jó közérzet mellett a légzési központ bénulása következtében villámszerűen állhat be a halál. A jobb oldali halántéklebeny tályognál a „néma területek" miatt a góctünetek — különösen a jellegzetes aphasia — hiányoznak és csak a gyomrocsba való áttörés, vagy foudroyans meningitis tereli a gyanut az alapbetegségre.

Az agytályog therapiája sebészi és a tapasztalatok szerint a kellő időben operált agytályogok gyógyulási aránya kb. 30%-ra tehető.

Az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán a közelmultban szokatlan lefolyású és halálos kimenetelű otogen agytályogot és meningitist volt alkalmunk észlelni, amely ritkaságánál fogva érdemes a közlésre.

N. N. 60 éves vidéki férfibeteg 1940. II. 21-én azzal a panasszal kereste fel a klinikát, hogy a bal füle 6 héttel azelőtt kezdett fájni, magától kifakadt, azóta folyik és zúg. Öt napja a füle mögötti tájék duzzadt és igen fájdalmas

Jobb oldalon már évek óta rosszul hall és ez a füle gyakran folyik.

A *jobb* dobhártya hátsó-alsó negyedében kis széli perforatio van, amelyen át kb. buzaszemnyi polypus nyomul a hallójáratba. A *bal* fülkagyló erősen eláll, a retroauricularis tájék duzzadt, érintésre igen fájdalmas, fluctuatio nincsen és az ujjbenyomat nem marad meg. A hallójárat hátsófelső fala besüppedt, a dobhártya vörös, beszürődött és párnaszerüen megvastagodott, elődomborodik, felülete macerált. Perforatio nem látható. *Hallásvizsgálat: Sugott beszéd* j. o. ∅, b. o. a. c. *Hangos beszédet* — Bárány f. lármázó készülékkel vizsgálva — j. o. 5 m-ről hallja. *Weber:* végtelen, *Rinne* mindkét oldalon negativ, *Schwabach* mindkét oldalon meghosszabbodott. A vestibularis apparatus részéről kóros elváltozás megállapítható nem volt. Hőmérséklet: 38.2 C°. Pulsus: 96, rhythmusos.

Diagnosis: Otitis media purulenta chr. polyposa l. d. Otitis media purulenta acuta l. s. Mastoiditis acuta, abscessus subperiostalis l. s.

A betegen a *bal* oldalon azonnal antrotomiát végeztünk. Aether narkosis. A retroauricularis metszés után nagy nyomás alatt kb. 2 evőkanálnyi sűrű, tejfelszerű büzös geny ürült. Az áttörés helye a csúcshoz közel, a csontos hallójárat hátsó fala mentén volt látható. Gondosan kitakarítjuk a genyben uszó, sarjakkal kitöltött cellákat, a csúcsot teljesen eltávolítjuk. Feltünő volt a sinus-duraszögletben lévő Citelli f. sejtek nagyfokú destructiója. A sinus vitreája mindenütt épnek látszott, de biztonság okáért kb. 1 cm hosszúságban szabaddá tesszük a sinust, melynek szine egészséges kék volt, felrakódás rajta nem látszott. Tegmen ép, ezért a durát nem is tettük szabaddá. Végül a jobb fülben lévő polypust Hartmann f. polypcsipővel eltávolítottuk.

Másnapra a beteg teljesen láztalanná vált és 10 napon keresztül az maradt. A beteg állandóan fentjárt, jól érezte magát, étvágya volt és fájdalmakról sohasem panaszkodott. A műtéttől számított 11. napon (1940. III. 3-án) este fejfájásról panaszkodott és többizben hányt. Hőmérséke enyhe borzongás kiséretében 39°C-ra emelkedett. Másnap reggel elvesztette eszméletét, láza 40°C-ra szökött fel, pulsusa 100 volt, a felső végtagokon flexios hypertonia volt észlelhető, továbbá a bulbusokon középállásban alig észlelhető nystagmus. Tarkómerevség, Kernig f. tünet hiányzott. Lumbalpunctióra kevés véres liquor ürült. Agytályogra gondolva azonnali műtétet végeztünk. Az eredeti üreget feltártuk és a tegmen levésésével az épnek látszó durát kb. pengősnyi területen szabaddá tettük. A sinust és a kisagyi durát felszabadítottuk, de kóros elváltozás ezeken sem látszott. Az átmenet felett a csont kissé morzsolékonyabbnak tünt fel, e helyen punctiót végeztünk a kisagyba, mire kevés agytörmelék ürült, de genyet nem kaptunk. A beteg pár órával a műtét után, anélkül, hogy visszanyerte volna eszméletét, meghalt.

A másnap megejtett *boncolás (Romhányi dr.)* a következőket derítette ki: Dura feszes. Lágyburkok lemezei között az agy domborulatán keskeny genyes izzadmányból álló csikok láthatók. Az izzadmány az agyalapon tömegessé válik, különösen a chiazma és a pedunculusok tájékán. Az izzadmány a vermis superior tájékán is látható. Az agy duzzadt. Sulcusok elsimultak. *A bal aldali antrotomiás műtéti terület és mindkét oldalon a dobüregek szabadok. A jobb processus mastoideus üregrendszere is szabad.* Durasinusok szabadok. Az agykamarák kissé tágultak és zavaros genyes liquort tartalmaznak. A jobb oldali kamra alapján a nucleus caudatus feji részében kisujjbegynyi genyes lepedékkel fedett, részben fluctualo duzzanat található. Negyedik agykamra lumene szabad.

Az agyat részletesebb vizsgálat céljából formalinban rögzítettük; a formalinban való rögzítés után megállapítható, hogy a nucleus caudatus feji részében, részben a nucleus lentiformisra is ráterjedő vérzéses szélű és központi részében genyesen lágyuló terület látszik. Egyebütt sem a nagyagyi, sem a kisagyi haemispheriumban tályog nem látható.

A szívből és lépből vett oltás: steril eredményt nyujtott. Az agyalapról készült keneten: *Gram* negativ, meningococcusoknak imponáló diplococcusok voltak megállapíthatók.

Esetünk több szempontból érdemel figyelmet: Elsősorban a műtéti kitakarítás — mint azt a boncolás is igazolta — körültekintéssel történt és tökéletes volt. A beteg a műtéttől számított 10 napon keresztül teljesen tünetmentes volt, sem általános, sem góctünetek nem jelentkeztek. Fejfájásról sosem panaszkodott, nem szédült, nem hányt, pulsusa 70—80 között mozgott, hőemelkedése sem volt, állandóan fentjárt, úgy, hogy egészséges és élénk ember benyomását tette. A tályog első 3 szaka tehát teljesen észrevétlenül folyt le. A góctünetek hiányát a tályog localisatiója a jobb oldali halánteklebenyben megmagyarázza („néma területek"), de *szokatlan az általános tünetek teljes hiánya.* A terminalis stadium foudroyans lefolyását a tályognak a jobb agykamrába történt betörése és az evvel kapcsolatos genyes meningitis idézte elő. Érdekes, hogy a *meningitis csak a boncolásnál derült ki.* Semmi támpontunk ennek a kórismézésére nem volt; a Kernig f. tünet és a tarkómerevség hiányzott. Szokatlan, hogy a tályog nem a megbetegedett sziklacsont közvetlen közelében, hanem az *ellenkező oldalon keletkezett.* Ez a nagyszámú és anastomosissal magyarázható, mely egyrészt a dobüreg és melléküregeit az agyhártyával összekötő vérerek, másrészt az utóbbi és az agy erei között fennáll. Valószinű, hogy a csontban fészkelő kóroközök e vérerek utján, azok elváltozása nélkül, tehát áttétel módjára kerültek az ellenkező oldali agyfélbe és ott metastaticus tályogot okoztak. Gondolni kell arra is, vajjon nem a jobboldali otitis okozta-e a tályogot? Ez ellen az a körülmény szól, hogy a polypus eltávolítása után a fülfolyás megszünt és a kórbonctani vizsgálat a j. oldali sziklacsontot épnek találta. A második műtét alkalmával felvetődött a kérdés, hogy az agytályog képződése nem előzte-e meg az előző műtét időpontját és a talán már eltokolódott tályog a műtéti insultus folytán activálódott. Ez ellen a feltevés ellen szól azonban a boncolási lelet, amely hevenyen fejlődött agytályogot derített ki anélkül, hogy pyogen hártya képződött volna.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Primaer szivburok sarkoma. *R. L. Parker, A. H. Baggenstoss, T. J. Dry.* (Arch. of Int. Med. 65. 1.) A szerző egy eleinte csak mellkasi fájdalmakat okozó szivburok-sarkomáról számol be. A röntgen igen nagy szívárnyékot és a szívcontractiók csökkent kilengését mutatta. Ekg-elváltozás: jobb tengely deviatio és neg. T_2. Ezenkívül decompensatio jelei mutatkoztak, főleg a nyaki venák voltak erősen telve. A boncolás szivburok-sarkomát állapított meg. A röntgenmutatta csökkent szivcontractiók kilengését az magyarázza, hogy az egész szivet daganattömeg vette körül s igy a contractiót gátolta. A nagyfokú pangást a bal vena jugularisban és mindkét anonimában talált fali thrombus magyarázza meg, melyek egészen a vena cava superiorig nyultak le és majdnem teljesen elzárták a véredények lumenét. Az ekg-ban látott tengelydeviatio magyarázatához nem elegendő a szív anatomiai tengely fekvésének változása, hanem inkább mechanikus tényezők játszhattak közre, nevezetesen a nagy daganattömegek nyomása. (B. 39.)

Bene Jenő dr.

A haemophiliásokon észlelhető lassú thrombinképződés. *Brinkhaus.* (Amer. J. Med. Sci. 198. 4.) A haemophiliások vérében a thrombocyták száma és alakja, a fibrinogen, prothrombin, Ca-mennyisége normalis. Valószínű tehát, hogy a prothrombinnak thrombinná alakulása zavart. Hogy ezt bizonyíthassák, a szerzők 5 haemophiliás betegen végeztek kisérleteket: a thrombin-képződést vizsgálták vérben és eredményeiket normalis emberek vérében talált értékekkel hasonlították össze. A thrombin képződését csak közvetve tudták mérni: a prothrombin megfogyásával. Úgy találták, hogy míg norm. ember prothrombin-mennyisége a lebocsátott vérben 3 óra alatt a tizedére fogy, addig haemophiliásokéban még 1 nap múlva is megtalálható a fele az eredeti mennyiségnek. A theoria szerint a thrombokinase alakítja a prothrombint thrombinná, a thrombokinase pedig nagyrészt a szöveti alakelemekből (thrombocyta!) szabadul fel. Ha a norm. ember vérének sejtes elemeit vérvétel után azonnal elválasztjuk a plasmától, a plasma valóban lassabban alvad meg. A szerzők feltételezték, hogy haemophyliások véréből a thrombokinase hiányzik. Thrombokinaset (tüdőből előállítva)

adva haemophyliások véréhez, gyorsabban alvad meg. Vérátömlesztés esetén is az idegen sejtes elemekből felszabaduló thrombokinase gyorsítaná az alvadást, ezért műtétek (pl. foghúzás) előtt 4—5 órával adott vérátömlesztés hatására, a véralvadás ideje, tehát a vérveszteség is lényegesen kisebbedett. (G. 28.)

Juvancz Iréneusz dr.

SEBÉSZET

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

Az emlőrák-műtét eredményeiről 8 év anyaga alapján. *Derra* és *Blittelsdorf.* (Arch. f. Klin. Chir. 198. 3.) A szerzők a bonni Johanneshospital 308 esetéről számolnak be. Az anyag a régebbihez képest lényeges változást nem mutat. Öröklés, trauma, mastitis, struma és az emlőrák között aetiologiailag összefüggés kimutatható nem volt. A betegek újabban hamarabb kerültek műtétre. Gyógykezelés ma is a radicalis műtét, esetleg később plastika. Palliativ műtétek nem mindig kerülhetők el. Műtéti halálozás 5%. A prognosis különböző tényezőktől, így életkor, kiterjedtség, általános állapot, kórszövettani jelleg, stb. függ; igen rossz recidiva, vagy metastasis esetén. A műtéthez társuló sugaras kezelés egy csoportban sem adott kétségtelenül jobb eredményt. Öt éven túl 38.2% volt tünetmentes. (F. 40.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A fibrin jelentőségéről bakteriumos fertőzésekben. *Plenk.* (Arch. f. Klin. Chir. 198. 3.) Kísérleti vizsgálatok alapján kimutatta, hogy a fibrinhálózat, mely véralvadáskor néhány perc alatt keletkezik, nemcsak sérülések, hanem bakteriumos fertőzések esetében is, mint szűrő, védőszerepet játszik. Mint a cellularis védőfolyamatokban, úgy ebben is helyi és általános reactio játszódik le. A fibrinhártya, mint mechanikai védelem a cellularis és humoralis védőfolyamatnak megelőzője. Az omentum majus működése és mozgása a fenti elmélettel szerinte jól magyarázható. (F. 41.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az intraarticularis xanthomáról. *Willenegger.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253. 3—5.) A szerző három esetét közli. Az egyik jóindulatú xanthomatosus óriássejtdaganat, ahol trauma váltotta ki a tüneteket; a lipoid anyagcserezavarát kimutatni nem sikerült. A második eset xanthofibromatosus variansa volt a jóindulatú óriássejtes xanthomának. A harmadik eset xanthogranuloma volt resorptiv szöveti jellegel. Pathogenesise: a térdizület már régebben tartó xanthomája trauma útján elhal és az ismert tüneteket okozza. (F. 42.)

Fedeles-Findeisen László dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

Műtéti érzéstelenítés a harctéren. *Pinelli.* (Revue du Service de Santé Milit. 1940. 2.) Műtéti érzéstelenítés szempontjából a sebesülteket az egyszerű és a gázsérültekre oszthatjuk. Az egyszerű sebesültek közül a könnyebbek sebészi ellátására legjobb érzéstelenítőszer a chloraethyl és az evipan; a súlyosakat, shokban lévőket, a fertőző betegségben, vagy sebfertőzésben szenvedő és a hypotensiós sebesülteket célszerű evipannal vagy nitrogen oxydullal elaltatni. A koponyaműtéteket helyi érzéstelenítésben, a hasműtéteket leginkább aetheralatásban végezzük. Az evipant nem tűrik az izgalmi shokban szenvedők, aethert és helyi érzéstelenítést pedig nem alkalmazhatunk az afrikai katonákon. Elől a harctéren legjobban fog beválni a chloraethyl, chloroform és evipan, hátrább, a békében megszokott altatószerek; légi bombázás azonban itt is harctérivé változtatja a hátsó kórház tevékenységét. A fojtó gázzal is mérgezett sebesültek altatására a belélegző altatók alkalmatlanok, mert az izgalmi szak sietteti a vizenyős tüdő és a túlterhelt szív kimerülését. Ilyen esetben a basisnarkotikum van helyén. Tonogen, vagy ephedrin ilyen sérültekre végzetessé válhat. A marógáz előidézte tünetek kifejlődése 24 óráig is késhet; előbb a szemen, később a bőrön s végül a tüdőben jelentkeznek. Minden mustárgázsérültet tehát kezdetben ép úgy kell kezelni, mint a fojtó gázzal mérgezettet. Felmerül az a kérdés, operáljuk-e a gázsérültet ebben a latens szakban, vagy várjuk-e meg a krisis lezajlását, amikor a gázsérült már elveszti különleges jellegét és egyszerű tüdőbeteggé válik? A gázmérgezett s egyúttal megsebesült katona egyben „fertőző", kit el kell különíteni és szív- tüdőbeteg, kinek nyugalmát megvazarni tilos! A gyakorlatban azonnal meg kell operálnunk a súlyosan vérző, a fuldokló és gázüszkös sérültet. Altatószernek rectalis, vagy i. v. narkotikumot válasszunk. Az altatás fontos és súlyos feladat, „kis altatás" nincs. Gondoskodni kell ezért már békében altató orvosok, háború idején altató egészségügyi személyzet oktatásáról. (L. 13.)

Lippay-Almássy dr.

Észrevételek a Lengyelországban 1939-ben jelentkezett vérhasról. *Kalk.* (Dtschr. Militärarzt. 1940. 1.) Az orvosok többnyire, — miként a világháborúban is, — nem ismerték fel azonnal a vérhast, hanem colitisnek, vagy enteritisnek tartották és csak tömegesebb észlelés vagy véres széklet megjelenése után jöttek rá a tévedésre. Háborus időben, amikor nem lehet azonnal és mindenütt bakterilogiailag a kórokozót kimutatni, *kötelessége* minden orvosnak azokat a betegségeket, ahol tenesmus kíséretében a hasmenéses székben vér és nyálkahártya jelenik meg *vérhasnak* tartani. A lengyel hadjárat alatt jelentkezett vérhas okozója a Kruse—Shiga- és a Flexner Y—Strosg-bacillus volt. Az igazi, súlyos eseteket a Kruse—Shiga-bacillus okozta. A therapiát illetőleg fontos a diaeta pontos betartása, (ha lehet, reszelt alma), valamint ópium, atropin, állati szén, bolus, konyhasós infusiók, vérátömlesztés, thermophor, serum szükségszerinti alkalmazása. A járvány azonnal megszünt, milyet a harcok végetértek és fegyvernyugvás állott be. A betegeket teljesen ki kell gyógyítani, hogy ezáltal elejét vegyük annak, hogy b.-gazdákká, vagy b.-ürítőkké válva újabb járvány okozói legyenek. (L. 14.)

Korondi Oszvald József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A vörösvérsejtsüllyedés gyorsaságának megváltozása a terhességben és a gyermekágyban. *Trillat* és *Lugand.* (Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. 1939. 28. 76.) Közismert, hogy a vörösvérsejtsüllyedés a terhesség alatt fokozódik. Szerzők vizsgálatokat végeztek arravonatkozólag, hogy a terhesség alatt a vvs.-süllyedés milyen változást szenved és hogy van-e e változásnak kórmeghatározási és kórjóslati jelentősége. 40 asszonyt vizsgáltak a terhesség és a gyermekágy különböző szakaszaiban. A terhesség első három hónapjában a vvs-.süllyedés 10—14 mm; ettől kezdve fokozatosan emelkedik a hatódik hónap elejéig, ekkor középértékben 55 mm, a hatodik hónaptól a szülésig változatlan. Szülés után a vvs.-süllyedés fokozatosan csökken és a gyermekágy 10. napján középértékben 40 mm. Kóros terhesség eseteiben a vvs.-süllyedés-fokozódás nagyobb, mint ugyanolyan idős rendes terheseken. Igy egy terhességi mérgezésben a vvs.-süllyedés egyik napról a másikra 66 mm-ről 76 mm-re emelkedett, szülés után 63 mm-re, 5 nappal később 53 mm-re csökkent. A gyermekágyban szövődmények esetén ahelyett, hogy csökkenne, emelkedett marad, vagy még fokozódik is. Általában azt mondhatjuk, hogy a terhesség 4. hónapjától a vvs-süllyedés diagnostikus jelentőségű, feltéve, ha a fokozódás 20%-on felüli és egyéb idült betegség nincs. Kórjóslati értéke csak akkor van, ha a vizsgálatokat rövid időközökben végzik és ha a fokozódás rendellenesen nagy. Kóros terhesség esetén a vérsejtsüllyedés állandó fokozódása a betegség súlyosbbodását jelenti és esetleg műtéti javallatok felállítását teheti szükségessé. (B. 3.)

Cserényi László dr.

A terhesnők vérének histaminbontóképessége. *Werle* és *Effkemann.* (Arch. f. Gyn. 1940. 170. 82.) A kérdéssel azért foglalkoznak, mivel úgy látszik, hogy a szervezet histaminanyagcseréje bizonyos vonatkozásban van a szülés megindulásával. A terhesvér histaminase-tartalmát, ill. histaminbontóképességét tengerimalacok vékonybelére kifejtett hatása alapján határozták meg. Kisérleteik alapján kiderült, hogy a terhesnők vére már a III. hónaptól jóval több histaminase fermentet tartalmaz, mint a nem terhesek vére. A legmagasabb értéket a VII. hónapban kapták, amikor húszszor több histaminase volt a vérben, mint rendesen. A szülésig ez az érték azután fokozatosan csökkent, majd a gyermekágy 8—9. napján ismét a rendes értéket érte el. A vizeletben és a köldökzsinórvérben a histaminase-tartalom nem volt emelkedett. A terhesnők vérének ezt a tulajdonságát specificusnak tartják. Sem más betegségek alkalmával(carcinoma, tuberculosis, diabetes, stb.) sem egyéb alkalmakkor nem találták a vérnek ezt az erős histaminbontóképességét, úgyhogy ezt tekintve, hogy a terhesség korai idejében már megvan, valószínűleg fel lehet majd használni a terhesség korai megállapításában. A terhes méh nagymennyiségű histamint tartalmaz, ennek ellensúlyozására van szükség elméletük szerint magas histaminase értékre.

A szülés alkalmával a csökkenő histaminase miatt, mind több histamin válik szabaddá. A szabaddá váló histamin pedig fájások keletkezését segíti elő és így a histaminnak szerepe lenne a szülés megindulásában. (B. 6.)

Thaisz Kálmán dr.

Ikrek kiviselésének idejéről és testméreteiről. *Stehle.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1939 2.) A freiburgi női klinikán 29861 szülésből 312 volt többes szülés. Hármas szülés 3 volt. Az ikerszülések korai megszakadása igen gyakori, csak 36.6 százaléka éri el a terhesség 10. hónapját. Az ikermagzatok hossz- és súlyméreteinek átlaga az egyes hónapokban és hetekben azt mutatja, hogy az ikermagzatok nem érik el az egyes magzatok méreteit. Az *Ahlfeld* által talált és egyes magzatokra vonatkozó átlagértékekkel összehasonlítva az ikermagzatok súlya átlagban 536 g-mal kevesebb és hossza 2 cm-rel rövidebb. Az átlagos értékek mellett igen jelentős esetenkénti eltérések is mutatkoznak. Épen ezért az ilyen irányú orvosi szakvéleményekben gondosan számításba kell venni a gyakran előforduló esetenkénti eltéréseket, vagyis az ikermagzatok kiviseltségének idejéről adható orvosi szakvélemény csak igen tág határok között mozoghat. (B. 5.)

Ember Károly dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Postdiphtheriás bénulás. *Hansen.* (Klin. Wschr. 1939. 25.) A postdiphtheriás bénulás legcélszerűbb prophylacticumának a korán alkalmazott gyógysavót tartja. A postdiphtheriás bénulások minden esetben az 52. betegségi nap előtt jelentkeztek eseteiben. Ha a szív a 4. hét végéig intact, akkor már szívzavartól nem tart. A szívgyógyszerek közül csak a strophantint említi, mint hatásos tényezőt. A postdiphtheriás bénulások megelőzésében és kezelésében a strychnint, tetrophant és a B-vitamint hatástalannak tartja. A bénulásos betegek nyugalma — nézete szerint — a legfontosabb. (K. 55.)

Teveli Zoltán dr.

Létezik-e C-hipervitaminosis? *Rietschel.* (Klin. Wschr. 1939. 27.) Beszámol 13 C-vitamint kapott csecsemőről, akik közül többön nyugtalanságot, álmatlanságot és a súlygörbe ellaposodását figyelték meg. Egyeseknek híg székletük is volt. Mindezen tünetek, melyek az adagolás abbanhagyására megszüntek, hypervitaminosis tüneteinek fogja fel. Hasonlót észleltek felnötteken is. Az említett tünetek és a thrombociták számának az emelkedése csak synthetikus ascorbinsavnak hosszú időn át történő alkalmazására lépnek fel és gyakorlati jelentőségük alig van. A C-vitamin therapiás adagolásának jelentősége csak az avitaminosisban van, Werlhof-kórban csak a gyógyulási stadiumban fejt ki hasznos hatást. (K. 54.)

Takáts István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Az orrfurunculus. *F. J. Mayer.* (Mschr. f. Ohrenhk. 1940. 4.) Az arc furunculusa annál feszélyesebb, minél medialisabban foglal helyet. Az orrfurunculusok közül különösen az orrszárny furunculusa rosszindulatú. A complicatiók thrombophlebitisben, vagy általános sepsisben nyilvánulnak meg és nem ritkán halálhoz vezetnek. Szerző az utolsó 11 év anyagából 91 súlyos esetről számol be, melyek közül 4 végződött halálosan. A betegség leginkább a 3. és 4. évtizedben fordul elő. A legtöbb eset nyáron adódott. A betegség átlagos időtartama 10 napra terjed; a halál a sinus carvernosus thrombosisa és általános sepsis következtében állott be. A conservativ kezelés első feltétele a beteg nyugalombahelyezése és a hyperaemisálás. A szervezet ellenállását omnadin-, tej- és sajátvér injectiókkal lehet növelni. Ujabban a sulfamid készítmények adagolása feltétlen indokolt. A radicalis beavatkozás incisióból áll; a már kifejlődött cavernosus thrombosison segíteni nem lehet. A bécsi II. sz. orr-, gége-, fülklinika gyógyeljárása inkább conservativ. A vérbőséget szolgáló kezelés során jó eredményeket értek el rövidhullámú kezeléssel. Azokban az esetekben, amikor az orrháton a szemzug felé húzódó fájdalmas és vörös beszűrődés jelzi a fertőzés tovaterjedését a sinus cavernosus irányába, *Melchior* ajánlatára az orrgyök és a szemzug között ív alakban a csontig hatoló metszéssel átmetszik a vena angularist. Ezáltal a fertőzés tovaterjedését meg lehet gátolni. A vérzést tamponnal, vagy ligaturával látják el és a seb bevarrás nélkül is szép kozmetikai eredménnyel gyógyul. Három esetben alkalmazták ezt az életmentő beavatkozást teljes sikerrel. (A. 19.)

Török Miklós dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A helyes táplálkozás. Irta: *Boros József* prof. és *v. Kolta Ervin* tanársegéd. (Eggenberger kiadása 1940. Ára: 4.40 P.) Kétségtelen, hogy az utolsó negyven év biochemiai és physiologiai kutatásainak a gyakorlat szempontjából legfontosabb felfedezése az, hogy a sok hatótényező közül, amely külső környezetünkben szervezetünket és életünket kialakítja, a legfontosabb a táplálkozás. Annyi bizonyos, hogy a táplálkozás kimagaslóan fontos, de hogy miként fejti ki döntő hatását, részleteiben és biztosan, a rengeteg kisérletes eredmény és betegmegfigyelés ellenére sem tudjuk. Éppen az a körülmény, hogy az új és dogmaalkotásra még alkalmatlan adattömeg olyan nagy, okozza azt, hogy a gyakorlat számára még azok az eredmények is hozzáférhetetlenek, amelyeket már haszonnal lehetne alkalmazni. Ebben az eredményadzsungelben kitünő vezetőnk *Boros* prof. és *vitéz Kolta Ervin dr.* Világosan, érthetően megtanítják kivétel nélkül mindazt, ami theoretikusan biztos és a gyakorlatban használható. Különös értéke a könyvnek, hogy azt belgyógyász-professor írta, aki a leghivatottabb arra, hogy a physiologiának és biochemiának a betegtől gyakran messze eltávolodott eredményei közül azt válogassa ki, amit az orvos fel is tud használni. Másik kitünő oldala még a könyvnek az is, hogy a táplálkozásélettan legújabb tudományos eredményeit adja az orvosnak, mégpedig a gyakorlatban alkalmazható módon. Mindazok, akik tudják a táplálkozás jelentőségét és ezért szívükön viselik a táplálkozás élettani eredményeinek alkalmazását, hálásan köszönik a szerzőknek ezt a szép könyvet.

Beznák prof.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Értesítője *Koleszár László dr.* szerkesztésében megjelent. (49. évf.) A 254 oldalas könyv az ülésjegyzőkönyveken, elnöki megnyitókon és gyászbeszédeken kívül sok értékes előadást tartalmaz, melyek a szaküléseken hangzottak el. Ilyenek *Koleszár László:* Nyelvgyöki carc. operált és gyógyult esete; *Orient Gy.:* Miért kapta *Szent-Györgyi* a Nobel-díjat, — A rákos megbetegedés eredete és keletkezése; *Joó I.:* A gázphlegmoneről, — Orr- és fülfurunculosis gyógyítása; *Herskovits I.:* Célzott felvételek az emésztőszervek röntgen-diagnostikájában; *Kelemen L.:* Az elektrokardiographia alapfogalmai; *Parádi K.:* Az allregiás betegségekről; *Boër L.:* A császármetszés tanának mai állása; *Neuber E.:* Actinomykosis és skleroma az újabb vizsgálatok megvilágításában; *Rottmann S.:* A kobramérég az idegrendszeri lues gyógyításában; *Várady G.:* Siemens—Röntgen planigraph a tüdőbajok diagnostikájában.

Végül *Schmindt Béla* értékes bibliographiája szerepel az erdélyi kisebbségi, különösen magyar orvosok irodalmi munkásságának 11 évéről. —

Meghatva lapozzuk az évenként megjelenő Értesítőt, mint hű jelét annak, hogy Erdélyben élő magyar orvostársaink magukrahagyatva sem tágítanak hivatásuk teljesítése és tudományuk művelése mellől.

Vámossy prof.

Fizikai kémia. (I. kötet.) *Gróh Gyula* közreműködésével irta: *Erdey-Gruz Tibor* és *Schay Géza.* (Egyetemi nyomda, Budapest, 1940. 605 oldal. Ára: 25 P.) Kiválóan értékes munka. Ebből az egy kötetből nemcsak a classikus physikai chemia eredményeit tanulhatjuk meg egészen a legújabb szintig, hanem a természettudományos igazság felkutatásához szükséges gondolkodás- és eljárásmódját is. Miközben megtanuljuk a termodinamika feltételeit, a halmazállapotok alakulásának összefüggéseit, a chemiai folyamatok mechanikáját, az elektrochemia törvényeit és a határfelületek, kolloid állapotú részecskék viselkedését, egyúttal szinte észrevétlenül gondolkodási alkatunkta természettudományos igazságok felismerésére képessé alakítja. Az olvasóban szinte ösztönössé válnak a természettudományos igazságfelismerés egyes szakaszai: az első az adott megfigyelésekből felállított hypothesis szerkesztése, a második a hypothesis ellenőrzése kisérlettel, végül a harmadik az igazolt hypothesisnek természettudományi törvénnyé átalakulása és ezzel együtt érvényessége határainak éles megállapítása. Világosan látjuk ebben a folyamatban azt a döntő szerepet, amit a kisérletes kritika megfigyelő és mérő módszereinek folytonos tökéletesítése betölt. Ezt a kettős eredményt a könyv szerencsés tárgyalásmódjával éri el: az igazságokat olvasóival újra fel tudja fedeztetni. A tárgyalásnak ez a módja teszi a könyvet egyúttal olvasmányszerűen érdekessé.

Az anyag szerkezetéről és a chemiai reactiók lefolyásáról tudásunk az utolsó 40 év alatt óriási mértékben megnőtt és a múlthoz képest alapvetően is átalakult. Ez a növekedés és átalakulás túlnyomórészben a physikai chemia érdeme. Az anyag nagyságából folyik, hogy az újabb ered-

ményeket a könyvek két fajtája foglalja össze: a több kötetre terjedő kézikönyv és különböző fejezetekre korlátozott monographia. E két könyvfajta közül egyik sem alkalmas arra, hogy a haladás egészét belőle áttekintsük, sem pedig arra, hogy az egyes részeredmények jelentőségét a haladásban megítélhessük. Ezt a nehéz feladatot: az egyes eredményeknek fontosságukhoz arányított harmonikus rövidítését anélkül, hogy a tömörítés akár az igazság, akár az élvezhetőség rovására menne — kitünően oldja meg az I. kötet. Mivel így az egész physikai chemiát felöleli szükségképen igen nagy természettudományos magaslatokra kell megértéséhez emelkedni. Itt is igen jó a tárgyalásmód, mert enyhén emelkedő gondolkodás-szerpentinekkel, ugrás nélkül vezeti fel az olvasót.

Végül a könyvnek még egy igen kitünő tulajdonságáról kell megemlékezni. Az a mélyreható változás, ami az anyag szerkezetére vonatkozó ismeretünkben bekövetkezett, nem annyira néhány forradalmi felfedezésnek volt eredménye, mint inkább a legkülönbözőbb területeken szerzett régi és új physikai chemiai ismeretek óriási tümegének fáradhatatlan, folyamatos kritikai összevetésének. A könyv világosan mutatja a természettudomány haladásának ezt a jellemző sajátságát is, hogy t. i. haladása törvényszerü evolutio. A könyv a felöleit anyag teljességével, rövidségével, világosságával, olvasmányszerüségével és tanulhatóságával nagy érték tudományos irodalmunkban.

Beznák prof.

Der tuberkulös überempfindliche Mensch. *E. Schulz.* (J. A. Barth Verlag, Leipzig 1939. Tuberkulose Bibliothek 75. sz. Ára: 4. RM.) A szerző részletesen foglalkozik munkájában a gümőkór azokkal a formáival, amelyeket nálunk *Hollós* és *Holló* gümőkóros intoxicatiók, illetve juvenilis tbc. forma alatt csoportosítottak. A gümőbacillus nagy ellenállóképessége mellett aránylag kicsiny a tulajdonképeni méreghatása. A betegség jellegének kialakulásában az allergiának, a szervezet áthangolásának van szerepe. Ha tüdőfolyamat nincs is, a beteg hilusmirigyből a nyirokerekbe állandó antigenbeszivárgás történik, a szervezet érzékenysége fokozódik, s az allergia kialakulásával minden egyes sejt áthangolódik. Nemcsak allergia képződhet így, hanem túlérzékenység is: hyperallergia, anaphylaxiaszerü tünetekkel. Ez a főleg működészavar és subjectiv panaszokban jelentkező forma általában ismeretlen, merőben különbözik a tüdőgümőkór szervi betegség kóralakjától. A túlérzékenység tuberkulinnal (AT) is kimutatható. Egyik példáját *Schulz* az asthmában látja: ha AT-oltásra az asthmás beteg rohamot kap, úgy az asthmát tbc. okozza! A vérképen jellemző a fokozott lymphocytosis: 30—50%, eosinophylia ritkábban van. A vérsejtsüllyedés csökkent. Túlérzékenységi tünetnek tartja a gyermekek makacs, ismétlődő gége és garathurutját, amelyek a hüléses betegségekkel szemben az idénytől függetlenül jelentkeznek. Az ozaenát AT-vel gyógyítja, a gyomorfekélyt Arthus-tünetnek fogja fel. A gyógykezelést illetőleg a betegek általános feljavítását s az AT-kezelést ajánlja. Sajnos egyáltalán nem tesz említést *Groer* allergometriájáról, amelyeknek pedig épen ezekben a formákban volna jelentősége.

K.

L'Organisation antituberculeuse francaise. *Brouardel* és *Pinard* (Masson et Cie. Bibliotheque de phthisiologie.) Paris, 1939. Ára: 40 fr.) A francia gümőkór elleni küzdelem eme zászlós munkája a címben megadottaknál sokkal többet nyújt és alapvető megjegyzései országhatáron túli jelentőségüvé emelik. A tuberculosis gazdasági következményeit ismerteti és azt, hogy mibe kerül a gümőkór Franciaországnak. A továbbiakban a küzdelem tudományos alapjait, fegyvereit és végül a szervezést tárgyalja. A francia mortalitási átlag (16.0) a német átlagot (8.8 már 1928-ban) lényegesen túlépi. A nyilt gümőkórosok száma 4-500.000. Franciaországnak a tuberculosis évente 8 milliárdjába kerül. A küzdelem leglényegesebb tudományos alapja: a fertőzőképesség ténye. A nemzet törzsére kifejtett gümős fertőzés értékéül a tuberkulinreactio szolgál. A gümős környezetből származó csecsemőhalálozás 20%, az első hónapokban történő fertőzés utáni halálozás 71.5%. A gyógykezelés alapja elsősorban a *felkutatás*. A gondozóintézet szerepkörében lényeges a gyógykezelés. A kúraintézmények csoportja: tbc. kórház (sanatoire suburbaine), a gyógyintézet (sanatoire en plaine et d'altitude) és a preventorium. A gümőkór elleni küzdelem két törvényen nyugszik: a gondozó-törvény 1916 (Loi Leon Bourgois) és a sanatorium-törvény 1919 (Loi Honnorat.) A munka végén mindkét épkézláb-törvény szövege olvasható, amelynek alapja az egészség megóvása és a beteg ember istápolása.

Puder Sándor dr.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 13-i ülése.

Bemutatás:

Debreczeny Gy.: *Interstitialis terhesség.* A kecskeméti közkórház nőgyógyászati osztályán észleltek és végeztek műtétet egy 36 éves V. nőn. Hat hetes interstitialis terhessége, mely pár órával a beszállítás előtt rupturált és a hasüregbe nagyfokú vérzést okozott. Kiemeli: I. az interstitialis terhesség nagy ritkaságát, (az extrauterin graviditások 1%); 2. hogy a hasüregbe áttörés két, egymástól függetlennek látszó nyíláson át történt. Ilyen eset leirása az irodalomban nem található; 3. Csak részletes makroskopos és szövettani vizsgálat döntötte el esetükben, hogy interstitialis terhességről és nem müvi perforatióról van szó, 4. Az a körülmény, hogy a pete implantatiója s a ruptura a *jobb* tuba interstitialis szakaszán volt, a corpus luteum azonban a *bal* ovariumban foglalt helyet, a pete küső, vagy belső vándorlásának kérdésére hívja fel a figyelmet.

Dubrauszky V.: A szegedi klinika 20 éves anyagában 385 méhenkívüli terhesség fordult elő, melyek közül csupán egy vont interstitialis. Ismerteti ezt az esetet, amely szintén felhívja a figyelmet arra, hogy az interstitialis terhesség megszakadása igen sulyos tünetekkel jár és legtöbbször csak az azonnali műtét mentheti meg a beteg életét.

Strobl F.: *Praesacralis dermoidok felnőttkorban.* A 29 éves asszony szülését egy vidéki szakorvos fogómütéttel fejezte be. Négy hónappal ezután a klinikán a hüvelybemenet mögött heges szükületet és előlött a hüvelyfal erős bedomborodását találták. A szükület mélyén lencsényi sipolynyilásból bőven ürült geny. A nyilás tágitása után a sipoly nem záródott s a beteg tanácsuk ellenére gyógyulatlanul távozott. Három hónap múlva újból felkereste a klinikát s ekkor röntgenfelvétel is készült daganatáról. A röntgenképen állkapocsra és fogóra emlékeztető csontárnyékot kaptak. *Vidakovits* prof. a farkcsont eltávolitása után a végbél körül elhelyezkedett 5, tojásnyi nagyságú dermoidcystát irtott ki. A hüvely felé terjedő egyik tömlő büzös genyet tartalmazott, ez a megrepedt és fertőzött tömlő tartotta fenn a sipolyt. Másik betegünk 39 éves asszony, végbelében 7 év óta mozgékony csomó növekszik, amely székeléskor és cohabitatio alkalmával erős fájdalmat okoz. A rectalis vizsgálat derítette ki, hogy diónyi praesacralis dermoidról van szó, amelyet hüvelyi vizsgálat alkalmával épen mozgékonysága miatt nem lehetett tapintani. Műtéttel teljes gyógyulást értek el. (op.: *Vidakovits* prof.).

Batizfalvy J.: *Placenta retentio.* A 38 éves, ötödször terhes asszony utolsó terhessége a VI. hónapban állítólag magától megszakadt, a magzat kilökődött, de a lepény még 5 nap múlva sem távozott. Mivel vérzése nem volt, orvosa tanácsa ellenére sem jött a klinikára, csak mikor hidegrázást és lázat érzett. Felvételekor büzös folyást észleltek, láztalan, a méh környezete szabad. Eldöntendő volt, van-e lapangó fertőzés, másrészt van-e placenta accretára gyanú? Az előbbit eldöntötte a részletes vérkép-vizsgálat és a beteg általános állapota. Az accreta eldöntése céljából előbb görcsoldószert alkalmazott (spasmalgin). Később thymophysin-sorozatot rendelt, mire 4 óra múlva görcsök kiséretében vérzés indult meg, a méhszáj megnyilt s a lepény manualis leválasztása könnyen sikerült. Zavartalan gyógyulás. Az irodalomban sok ellentmondás van a placentaretentio kezelését illetőleg. A görcsoldószerek alkalmazására hívja fel a figyelmet.

Előadás:

Vidakovits K.: *A végbélrák gyógyithatósága és gyógyitása.* (Kézirat nem érkezett. Egész terjedelmében közlésre kerül a Magyar Sebésztársaság nagygyülésének munkálataiban.)

Batizfalvy J.: A végbélrák operabilitásának gyakorisága csaknem ugyanolyan, mint a méhráké. Felveti a kérdést, nem volna-e célszerü laikusok számára ugyanolyan felvilágositó előadásokat tartani a végbélrákról, mint aminőket a „Fiatal Magyarság" mozgalom keretében a nők számára tart munkatársa, *Kulitzy Géza dr.* Az előadó által javasolt „végbélspecialista" gondolata az Egyesült Államokban már megvalósult. A gynaekologiában is felvetette *Tauffer* prof. azt a javaslatot, hogy a genitalis sipolyokkal csak olyan operateur foglalkozzék, aki e téren sikereket tud felmutatni, akihez az ország különböző részeiből volnának küldendők a sipolyos betegek.

Ingertherapiához Thiolin CERTA Kéntérpentin
„Certa" Gyógyszerészeti Laboratórium R.-t. Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.

A községi orvos admininistrativ tevékenysége.

Irta: *Kerbolt László dr.*

A községi (kör) orvos teendői közé nemcsak a betegek gyógyítása és a közegészségügy végrehajtása tartozik, de sok administrativ, főként írásbeli munkája is van. Ezek a munkák a réginek ötszörösére szaporodtak. Ennek első sorban a haladó, a fejlődő élet az oka, másrészt a megelőzés tudományának előretörése a gyógyítás mellett. A fertőző betegségekről szóló rendeletek (36.500) 1930. és (40.700) 1930. N. M. M., majd a Szülészet Rendtartás okozta elsősorban a községi orvos munkájának ezirányú megszaporodását. A legerősebb lökést adta azonban az 1936-ik évi t. c. és ennek alapján kiadott különféle rendeletek, a tisztiorvosi kar államosítása és a gyakorlattól elvonása. Az új tisztiorvosi kar, mely teljes erejével a preventio érdekében dolgozik az eszméknek és rendeleteknek egész tömegét dobja bele a mindennapi életbe, melyeknek végrehajtása a községi orvos feladata. Ezek az új feladatok a községi orvost majdnem egészen elvonják a még megmaradt orvosi magángyakorlattól és egészségügyi hivatalnokká teszik. Kétségtelen, hogy az új korszak rontotta a községi (kör) orvosok anyagi helyzetét is, hivatalos teendőiket megtizszerezte, de az elveszett magángyakorlatért és a munkatöbbletért nem részesültek eddig abban a status rendezésben, melyet a tisztiorvosi kar elért, melyért a községi és körorvosi kar már két évtizede küzd.

A községi orvos írásbeli administrativ tevékenysége kétféle: Áll ez a munka egyrészt állandó jellegü írásbeli teendőkből, de viszont vannak olyanok is, melyeket időnkint, esetről-esetre végez el az orvos. Az állandó írásbeli teendőkhöz tartoznak: az évi, félévi, negyedévi, havi, heti és napi jelentések, kimutatások, statisztikai adatok megszerkesztése, naplók, nyilvántartások, karthotékok és törzskönyvek felfektetése és folytatólagos vezetése. Az esetenkinti írnivalókra példa a halottkémléssel, orvosi bizonyítványokkal, fertőző betegségekkel kapcsolatban felmerülő teendők.

A községi orvos állandó jellegű írásbeli tevékenysége.

Ide tartoznak a jelentések. Vegyük elő első sorban az évi jelentéseket: Legtöbb vármegyében a következő *évi jelentéseket* követelik meg a községi (kör) orvostól: Jelentés az orvosok személyi adatairól, a közegészségügyi személyzetről, körlátogatási tervezetről, vetélések és halvaszületésekről, népmozgalomról, közegészségügyi ellenőrzés alá eső üzemekben történt változásokról, az egy éven aluli elhaltakról, a gümőkórról; helyzetjelentés a védoltottakról és a bacillusgazdákról.

Ahol Zöld-Keresztes egészségvédelmi szolgálatot, vagy Stefánia fiókot vezet az orvos, ott ezen intézményről is kell évi jelentést tennie, melyhez az utasítást az OKI Külső Munkások Osztálya, illetőleg a Stefánia Szövetség vezetősége adja meg. Vannak vármegyék, melyekben más tárgyú évi jelentéseket is megkívánnak, de inkább a felsoroltak azok, melyek országszerte általánosak.

Félévenkint kell jelentést beküldeni az iskolák és óvódák állapotáról, a járványkórházakról, a jó ivóvizű kutak vizsgálatáról, trachomáról (110.000) 1903-as belügyminiszteri vizsgálat alapján.

Negyedévi jelentések küldendők be: gyár, üzem és tanya (gazdaságok) vizsgálatokról, udvarokról és belsőségek vizsgálatáról, tiltott gyógyszerekről, cigányok és telepeik vizsgálatáról szemvizsgálataikról, első segélyhelyekről, községi fogdákról és szegényházakról.

Havi jelentéseket kell beküldeni minden hónap 4-ikig a rendes közegészségügyi összefoglaló havi jelentésen kivül a hét éven alul elhalt és gyógykezelésben nem részesült gyermekekről, egy éven alul elhaltakról, üzletek és üzemek közegészségügyi ellenőrzéséről, az elmult hónapban történt elhalálozásokról, stb.

A bábanaplók a Községi Orvosi Jelentés-sel együtt minden hónap 15-ikéig küldendők be az előző hónapról a m. kir. tisztiorvoshoz. A Zöld Keresztes egészségvédelmi szolgálatok és Stefánia fiókok szintén küldenek havi jelentést felsőbb hatóságaikhoz.

A közegészségügyi összefoglaló havi jelentés céljára nyomtatványok szolgálnak, melyek azonban vármegyénkint mások és mások. Jelenleg az ország területén 50-féle havi jelentés van használatban. A havi jelentések rendszerint három dologra terjeszkednek ki: 1. a község közegészségügyi állapotára, 2. a gyermekek felügyeletére, 3. a közegészségügyi munkákra és vizsgálatokra. Ajánlatos volna a sokféle közegészségügyi nyomtatványnak egységesítése, mint megtörtént a fertőző betegségek, diphteria és typhus oltások, bábanaplók stb. tekintetében. Ha a havi jelentésben bizonyos szabálytalanságokról történtek is említések, ezekről közvetlenül a szabálytalanság észlelése után külön írásos feljelentést kell tenni az első fokú közegészségügyi hatóságnak, mivel a havi jelentésben összefoglalt észleletek alapján a mulasztók ellen eljárás nem indulhat meg. Több vármegyében az összefoglaló havi jelentésen kivül még a bábanaplókkal egyidejüleg az elmult hónap születési és halálozási adatairól is kell egy *statisztikai kimutatást beküldeni* a tisztiorvosnak. Ezek rovatai rendesen a következők: Élveszülöttek, halvaszülöttek, abortusok száma, természetes szaporodás száma, az egy, öt, tiz és húsz éven alul elhaltak száma, a húsz éven felül elhaltak száma és a tbc-ben elhaltak száma.

Heti és napi jelentéseket kell tenni az első és másodfokú közegészségügyi hatósághoz a tömegesebben előforduló hirtelen fellépett fertőző betegségekről (pl. szövődményes spanyol nátha) és ritkán előforduló súlyos

POLYSAN A szervezet védekezőerejének fokozására.
Dr. Pápay-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX. Lónyay-ucca 12. Telefon: 18-55-63.

fertőző betegségekről: cholera, kiütéses typhus, variola vera, lepra, pestis, meningitis cerebrospinalis epidemiko. Ezen megbetegedések első eseteit táviratilag kell jelenteni az OKI járvány osztályának is.

Ezeken a meghatározott időben benyújtandó jelentéseken kívül vannak még *vegyes jelentések* is. Február hó 1-én kell beadni a diphteria védőoltások tervezetét. Március hó 1-én a védhimlőoltások tervezetét, március 15-én az ivóvizet szolgáltató kutakról szóló jelentést. Augusztus 1-én a gőzfertőtlenítő gépek anthrax spórával kipróbálásáról szóló jelentést. Október 1-én kell beterjeszteni a himlőoltási és újraoltási jegyzőkönyveket, november 1-én pedig a diphteria oltásokét. December hó 15-énesedékes a jégvermek és jégkitermelő helyek vizsgálatáról szóló jelentés.

Minden iratot, rendeletet jelentést, átiratot, amit a községi orvos kap, vagy kiad, be kell vezetni az *iktató könyvbe*, melynek lapjait január 1-el kezdjük sorszámozni és dec 31-el fejezzük be. Nagy községekben, ahol az ügyforgalom nagy, ott *betürendes mutató könyvet* is fektetünk fel az iktatókönyv mellé. A községi orvos a tőle származó és továbbítandó iratokat szabályszerű postakönyvvel vagy kézbesítő könyvvel adja át a községi előljáróságnak, ki annak elküldéséről gondoskodni tartozik. Ezzel a jelentés vagy irat elküldésének felelősségét magunkról elhárítottuk. Ahol irodaáltalányra és bélyegellátmánya van az orvosnak, ott *postakönyvvel* adja fel a postára iratait. A községi orvos székhelyközségében, a körorvos körközségei mindegyikében is *működési naplót vezet*, melybe napok szerint minden hivatalos cselekményét beírja. Ezen napló rovatai a következők: 1. sorszám, 2. a vizsgálat napja, 3. a vizsgálat helye és tárgya, 4. a vizsgálat eredménye és az esetleges intézkedések és javaslatok, 5. az előljáróság intézkedései. A működési naplót kiszállásaik alkalmával felsőbb hatóságaink ellenőrzik. A körközségekben, ahol heti egy vagy két rendelési napot tart a körorvos még *Betegnaplót* is vezetnek, mely a rendelés helyén, a legtöbbször a községházán van, melyben a községi alkalmazottak a jelentkező betegeket beirják. A könyvet az orvos a látogatás alkalmával aláírja.

Milyen nyilvántartásokat kell vezetni?

Vezeti első sorban a *fertőző betegek törzskönyvét*. Kisebb községekben vagy körben egy könyvbe vezeti be a fertőző megbetegedéseket, külön lapot vagy lapokat hagyva az egyes betegségeknek előfordulásuk gyakorisága szerint. Ajánlatos az egy-egy betegség lapjait a könnyebb megtalálás végett lapindexxel is ellátni. Nagy községben vagy körben ajánlatos négy törzskönyvet vezetni. Az elsőbe írjuk be a gyakrabban előforduló be és kijelentésre kötelezett fertőző betegségeket. A II-ik könyvbe kerülnek azok, melyek bejelentése kötelező, de kijelentése nem. A III-ik könyvbe jutnak a ritkábban előforduló be és kijelentésre kötelezett fertőző betegségek (pestis, lepra stb.). A IV-ikbe vezetjük be a febris puerperalist és a tömegesebben esetleg előforduló nem fertőző betegségeket (anyshylostomiasis, pellagra, trichinosis stb.).

A községi (kör) orvos által vezetendő nyilvántartások száma is vármegyénkint változó. Van ahol 26 nyilvántartás vezetése kötelező, másutt 52-é. Ajánlatos volna ezeket is országszerte rendezni és belügyminiszteri rendelettel megállapítani, hogy melyek vezetése szükséges és kötelező. A sok felesleges nyilvántartás vezetése, melyek közül egy csak variálása többinek és semmi gyakorlati célja nincsen, elvonja a községi orvost a gyógyító és megelőző munkától. Korunk jelensége nemcsak a közegészségügyben, de minden téren a statisztikák túltengése. Ez felesleges egyrészt, ha nem követheti azt a bajok sanálása, másrészt a statisztikát is lehet többféleképpen variálni. Nagyon találó az az angol közmondás, mely azt tartja, hogy hazudni lehet rosszindulatból, tudatlanságból és statisztikából.

Tárgyaljuk meg olyan vármegyének a nyilvántartásait, ahol a nagyobb számut követelik meg a községi orvostól.

I. *Nyilvántartás az egészségügyi személyzetről*, melybe községi és magánorvosok óvónők, védőnők, hatósági és magánbábák fertőtlenítők személyi adatai vezetendők be, a *II-ik nyilvántartás a halottkémről* (orvos és laikus) szól, a *III-ik a gyógyszertárakról*, a *IV-ik a gyógyszertárakban alkalmazott bejelentett személyekről*. A hol az orvosnak kézi gyógyszertára is van vagy húsvizsgálló is az orvos annak az ezekre nézve előírt naplókat is vezetni kell.

Az *V-ik számú nyilvántartás a kiadott hatósági orvos bizonyítványokról* szól, rovatai a következők: 1. sorszám, 2. a bizonyítvány száma, 3. a megkereső hatóság neve és ügyszáma, 4. a tárgya, a bizonyítványt kérő neve, a bizonyítvány célja és tartalma, 5. a dij összege vagy a szegénységi bizonyítvágy vagy nyilvántartás száma, 6. jegyzet. A bizonyítványok kiadását az 1936. évi IX-ik t. c. alapján kiadott 888/1936. B. M. számú rendelet szabályozza. A bizonyítvány díját a vármegyéhez cseklapon kell befizetni és a bizonyítvány másolatát a nyilvántartásban megőrizni. *A VI-ik számú nyilvántartás a typhus megbetegedésekről szól*, rovatai nagyjából megegyeznek a fertőző betegek törzskönyvének rovataival. A *VII-ik számú nyilvántartás a typhus bacillus gazdák névjegyzékét tartalmazza*. *A VIII-ik könyv oltási napló a typhus ellen védoltottak* részére a szokásos rovatokkal. *A IX-ik számú nyilvántartás a diphteria ellen védőoltottakról szól. A X-ik számú nyilvántartásunk* két könyvből áll: az egyik *Nyilvántartás a Védhimlőoltottakról*, a másik: *Nyilvántartás az Ujraoltottakról*. Mindkettőnek testesebb könyvet készíttetünk, mert hosszú évekig elégnek kell lenni és beköttetjük. A rovatai azonosak régi nyomtatványainkkal, melyeket mindenki jól ismer. *XI-ik számú nyilvántartásunk a trachoma nyilvántartás* a következő rovatokkal: 1. folyószám, 2. a beteg neve lakása (utca, házszám), 3. ha munkás, hol dolgozik? ha cseléd, milyen minőségben szolgál? 4. A nyilvántartásból törlés oka (meggyógyult? elköltözött? meghalt?) 5. jegyzet. A nyilvántartáson kívül félévenként ugyanazon rovatokkal trachoma kimutatás is küldendő be az első fokú közegészségügyi hatóságokhoz.

Tudjuk, hogy a tuberculosis minden fajtája, ha fertőző szintén a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek közé tartozik és törzskönyveznünk kell. Emellett, mint *XII-ik számut külön nyilvántartást vezetünk a tuberculotikus betegekről*. A községi orvosnak kötelessége mindazokat, akik nagyobb tömegben együtt élnek, dolgoznak vagy tanulnak, szemvizsgálatban részesíteni. Szemvizsgálatra kötelezettek: az óvodások, iskolai tanulók, leventék, gyári, ipari és summás munkások, cigányok, bevonuló és hazajövő ujjoncok, ki és bevándorlók stb. Ezek vizsgálatának eredményét a *XIII-ik számú nyilvántartásunkba* jegyezzük be. A következő *XIV-ik számú nyilvántartás az állami gyermekmenhely kötelékébe tartozó és adajkaságba kiadott gyermekekről* szól és községenkint külön kell a körorvosnak vezetni. *A XV-ik számú nyilvántartás a hatósági orvosi felügyelet alatt állókról szól* (siketnémák, vakok, némák, nyomorékok, hülyék, elmebetegek stb.), ugyanugy kezelendő, mint az előbbi. A két nyilvántartásnak a következő beosztása van: 1. folyószám, 2. a felügyelet alatt álló egyén neve, születési éve, illetősége, lakhelye, 3. miért áll felügyelet alatt, 4. a nyilvántartásba vétel ideje, 5. aren-

delet kelte, száma, 6. a gondozásért felelős egyén vagy egyének neve, lakhelye, 7. a nyilvántartásból töröltetett mert elköltözött, meghalt, kórházba, intézetbe szállíttatott, 8. ellenőrzés, 9. a szemle vagy ellenőrzés eredménye, 10. a tett intézkedések, 11. jegyzetek.

A közgyógyszerellátásra jogosultakat a községi elöljáróságok minden év elején kimutatják a községi orvosnak és a legközelebbi gyógyszertárnak. Ezeket a 400/1932. N. M. M. számú rendelet alapján öt csopontba sorozzák. Részükre előírt külön vényen lehet gyógyszert és gyógyászati segédeszközt felirni, amit részletesen a fennt idézett rendelet szabályoz. A vényeket külön hivatalos bélyegzővel is le kell bélyegezni. A rendeletek betartásáért a gyógyszer rendelés terén az orvos anyagilag is felelős. Az így gyógykezelteket vzeetjük be a *XVI-ik nyilvántartásukba,* minden betegnek egy sorszámot adva, melyen a rendeléseket, látogatásokat, műtéteket az év végéig bevezetjük. Ezen nyilvántartásunkat a következő rovatokkal látjuk el; 1. folyószám, 2. név, 3. születési és és családi állapot, 4. lakás, 5. jogcim (az ingyen rendelés jogcímét igazoló okmány kelte és száma), 6. jegyzet.

XVII-ik számú nyilvántartásunk a cigányok egészségügyi vizsgálatáról szól. Mindegyik cigányról egy négy oldalas nyilvántartási iv van, melyeket könyvbe kötve örzünk meg. A cigányok nevét, korát és születési helyét a községi elöljáróság birtokában levő nyilvántartási ivekről másoljuk le, mert nem egyszer több nevet is visel egy-egy cigány. Ebbe írjuk be a vizsgálat idejét eredményét, fertötlenítést, oltásokat, stb. A vizsgálat negyedévenkint, ha szükséges gyakrabban is kötelező. *A XVIII-ik a bábák egészségügyi vizsgálatának nyilvántartása.* Rovatai a következők: Sorszám, a megvizsgált bába neve, életkora, lakhelye, a vizsgálat ideje, eredménye. *A XIX-ik nyilvántartásunk a halottvizsgálati jegyzőkönyvek adatait tartalmazza.* Rovatai azonosak a VII-ik számú halottvizsgálati jegyzőkönyvvel. A *XX-ik számú nyilvántartásba* vezetjük be *a hét éven alul gyógykezelés nélkül elhalt gyermekeket* az 1876. évi XIV-ik törvénycikk 20, 21 és 22-ik §-ai alapján. *A XXI-ik számú nyilvántartás az üzletek egészségügyi vizsgálatáról és azokra nézve tett intézyedésekről szól.* Orvosi körben minden egyes községről külön nyilvántartást kell felfektetni. A nyilvántartásba a közös üzletághoz tartozók egymásután irandók be a tulajdonosok neveinek abc-sorrendjében. Ha valakinek egy községben két üzlete van, akkor mindegyiket a megfelelő üzletágnál kell feltüntetni és erre a jegyzet rovatban utalni.

A XXII-ik nyilvántartásuk az ivás céljára alkalmas közkutakról szól, a XIII-ik a nem alkalmasokról. Ez utóbbiakhoz tartoznak a legelőkön, szántóföldeken, temetőkben, szőllőhegyekben levő nem iható vizű közkutak. Nálunk ezeket minden tavasszal chlórozzák. Ezen kutakra jól szembetűnő helyen táblát kell kifüggeszteni ilyen felírással.: „E kút vize ivásra alkalmatlan". A *XXIV-ik nyilvántartásunk a Zöld-Keresztes — „Jó ivóviz" feliratú közkutakról szól.* A negyedik kútnyilvántartásunk, a *XXV-ik,* a községben és a hozzátartozó pusztákon vizsgált nem közkutaknak van szánva. *A XXVI-ik nyilvántartás a járványkórházaknak és szegényházaknak van szánva.* Nyilvántartjuk a járványkórházak helyét, nagyságát, fekvőhelyek számát, felszerelését, árnyékszékét és ivóviz ellátását. A szegényházaknál figyelünk annak nagyságára, hogy jut-e tiz köbméter levegő és négy négyzetméter terület egy személyre? Hogy van a szegényház felszerelve, van-e elegendő és kifogástalan árnyékszéke, kútja? stb.

A fertőtlenítő gépeket az OKI utmutatása alapján anthrax spórával két évenkint használhatóság szempontjából ki kell próbálni, ennek adatait tartalmazza *a fertőtlenitő gépekről szóló XXVIII-ik nyilvántartás. A XXIX-ik nyilvántartás a temetők* és a bennük épült *hullaházak* feltüntetésére szolgál. *A XXX-ik* nyilvántartásba községenkint külön-külön írjuk be a *gyárak ipartelepek, malmok, bányák, gőzfürészek, tejcsarnokok, szikvizüzemek, ipari hizláldák stb. adatait. A XXXI-ik* nyilvántartás a község területén üzemben levő *gőz és motoros cséplőgépekről, bérszántógépekről, traktorokról szól. A XXXII-ik könyvünk az iskolák és óvodák nyilvántartása.* Rovatai ezek: A község neve, útca, házszám. Ki az iskola (ovóda) fenntartója? A tantermek száma, azok nagysága (négyzet és köbméter). A tanulók száma a tanteremben. A tanterem felszerelése és állapota. Kút, árnyékszék, udvar állapota. A vizsgálat ideje. *A XXXIII-ik nyilvántartásuk a fertőtlenitések bejegyzésére szolgál. A XXXIV-ik nyilvántartás a Stefánia fióké vagy a Zöld Keresztes szolgálaté,* ha van ilyen a községben. *A XXXV-ik nyilvántartás a köz és magán szúró és vágóhelyek számára készül.*

A XXXVI-ik nyilvántartás a bábák működésének ellenőrzéséül szolgál. Rovatai így hangzanak: Sorszám, az ellenőrzött bába neve, lakhelye, képzettsége, működése, megbizhatósága, táskájának felszerelése. Volt-e már büntetve? *A XXXVII-ik nyilvántartás a községhez tartozó külterületek, gazdaságok, puszták, lakott telepek és szőllőhegyek* népszámlálási adatait foglalja egybe. *A XXXIX-ik a propoganda előadások nyilvántartása a XL-ik pedig az évi népmozgalmi adatoké. A XLI-ik nyilvántartás a kéjnőkről, a XLII-ik a vizsgázott és működő fogászokról* szól, ahol ilyenek nincsenek, ott elmaradhat. *A XLIII-ik nyilvántartás a nyilvános fürdők és uszodák ellenőrzésére szolgál. A XLIV-ik nyilvántartásunkba* vezetjük be a közgyógyszerellátás terhére rendelt gyógyászati segédeszközöket. Rovatai a következők: Folyószám. A beteg neve, kora, lakhelye, betegsége. A rendelőorvos neve, a rendelés kelte és jogcíme (a szegénynyilvántartás vagy a hatósági engedély száma), feltétlen szükségességének indokolása. A gyógyászati sedédeszköz megnevezése. A felterjesztés kelte, száma, az engedély kelte, száma, ára. A rendelőorvos igazolása. A szállító műszerész neve és hakhelye. Számlájának kelte, tételszáma, összege. A kifizetés kelte, naplótétel száma. Jegyzet. *A XLV-ik nyilvántartás a Zöld Keresztes sukor és tejakciók* számára szolgál. *A XLVI-ik nyilvántartásunk a tájékoztató kútvizszolgálatok eredményéről,* ahol az orvos ilyenekkel az OKI útmutatása alapján foglalkozik. *A XLVII-ik nyilvántartás a drogeriágról és ital-szertárakról* szó, ha van ilyen a községben. *XLVIII-ik nyilvántartásuk a golyvás iskolás gyermekek* névsorát tartalmazza. Beosztása a következő lehet: Sorszám. A beteg neve életkora, lakása, melyik iskola melyik osztályába jár? Kapott-e golyva ellenes gyógyszert? (jodostrumit.) Jegyzet (műtét, gyógyulás, kórházba küldés stb.). *A XLIX-ik nyilvántartás a gombás hajbetegségekben szenvedő iskolás gyermekek* bejelentésére szolgál. Beosztása a következő: Sorszám. A beteg neve, életkora, lakása. Melyik iskolának tanulója? A megbetegedés (iskolából kitiltás), meggyógyulás (az iskolága felvétel) napja. Jegyzet. Az utolsó nyilvántartás a felsorolt 49 nyilvántartás tartalomjegyzékét foglalja magában.

Felsoroltuk távirati stilusban a legtöbb helyen használatos nyilvántartásokat. Kérdezzük, hogy nem lehetne-e ezeket összevonni „racionalizálni"? Igen, kb. a felére, mint sok vármegyében van, hol azért az egészségügyi közigazgatás nem rosszabb mint másutt. A sok nyilvántartásnak egyik oldala, hogy sokba kerül a községeknek, bár egyszeri beszerzése hosszú évekig elég, a másik oldala, hogy sok terhet ró a községi orvosra.

Legyünk azonban tárgyilagosak és mondjuk meg, hogy a meglevők vezetése már nem ad olyan sok munkát, mint az egyszeri felfektetése. Tény az, hogy az azonos tárgyúakat a rovatok megfelelő átalakításával össze lehetne vonni.

A mint cikkem elején említettem vannak az orvosnak olyan adminisztrációs teendői is, melyek nincsenek időhöz, terminushoz kötve, melyeket a szükség képest esetenkint végez el az orvos. Ide tartoznak a minden orvos által jól ismert a 36500/1930. N. M. M. rendelettel szabályozott fertőző beteg be és kijelentések, törzskönyvek vezetése és más ezzel járó teendők. Ezekhez sorozzuk az 1876. évi XIV-ik t. c. és 31.025/1876. B. M. számú rendelettel szabályozott és minden hatósági orvos által jól ismert szabályait és jegyzönyönyveit a halottkémlésnek és temetőrendészetnek, amit ismertetni feleslegesnek tartok. (Lásd: *Kerbolt dr.* a halottkémlés és temetőrendészet utmutatója. Kner kiadás, Gyoma.)

A *Szülészeti Rendtartással* kapcsolatos tudnivalók is közismertek, felsorolni azokat felesleges, de helyhiány miatt nem is tudnám. Megemlítem a bába szülési jegyzőkönyvének és a mérlegkönyvecskének ellenőrzését, mely a különféle vezetett nyilvántartások dacára is megmaradt. A sublimát helyett hivatalosan elrendelt chlorogenium fogyasztását, ha nem mérgező is, ajánlatos a könyvecskébe bevezettetni, mert különben nem tudjuk a bátát ellenőrizni, hogy tényleg használ-e valami förtőtlenitő szert?

A himlőoltással és újraoltással, a diphteria védoltással és újraoltással kapcsolatban is sok teendője és irnivalója van a községi (kör) orvosnak. Ezeket is mindegyik kolléga évente végzi, azért jól ismertek. Jó részét a községi előljáróságaknak kell elvégezni, de marad irnivalója az orvosnak is. Ellenkezik ugyan a törvénnyel és rendeletekkel, de falun nem szokás a be és újraoltottaknak a szokásos bizonylatot kiadni, csak akkor ha kérik. A beoltottak nagy részének sohasem lesz reá szüksége, ha pedig kell neki, mindig megtalálja azt az orvosnál, aki beoltotta vagy az utódjánál, — hiszen ezen iratokat és törzskönyveket harminc évig kell megőrizni. A kiállítása mindenképpen díjtalan. Ha kiadjuk mindenkinek, egy év mulva már tizedrészének sincs meg és ha kell, úgyis újra kérik.

Ha kórházba küldünk valakit, akkor vele betegszállító levelet is küldünk, melynek több formája van. Szoktunk házilag kászitettni bizonyitvány ürlapokat a leventék és iskolás gyermekek számára, kiknél ez gyakran kell. Külön nyomtatványai vannak a mezőgazdasági halesetekkel foglalkozó Országos Gazdasági Munkáspénztárnak (be és kijelentő lapok, vényminta, orvosi dijjegyzék, jegyzőkönyvek stb.) ezeket az intézettől (Budapest. V., Akadémia utca 3.), igényeljük egy lapon.

Vannak ezeken kivül más adminisztraciós teendők is, melyek vármegyénkint nagyon változnak; új rendeletek jelenek meg, régieket vonnak ki a forgalomból. Ajánlatos volna belügyi kormányzatunknak e téren bizonyos rendet teremteni és országosan használandó nyomtatványokat, nyilvántartásokat és törzskönyveket bevezetni, az ezekből kapott adatok egységesebbek és talán igazabbak volnának.

Verebély professor díszdoktorrá avatása.

A Tisza István Tudományegyetem május 30-án diszes keretek között avatta orvostudományi karának díszdoktorává *Verebélyi Tibort*. A zsufolásig megtelt aulában, a helybeli egyházak, testületek, hatóságok vezetőin kívül, *Domanovszky Sándor*, a budapesti egyetem rectora, *Orsós Ferenc* az orvosi kar dékánja, valamint *Angyal Pál* jogikari dékán jelentek meg. A szegedi egyetemet *Melczer Miklós*, a Tudományos Akadémiát *Mitrovics Gyula* egyetemi tanárok képviselték. A diszülésen *Verebélyi* családján kívül az orvosi kamarák képviselői, valamint *Verebélyi* tanitványai is nagy számmal vettek részt.

Bókay Zoltán professor, orvoskari dékán méltatta *Verebélyi* tanitói, kutató és közéleti munkásságát, hervadhatatlan érdemeit. Majd a díszdoktorrá avatás után *Hüttl Tivadar* rector az egyetem újonnan megválasztott honoris causa doktorához a következő üdvözlő beszédet intézte:

Méltóságos Professor Úr! Honoris Causa Doktorunk!

Egyetemünk büszkeséggel fog mindig a mai napra tekinteni, mert átérzi és tudatában van annak a szellemi tőkének és nagy erkölcsi nyereségnek, amelyet Méltóságod személye a mai ünnepség számára jelent s amely a jövőben is mindig éreztetni fogja az egyetem életére gyakorolt jótékony hatását.

A debreceni egyetem a 3 facultásos ősi collegium jogutódának tartja magát, s e collegium nemes hagyományait híven őrzi. E hagyományok között első helyen kell említenem a hazaszeretet ápolását, az ifjúság lelkébe oltását. Ezt példázza a magyar irodalom ragyogó nagyságai közül *Kölcsey Ferenc, Kazinczy Ferenc, Csokonai Vitéz Mihály, Arany János, Szabolcska Mihály, Ady Endre*, a politikusok közül *Tisza Kálmán* és vértanu fia *Tisza István*, a budapesti orvostanárok közül *Schulek Vilmos, Liebermann Leó*, vagy különösen, ha *Főméltóságú Kormányzó Urunk* köztiszteletben álló személyét és hazaszeretetét említem, akik valamennyien e collegium diákjai voltak. A collegium egyéni értékek kitermelésére is mindenkor nagy gondot fordított és célkitüzéseiért bátran sikra szállt. Hiába vonták meg tőle időnként az anyagi támogatást, hiába gördítettek útjába különféle nehézségeket, ezek éppen úgy nem tudták irányát és elhatározásait megváltoztatni, mint azok a sanyargatások és üldöztetések sem, amelyeknek a török uralom alatt és a labanc korszakban ismételten ki volt téve. Mint Hazánk egyetlen tanintézete, mely tavalyelőtt 400 évi fennállásának ideje alatt 350 évi szakadatlan főiskolai működésre tekinthet vissza, jogosan elvárhatta, hogy a belőle kifejlődött egyetem hagyományait hűségesen őrizze, ápolja és fejlessze.

Méltóságod személyében és munkájában a collegium e szellemét megtestesülve látjuk. Méltóságod sem mulasztott el soha egy alkalmat sem, hogy a magyar értékek megbecsülését ne hangsúlyozza, hogy a Haza iránti szeretet szent fáklyáját meggyőződéses hitével ne éleszsze. Méltóságod is egész életét a munka, a tanítás, az igazság hirdetésének szentelte. Megalkuvást nem ismer-

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

ve meggyőződéséért mindenkor bátran síkraszállt, s fanatikus hitével, mélységes és széleskörű tudásának minden nehézséget lenyügöző fölényével, mint mágnes olyan szellemi központot létesített maga körül, mely magához vonzotta a tanítványok seregét, akik ma már az egész országban elszórva hirdetik azokat az igazságokat, amelyeket Méltóságodtól tanultak, képviselve azt az iskolát, mely Méltóságodat vallja mesterének.

*Méliusz Juhász Péter*nek, ki lelkész, orvos és természettudós volt egy személyben, s aki 1558-ban adta ki Herbariumát — *Komáromi Csipkés György*nek, aki a XVII. század közepén a pestisről értekezik, s a betegség — szavait idézem — „rettenetességét megkisebbíti", a tudós *Hatvani István*nak, a magyar Faustnak, — *Csapó József*nek, Debrecen város orvosának, aki 1771-ben adja ki az első magyar gyermekgyógyászatot —, *Veszprémy Csanády István*nak, aki 1760-ban írta meg a „Bábamesterségre tanító könyv"-ét, — a kollegium e nagynevű tanárainak, régi elsárgult írások alapján megrajzolható és kegyelettel őrzött alakjai jelennek meg előttem emlékvilágomban. Porlepte feljegyzések „a debreczeni sebészeti céh szabályzata", mely 1583-ból maradt reánk, s amelyet még *Bátori Zsigmond* hagyott jóvá —, jutnak akaratlanul is eszembe, amikor Méltóságod eddigi munkásságát szemügyre veszem és az a hasonlóság, melyet felfedezni vélek, *különösen szorosan és bensőségesen fűzi azt a lelki és szellemi kapcsolatot, amely egyetemünk és Méltóságod személye körül a mai napon létesült*, s amelynek fenntartása és kibővítése közösen érdekünk.

A mai ünnepély még egy okból különös örömmel tölti el egyetemünket és ez az, hogy a mai ünnepséggel módjában van a *tekintély tiszteletének elvére* gyakorlati példával is rámutatni. Ma amikor háborus borzalmakkal van tele a légkör és előre ki nem számítható átalakulásokra lehetünk elkészülve, bizonyos, hogy nemzetünk nagyobb megrázkódtatás nélküli fejlődését csakis úgy tudjuk biztosítani, ha tiszteletet érdemlő kiváló egyedeink megbecsülését tekintjük jövendő nemzeti létünk egyik alappillérjének.

Az a körülmény, hogy éveken keresztül, közvetlen közelről volt alkalmam szemlélni azt a fáradhatatlan munkát, amelyet Méltóságod szaktudománya, az orvosi rend, sőt a magyar társadalom összesége érdekében végzett, jogcímet ad nekem arra, hogy erről a munkásságról is említést tegyek. Mi, — tanítványai — nap nap után láttuk azt a nagyszerű munkát, amelyet Méltóságod, mint sebészorvos, mint tanítómester és mint az igazság őre s védője végzett. A gyógyító sebészorvos kezét nagy tudás és jóságos szív irányította és biztos útmutatása irányítja a távolból még ma is a tanítványokét, sőt immár a mi tanítványainkét is. E tanítványok, Méltóságod szellemi családja, ugyanazt a felfogást vallják, ugyanazokat a mesterségbeli és ethikai elveket követik, amelyeket Méltóságod követendőnek talált. A betegek ezrei áldják Méltóságod kezét, mintaszerű előadásairól pedig legendák keringenek. A mai sebészgeneratio Méltóságodtól sajátította el a sebészet alapismereteit. Meghatározásai, rendszerető összefoglalásai, kutató munkájának nemzetközi viszonylatban is megbecsült eredményei maradandó értékűek és példaszerű hatalmas tankönyve kincses bányája mind a tanulóifjúságnak, mind a kiforrott sebészeknek egyaránt. Méltóságod arra is tudott időt szentelni, hogy mint az Igazságügyi Orvosi Tanács, az Országos Orvosszövetség elnöke, majd az Országos Orvosi Kamara első elnöke, az Országgyülés Felsőházának tagja, védelmezze az igazságot és küzdjön az orvostársadalom jogos érdekeiért s az őt megillető megbecsülésért.

A véletlen játéka —, de talán nem is az, hiszen Méltóságod irányító keze játszott ebben is közre —, hogy ma én mint Méltóságod tanítványa, nyújthatom át negyedszázados tanári működése jubileumi évében, Méltóságodnak egyetemünk díszdoktori oklevelét, melynek értékét növeli az a körülmény, hogy Méltóságod nem a nyugalombavonulás békés éveiben, hanem tényleges működési ideje alatt, munkabírása teljében lett ennek birtokosává. Legyen ez nemcsak egyetemünk elismerésének kifejezője, hanem lelki vigasztalója is Méltóságodnak nehezebb órákban, serkentője, támogatója további munkásságában. Aranyozza be mai ünnepélyünk fényét a tanítványoknak az a jókívánsága, hogy fáradhatatlan nevelő, tanító munkásságának eredményét, gyümölcseit Méltóságod erőben, egészségben minél tovább szemlélhesse.

Verebélyi professor meghatottan köszönte meg az üdvözlést a következő szavakban:

Őszinte hálával eltelve és szívem mélyéig meghatva mondok köszönetet a nagy kitüntetésért. Hálám feltörő ereje e pillanatban feledteti velem, hogy a mostani világégés közepette, amikor nemcsak népek, hanem nemzetek léte s egy sokezeréves kultura sorsa forog kockán, ilyen egyéni ünnepeltetésnek voltaképen nincs is jogosultsága és én egy percre ép oly derüsnek, reményekkel teltnek látom a világ sorsát, mint negyven évvel ezelőtt, mikor első diplomámmal a kezemben kiléptem az életbe. Ma is nem az egyénnek kijáró, hanem az általános emberi munka jutalmát látom ebben a diplomában, melynek a megszerzéséhez nekem a Mindenható az erőt és az évek számát megadta. A mai második oklevél elnyeréséhez az a kiirthatatlan vágy társult, hogy a földi események sokszerűségében egységes átfogó világszemléletet tudjak magamnak szerezni. Ez vezetett tovább a megkezdett úton, hogy a történések összekötő kapcsát a *lelkiségben* kezdjem keresni. Igy sodródtam be az orvosi közélet forgatagába, ahol az élet elve felett a lelki működésnek jut a vezetőszerep. Beláttam, hogy emberi szenvedélyek kirobbanásának, ami egyének és nemzetek küzdelmének örök forrása, emberi értékek és gyengeségek megismerésének, együttérzések s ellenszenvek indokolásának, civilizáció és kultúra fejlődésének megértése csak a lelkieken keresztül lehetséges. Ezek emelik ki az embert az ösztönök és energiák világából s fűzik mégis végzetszerüen azokhoz. De odakötik az anyagon és életen túl ahhoz a közösséghez is, melyet a faj és a haza fogalmában foglalt össze az emberiség.

Ezeken töprengve jut el szükségképen mindenki, aki a lét titokzatossága felett gondolkodik, ahhoz a meggyőződéshez, hogy az emberi megismerés véges, tudásunknak határt szabott az a magasabb hatalom, mely világok léte és sorsa felett lebeg és uralkodik.

Büszke és boldog vagyok, hogy éppen ez az egyetem, mely itt az ősi magyar városban oly biztosan és olyan nagy sikerrel tartja magasan a magyarság zászlaját, ez tartott érdemesnek, hogy ezzel az oklevéllel munkásai közé soroljon.

Az avatást díszebéd követte, melyen az egyetem nevében *Makay Sándor*, volt erdélyi püspök, a református hittudományi kar rendes tanára köszöntötte *Verebélyi* professort, mint a magyar szellemi élet egyik kiválóságát. Több beszéd elhangzása után az ünnepelt válaszolt az elhangzott üdvözlésekre és beszédében örömét fejezte ki afelett, hogy Debrecen városa példaadó módon támogatja egyetemét.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály, Téli-nyári rheuma-gyógyhely.

JUVENILIS PARENCHYTÁS-STRUMA -nál otthoni ivókúra

CSIZ-I JÓDOS GYÓGYVÍZZEL

Vezérképviselet: **ÉDESKUTY,** Budapest, Erzsébet-tér 8. (Fürdőidény: V. 1—IX. 30.)

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 22. sz. *Alberts H.:* A terhességi toxikosis, mint functionalis problema. — *Eichler O.* és *Scholtze H. G.:* Vizsgálatok a lactuca virusa és alkatrészeinek hatásáról. — *Ottó H.:* Vörhenyártalmak a májon, hasnyálmirigyen, gyomron és beleken. — *Wezel H.:* Egyes sulfonamidok hatása a vér agglutinatiójára. — *Butzengeiger K. H.:* Környéki keringési zavarok idült arsenmérgezésben. — *Tamura Y.:* Vörösvérsejtsüllyedés typhus abdominalisban. — *Papayanopulos G.:* A vérdiastase-meghatározás methodikájához. — *Cintra do Prado F.* és *Figliolini F.:* Localis izomatrophia insulininjectiók után. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 21. sz. *Schütt B.:* A vitalcapacitás értéke a keringési functio vizsgálatában. — *Schrader E.:* A m. biceps felső és alsó intapadásának leszakadása. — *Stehr. L.:* Különböző pneumoniaformák elkülönítő kórisméje a röntgenképen. — *Rudnitzki W.:* A járványos agyhártyalob serumkezelése. — *Eck A.:* Hirtelen halái néhány szokatlan esete. — *Gölger H.:* A mély nyelvtályogról. — *Walbaum I.:* Kiütéses láz és faji kérdés Lengyelországban. — *Hundemer W.:* Állítható karsin a felkar forgatásával. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 22. sz. *Bomskoy* és *Sladovic:* A thymus, mint belső elválasztású szerv. — *Rehn:* Thymushyperfunctio, mint betegség. — *Fischer:* Sebészorvosi feladatok egy légvédelmi mentőállomáson. — *Gärtner:* Állatkisérleti tapasztalatok eubasinnal. — *Stutz:* Malaria tropica esete. — *Zapel:* Sorozatos egészségvizsgálatok eredményei négy üzemi körzetben. —

Wiener Klinische Wocheschrift, 22. sz. *Kecht B.:* Gyakorlati kérdések a fülgyógyászati öröklési pathologia köréből. *Psachos D.* és *Nikolakopulos:* A központi idegrendszer, koponya és gerincoszlop fejlődési rendellenességének két esete. — *Lachnit V.:* Nephritissel kapcsolatos anaemiák. —

La Presse Médicale, 47. és 48. sz. *Mouriquand, Rollet, Edel, Pape és Tête:* Avitaminosis és húgykőképződés. — *Peralta Ramos A.* és *Montes A.:* Súlyos gyermekágyi fertőzés kezelése hyperarsenes csepptransfusióval. — *Véran, Dubois* és *Chevrel:* Paroxysmalis tachykardia kezelése a bal g. stellatum novocaininfiltratiójával. — *Bécart A.* és *Philippe B.:* A sulfamides emberi plasmáról. Előnyei sürgős vérátömlesztés esetén friss vértadó hiányában. — *Plichet A.:* Ureterkövek elhajtása prostigmin injectióval. — *P. G.:* Az arrhythmia completa kezelése.

British Medical Journal, máj. 25. *A. J. S. Macpherson, E. Mc. Callum* és *W. F. T. Haultain:* Synthetikus K-vitamin hatása az újszülöttre. — *W. A. Law:* Partialis gastrektomiát követő perforált jejunalis fekély. — *B. K. Rank:* Thierschféle bőrtransplantatio. — *G. Slot:* Barbitursavszármazék (Soneryl) mérgezés. A picrotoxin-kezelés értéke. — *T. F. Miles* és *M. Merwen:* Tuberculosis egy esete. —

The Journal of the American Medical Association, máj. 11. *W. D. Gatch, E. R. Gery* és *F. Ballenger:* Előrehaladott appendicitis kezelése a gyermekkorban. — *W. D. Haggard* és *J. A. Kirtley:* Perforált appendicitist követő acut peritonitis kezelése. — *D. Guthrie, K. W. Wordhouse:* Az ethylen anaesthesia előnyei. — *B. Zondek:* Oestrogen hatású alkalmazásának a hatása. — *R. A. Crokc, S. Hampton, W B. Sherman* és *A. Stull:* Tetanus toxinnal immunizálás folytán létrejövő allergia. — *G. F. Harsh* és *P. B. Donovan:* Kaliumchlorid allergiás zavarokban. —

VEGYES HIREK

Illyés Géza professorról hálásan emlékeznek meg tanítványai nyilvános rendes tanárságának 20. évfordulóján az „Urologia" 3—4. számában. Sikerült fénykép kíséretében *Babics Antal* köszönti a mestert, s a 23 értékes közleményt *Minder Gyula* főorvos, rk. tanár, a „Magyar Urologiai Társaság" elnöke vezeti be az urologia önállósági törekvésének okairól irott fejtegetéseivel. Midőn mi is beállunk az ünneplők sorába hálásan emlékezve meg mindarról, amit a szenvedő emberiség a tudomány, a nemzeti kultura s annak külföldön is elismeréssel hordozott zászlója *Illyés Gézának* köszönhet, örömmel adunk e helyen hírt ez utóbbi magyar siker legkifejezőbb bizonyítékáról: *Illyés Géza prof. angol nyelven megjelent kétkötetes Sebészeti Urologiájáról.*

A könyv irodalmi értékéről e helyen nem szólunk, mert azt magyar kiadása nyomán mindenki ismeri és tudja értékelni. Erre az értékelésre a legelőkelőbb londoni kiadócég: a *„Constable et Co. LTD"* tette fel a koronát, mikor megszerezve magának a kiadás jogát azt olyan pazar formában bocsátotta a könyvpiacra elsőrendű műnyomó papiron, 390 tökéletes, köztük 120 szines művészi ábrával, melyek a szöveget, műtéti leírásokat könnyen érthetővé teszik. Magyar büszkeségünk nem csak az illustris szerzővel való büszkélkedésünkben merül ki, hanem abban is, hogy ennek a könyvnek technikai tökéletessége is magyar diadal: a művészi ábrák rajzait, festményeit *Koppány György* iparművész készítette kitünően megértett és begyakorolt orvosi látással, a kliséket *Wessely Lipót* budapesti műintézete producálta, a minden külföldivel versenyt felvevő nyomdai előállítás pedig a *Stephaneum-nyomda* érdeme.

A fényes könyv sikerének útját csak a szörnyű nyugati háború állja el; — ebben is csak az örök magyar tragikumot érezzük. De ez hitünket nem ingatja meg, hogy egyszer reánk is szebb jövendő derül és azt az ilyen könyvek fogják meghozni.

Vámossy prof.

Dékán választások eredménye értelmében az 1940—41. tanévre a budapesti Tudományegyetemen orvoskari dékánná *Orsós Ferenc,* kari jegyzővé *Kiss Ferenc* professorokat választották. A testvérfacultások dékánjai a hittudományi karon *Aistleitner József,* a jogi és államtudományi karon *Balás Károly,* a bölcsészettudományi karon *Gerevich Tibor* professorok lettek.

A Magyar Élettani Társaság évi ülései múlt hét péntekjén és szombatján folytak le a budapesti kórtani intézetben nagy és élénk érdeklődés mellett, mit a négy egyetem és gazdasági főiskolák professorai jelenlétükkel és a viták-ban állandó részvételükkel tartottak ébren. A tudományos anyag és eredmény impozáns volt: több mint 33 előadást és 4 bemutatást tárgyaltak le a két napon 8—½2-ig és 3—8-ig a fáradhatatlan physiologusok. Ismertetésükről e helyen nem lehet szó; eddig rövid kivonatukat meg tudtuk jelentetni nyári számainkban; mostani szűk terjedelmünk mellett az alig lesz lehetséges.

Az idei évi üléseknek elnöke *Belák Sándor* professor volt, ki csütörtökön este 6 órakor nyitotta meg a nagygyűlést mélyenjáró gondolatokkal. Utána *Szent-Györgyi Albert* prof. tartott beszámolót újabb vizsgálatairól a sejtprotoplasma belső szerkezetét illetőleg, minek épen befejezetlensége és gondolatgazdagsága és fel-felvillanó igazságai adtak különös érdekességet. *Szent-Györgyi* prof. díszelőadását vacsora követte az Orsz. Kaszinó éttermében s ugyancsak vacsorával fejezték be fárasztó munkájukat a physiologusok, mit a rövid közgyülés után a városligeti Gundel-vendéglőben tartottak. A közgyülésen 8 új tagot vettek fel, s következő évi közgyülés székhelyéül Debrecen meghívását *(Went István* prof.) fogadták el.

Kiadóhivatalunknak szüksége volna az O. H. 1935. évf. 40. számára. Szívesen térítünk érte 1.— P-t bélyegben, vagy irunk előfizetés javára.

ORIZA

Krompecher, Budapest, V., Nádor-utca 15 sz.

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó

szárított rizsnyák

melyből a csecsemőgyógyászatban tejhigitásra és gyógytáplálékul használatos rizsnyákoldatok percek alatt elkészithetők.

Rendelhető: OTI, HÉV, DOBI, MABI, MÁV, Közgyógyszerellátás, Bányatárspénztár, Hajózási BBI terhére.

Megalakult a Magyar Nemzetbiologiai Intézet. Május 31-én, pénteken este a Magyar Tudományos Akadémia üléstermében alapitotta meg az EPOL a *Magyar Nemzetbiologiai Intézetet.* Az intézet célja: vizsgálni a magyarság életjelenségeit és felkutatni azokat a módozatokat, amelyek segitségével az élettanilag egységes, erős, szaporodo magyarság megteremthető. *Antal Lajos,* az EPOL elnöke beszédében kiemelte, hogy a magyar biopolitika magyar optimizmust hirdet. A magyar optimizmus, a húszmilliós, erős expansiv magyarság tudományos feltételeit az EPOL a múltban már kidolgozta, most érkezett el az idő a rendszerbefoglalásra. A rendszert a Magyar Nemzetbiologiai Intézet jelenti. *Kovács Alajos dr.* ny. államtitkár az intézet statistikai célkitüzéseit ismertette. *Asztalos Miklós dr.* történetiró, a „biologia és magyar történelem" programmját fejtette ki. *Féja Géza* iró a nemzetnevelési osztály célkitüzéseiről beszélt. *Hidvégi János* tisztiorvos szerint rendszerbe kell foglalni mindazokat a biopolitikai elgondolásokat, amelyek segitségével a magyarság szaporodása megjavítható. — *Néveri János dr.* tanügyi főtanácsos a magyar sokgyermekes családok biologiai helyzetét kivánja megállapitani. — *Gáspár János* egyet. magántanár az öröklésbiologiai osztály programmját vázolva, legfontosabb célkitüzésnek a magyarság faji összetételének vizsgálatát és kataszterbe foglalását ismeri el. — *Tanyl Harald* egyet. magántanár a nemzetélelmezés és a nemzet biologiai értékállománya közötti összefüggésről beszélt. — *Gortvay György* egyet. magántanár a magyar munkatudomány kialakitásának szükségességét fejtegette. — *Rajniss Ferenc* orsz. gy. képviselő a nemzetlélektani és közvéleménykutatási osztály célkitüzéseit vázolta. Meg kell találni a nemzet lelkisége és a biologia összefüggéseit. — Az alapító közgyülés *Antal Lajos* zárószavaival ért véget.

Romániában 4386 román és 4424 idegen orvos működik, az utóbbiak közül 3147 zsidó.

Bolognában elkészült s rövidesen üzembehelyezik az új elektro-radiologiai intézetet.

424—1940. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórház *1940. július* 1-ére az ideggyógyászati osztályon újonnan rendszeresitett *alorvosi állásra* pályázatot hirdet. Az állás javadalmazása havi 100 P tiszteletdij. A választás két évre szól és négy izben egy-egy évre meghosszabbitható. Az állás betöltésekor a szakképzettség igazolása előnyt biztosit.

A pályázati kérvények *folyó évi június hó 30. déli 12 óráig* adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatósági irodájában. (VII. Szövetség utca 14.)

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* a pályázó születési anyakönyvi kivonatát; *b)* igazolást arról, hogy pályázó nem esik az 1939:IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá (szülők születési és házassági bizonyitványa); *c)* hatósági erkölcsi bizonyitványt, *d)* családi állapotot igazoló bizonyitványt; *e)* állampolgársági vagy illetőségi bizonyitványt; *f)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevél hiteles másolatát; *g)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyitványokat; *h)* curriculum vitae-t; *i)* orvoskamarai tagság igazolását, *j)* közszolgálatra alkalmas, újkeletü testi és szellemi épséget igazoló tisztiorvosi bizonyitványt; *k)* katonai szolgálatra vonatkozó iratokat; *l)* szakorvosi képesités igazolását; *m)* működési bizonyitványokat.

Budapest, 1940 május 31-én.

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

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyárt rt. (Ujpest) gyógyszerkészitményeiről szóló ismertetését mellékeltük.

SKROPHULOSIS -nál otthoni ivókúra
CSIZ-i JÓDOS-KONYHASÓS GYÓGYVÍZZEL
Vezérképviselet: **ÉDESKUTY,** Budapest, Erzsébet-tér 8. (Fürdőidény: V. 1—IX. 30.)

232.874—1940. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A budapest—magdolnavárosi m. kir. elme- és ideggyógyintézetben megüresedett *tiszteletdijas orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása havi 120 P tiszteletdij, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés világitás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés. — Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket ezen pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadszori közzétételétől számitott 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba (Budapest, I., Uri utca 49. sz.) nyújtsák be. —

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. A 7.720—1939. M. E. sz. rend 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezéseknek megfelelően a leszármazást igazoló iratokat, (annak igazolására, hogy valaki az 1939:IV. tc. alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895. évi október hó 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy, ha 1895. október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei a keresztény hitfelekezet tagjaként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi következmények terhével irásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni.); 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyitványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt, vagy az orvoskamarai tagsági bizonyitványt, (a honosság igazolására alkalmas okiratok: az állampolgársági bizonyitvány, a honositási, visszahonositási okirat, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését (opció) tanusitó igazolvány, vagy olyan illetőségi bizonyitvány, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26-án is fennállott); 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyitványokat; 6. az esetleges polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; 7. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyitványt; 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. rövid életleirást (curriculum vitae) az esetleges tudományos működés igazolásával, a tanulmányok egy-egy példányának csatolása mellett; 12. nyilatkozatot arról, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben és közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesitéshez kötött alkalmazást betölt-e vagy sem, igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősitési táblázaton) felvannak tüntetve, az emlitett iratokkal igazolhatják. Az alkalmazás 1 évre történik, melyből végleges alkalmazásra jogigény nem támasztható. Az alkalmazás 1 évre meghosszabbitható. A tiszteletdijas orvosnak az intézetben kell laknia. A természetbeni lakást csak saját személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytathat.

M. kir. belügyminiszter.

BIROBIN-CHINOIN
Haemopoeticum, roborans, hizlalószer *100 drb tabletta*

84. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1940 június 15.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O, H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 5 50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

BITESTIN

Biológiailag standardizált herehormon készítmény.

Indicált: a nemi szervek csökkent működése, a nemi szervek fejletlensége esetén, továbbá prostata-hypertrophiánál, a bőrgyógyászatban (pruritus senilis), az ideg- és elmegyógyászatban (melancholiák, depressiók, stb.)

6 ampullát tartalmazó dobozokban

BIOVIN

Glandubolin (tüszőhormon) + ovariumkivonat.

A gyengült petefészekműködés okozta tünetek erélyes gyógykezelésére.

20 cm^3 solutiót tartalmazó üvegekben.
6 ampullát tartalmazó dobozokban.

ANDROFORT

Izolált hím sexuálhormon
1 ampulla 2 kappanegységet tartalmaz.

Impotentia, sexualis neurasthenia, genitalis hypoplasia esetén

6 ampullát tartalmazó dobozokban

SYNTESTRIN

Oestrogen hatású syntheticus készítmény.

A petefészek csökkent vagy hiányzó működéséből eredő genitalis és extragenitalis megbetegedéseknél

5 ampullát tartalmazó dobozok
20 dragéet tartalmazó phiolák.

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

84. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1940 június 15.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZEKELY AGOSTON.

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:

vitéz Gönczy István és Pilter Sándor: Diuretin injectio angina pectoris esetén. (305—308. oldal.)
Kulcsár István és vitéz Simon Tibor: Epilepsiás roham utáni extrapyramidalis tünetcsoport schizophreniában. (308—309. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)
Irodalmi szemle: (309—311. oldal.)
Könyvismertetés: (311. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (311—312. oldal.)
Lapszemle: (312. oldal.)
Vegyes hírek: (312—314. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Horthy Miklós kórház III. belbeteg osztályának közleménye. (Főorvos: vitéz Gönczy István egyet. magántanár.)

Diuretin-injectio angina pectoris esetén.*

Irta: *vitéz Gönczy István dr.* és *Pilter Sándor dr.*

Az angina pectorissal (a. p.) kapcsolatos fájdalmak enyhítését régebben elsősorban értágító gyógyszerektől reméltük, melyek sorában már régtől fogva szerepet játszanak a különböző methylxathin készítmények. Ezek között ma is kedvelt szer a diuretin. Az első, aki a szert a klinikai megfigyelések alapján az a. p. therapiájában ajánlotta, *Askanazy* volt (1896-ban). *Askanazy A. Hoffmannhoz* csatlakozva, továbbá *Geisler, Pfeffer, Babcock, Pavinskyhez* hasonlóan a diuretint szívszernek fogta fel és diuretikus, vérnyomásemelő, legfőképpen pedig az a. p.-ban tapasztalt kedvező hatását a szívműködésnek a szer okozta fokozó hatásának tudta be. Részben a klinikai tapasztalatokból, részben pedig kisérleti megfigyelésekből *(Gottlieb, Loeb, Kountz, Mayer,* stb.) kiderült, hogy e szívhatás egyik összetevője a coronariakeringésnek azon fokozása, mely diuretin alkalmazására kimutathatólag bekövetkezik. De szó van itt közvetlen szívhatásról is, amennyiben a diuretin, továbbá és főleg a methylxantinok másik csoportjába tartozó szer, a coffein a kisérletek tanusága szerint a szív systoléit erősebbé teszi, miáltal a szív nagyobb akadályokat tud legyőzni. Mindezen hatások kifejtésére, főleg pedig a coronaria-keringés fokozására legalkalmasabb szernek az euphyllin bizonyult, melyet az a. p. therapiájába *Guggenheimer* vezetett be gondos és alapos megfigyelések alapján. — Kellemetlen mellékhatásait, mint fejfájás, hányinger, hányás, főkép pedig a némelykor collapsushoz vezető vérnyomássüllyedést elkerülendő, a klinikusok megpróbálták részben az euphyllin adagját leszállítani (0.10—0.12 g), részben a theophyllint olyan összetételben alkalmazni, melyben ezek a mellékhatások nem jelentkeztek. Igy jutottak bele az a. p. therapiájába, a deriphyllin, corphyllamin nevű szerek, melyek a fenti cél elérésére tényleg alkalmasak. Mi felbátorítva azon vizsgálatok által, amelyek az intravenásan adott diuretinnek értágító hatását kétségen kívül bebizonyították *(Razgha András)*, a. p.-ban évek óta kiterjedtek alkalmazzuk a diuretint intravenásan adagolva. E therapiás kisérletekben az euphyllin mellékhatásának kiküszöbölésén kívül még az a szempont is vezetett, hogy a drágább külföldi készítményt itthon is előállítható, olcsóbb, de hatásos gyógyszerrel helyettesítsük. Minthogy pedig az elért eredmények mindenféle szempontból kifogástalanoknak látszanak, azért indokoltnak véljük azokat röviden ismertetni.

Beszámolónk két részből áll: Az első részben azon kisérleteink eredményét ismertetjük, melyeket a. p.-ban szenvedő betegeinken diuretin-injectiókkal kapcsolatosan végeztünk. E kisérletek során a diuretin-injectio heveny hatásának megismerésére törekedtünk. E heveny hatás kutatásában leginkább az a reactio érdekelt bennünket, amelyet a diuretin a coronaria-keringésre gyakorol. Sajnos olyan módszerünk, mellyel e szívizombelőli reactiót pontosan érzékelni tudnók, nincsen. Ennek hiányában csak azon módszerek alkalmazására vagyunk utalva, melyek segítségével általános dynamikus keringési reactiókat tudunk felfogni, igy a vérnyomásmérésre, pulsusszámolásra és oscillometriás vizsgálatra. Észleléseink alkalmával mi is elsősorban a vérnyomásmérés és oscillometriás vizsgálatok eredményére támaszkodtunk, melyeket kiegészítettünk még egyidejüleg végzett ekg-vizsgálatokkal. Tettünk ezt abban a reményben, hogy hátha frissen végezve ezeket, mélyebb bepillantást nyerünk abba a folyamatba, mely e közismert értágító szer hatására a szívizomban lejátszódik. Általában azt reméltük, hogy a diuretin-injectio keltette keringési reactiónak lehető pontos ellenőrzése okulásul szolgál a szer gyógyhatásának tanulmányozására a. p.-ban. Beszámolónk második részében azokat a klinikai megfigyeléseket ismertetjük röviden, amelyeket a szer alkalmazása során tettünk.

Ami a szer adagolását illeti, mind kisérleti, mind therapiás alkalmazásakor, más szerzőkhöz hasonlóan, mi is a diuretin 10%-os oldatának 10 ccm-ét adtuk érbe, s kisérleteinkben többször felmentünk 15, esetleg 20 ccm-re. Bár az oldat erősen lúgos kémhatású, ritkábban és inkább csak akkor észleltük a venafalra gyakorolt izgató hatását, ha kénytelenek voltunk az injectiót kisebb átmérőjű érbe adni. Adása mindazonáltal kifogástalan gyakorlatot követel az orvostól, mert melléadva mélyreható gyulladást, esetleg szövetelhalást okoz.

A vizsgálatra kerülő betegek mind a. p.-os jellegű fájdalmakban szenvedtek. Egyik részükön ezek lueses aortitishez (simplex, valvularis), másikon vérnyomásemelkedéshez, vagy aorta-, nephrosklerosishoz, a har-

*) A Közkórházi Orvostársulat május hó 8-i ülésén tartott előadás nyomán.

madikban vitium cordishoz (mitralis combinált vitium, vagy mitralis-aorta vitium) csatlakoztak. Vizsgálatokat csak olyan betegeken végeztünk, akik osztályunkon már több napja tartózkodtak és így vérnyomás- és pulsusingadozásuk lehetőleg csekély volt. Ezenkívül kísérlet előtt legalább félórát feküdtek, miközben pulsusszámolást, vérnyomásmérést, oscillometrikus- és ekg.-vizsgálatot végeztünk rajtuk, majd e vizsgálatokat a diuretin-injectio beadása után rövid időközökben (legtöbbször 1, 3, 6, 10, 15, 20, esetleg 25—30 perc múlva) megismételtük. Ilymódon 8 esetben anginás roham alatt és 7 esetben rohamon kívül végeztünk a diuretin-injectióval kapcsolatosan kísérleti megfigyeléseket. Vizsgálati eredményeinket hely hiányában nem áll módunkban részletesen ismertetni, csupán áttekintést adhatunk azokról.

Vizsgálataink eredményeinek ismertetése kapcsán külön tárgyaljuk azokat az elváltozásokat, amelyeket egyrészt a vérnyomásban és az oscillometrikus indexen, illetve görbén figyelhettünk meg, másrészt azokat az eltéréseket, melyek az ekg-on mutatkoztak diuretin-injectio hatása alatt. Az ekg.-eltérések közül ezúttal csak az ST-szakaszon észlelt változásokat vettük figyelembe, tekintettel arra, hogy mai tudásunk szerint a szívizomhypoxaemia jeleit leginkább ez a szakasz tükrözi vissza. Az elsőcsoportbeli jelenségek tárgyalásában sok olyan betegünk adatait is felhasználtuk, akiken diuretin injectióval kapcsolatosan az összes fenti vizsgálatokat elvégeztük, kivéve az ekg.-vizsgálatot.

1. Azon szívér-reactiók közül, melyek a diuretin-injectiót kisérik, vizsgálataink szerint kimutathatólag a legáltalánosabb, egyrészt az oscillometriás indexnek emelkedése, másrészt az oscillometriás görbének megnagyobbodása, mintegy kitágulása. Mindez a diuretin értágító hatása mellett bizonyít, mint ahogy erre pontos vizsgálatai alapján *Razgha András* már rámutatott. Az oscillometriás indexnek legkisebb emelkedése eseteinkben a kiindulási értékhez képest 25%-os volt, legmagasabb szintje pedig több esetben a 100%-ot is meghaladta. A végtagizomzat vérellátásának ez a feltünő fokozódása értágítás folytán jött létre, ami a diuretin gyógyszerhatásának közismert eleme. Ezen értágulat, melyet oscillometrikus vizsgálattal a végtag-ütőereken ki tudtunk mutatni, a visszeres visszafolyás fokozódása által másodlagosan emelhette a szív verőtérfogatát. A szív verőtérfogatának ez az emelkedése a peripheriás érrendszer fokozott feltelődésére vezetett, ami kisérleteinkben az oscillometrikus index további emelkedésében nyilvánult meg. Hogy a diuretin-injectio kisérleteinkben verőtérfogatemelkedést okozhatott, azt a systolés nyomásnak azon emelkedése is bizonyítja, melyet eseteink nagy számában figyelhettünk meg. Ez az emelkedés t. i. létrejött azon értágulat ellenére, amelyet a peripherián oscillometrikus vizsgálattal mindig ki tudtunk mutatni. Ha t. i. a diuretin-injectio csak peripheriás értágulatot okozna s ezt nem követné nyomon a szív verőtérfogatának növekedése, akkor az oscillometrikus index emelkedésével párhuzamosan a systolés nyomásnak is esni kellene, amit ilyen szabályossággal diuretin-injectióval kapcsolatosan soha sem volt alkalmunk észlelni. A systolés nyomás diuretin-injectióra csak eseteink kisebb számában esett és nem olyan fokban, amilyen fokban az várható lett volna az oscillometrikus vizsgálat eredménye alapján.

Másrészről a verőtérfogatnak az emelkedése fokozott szívmunkát feltételez. A szív munkájának ez a fokozódása bekövetkezhetett egyrészt a diuretinnek a szívizomzatra gyakorolt közvetlen hatása folytán, amit kisérletileg elsősorban a coffeinnel kapcsolatban mutattak ki. Másrészt közvetve coronaria-tágítás révén, ami lehetővé teszi azt, hogy a szív saját vérellátásának javulása folytán nagyobb munkát végezhessen s így verőtérfogatát növelhesse. Feltehető, hogy ezen verőtérfogat-növekedés nemcsak a peripherián fejti ki hatását, hanem a szívizomzatban is, amennyiben diuretin-injectióra ott is a keringés javulásának és a szívizomzat *Eppinger* értelmében vett capillarisatiójának kell bekövetkeznie. Igy fonódnak össze a diuretin-injectionak környéki és központi hatásai.

Lássuk most már, hogy kiolvasható-e ezen, a szívizomzatban lejátszódó folyamatnak valamilyen jele a diuretin-injectióval kapcsolatban felvett ekg-mokból.

Megfigyeléseink szerint diuretin-injectióval kapcsolatban roham alatt 8 közül 7 vizsgálati esetben, rohamon kívül pedig 7 közül 6 esetben csökkent, vagy szünt meg az ST-szakasznak diuretin-injectio előtt észlelt süllyedése, illetőleg eltolódása, íveltsége, lehajlása. A diuretinnek ebbeli hatása főleg az első és második elvezetésben érvényesült, amennyiben a süllyedt ST-szakasznak normalissá válását 13 positiv eset közül 10 esetben éppen ezekben az elvezetésekben észleltük, míg a III. elvezetésben csak 2 esetben. Az ST-szakasz süllyedése minimalisan 1 mm-t, maximalisan 5 mm-t tett ki. Az anginás fájdalom enyhülése, illetőleg elmúlása az esetek egy részében összesett az ST-szakasz normalissá válásával, másik részében megelőzte azt. Ki kell emelnünk egy arteriosklerosis, myodegeneratio cordisban szervedő anginás betegünket, akin roham alatt és rohamon kívül is végeztünk diuretin-kisérletet. Ekg-mján az ST-szakaszon kóros eltérés nincs azonban a T_1 lapos és a betegnek általában alacsonyabb kamracomplexumai vannak. Mindebből a kisebb coronariaágak sklerosisával kapcsolatosan fennálló és az egész szívre kiterjedő bántalomra következtettünk. Diuretinre a T_1 jobban látható, magasabb lett, amit a szívizom vérellátásának javulásával hoztunk kapcsolatba.

Ha most eseteinket az ST-szakasz változása szempontjából hasonlítjuk össze, akkor az mondhatjuk, hogy az ST-szakasz normalissá válása, vagy ahhoz való közeledése legszebben egy lueses aorta-insufficientiás betegünkön mutatkozott, akin három ízben végeztünk anginás rohammal kapcsolatban diuretin-kisérletet. Az első kisérletben az ST-szakasz, mely az első és második elvezetésben kisfokban volt süllyedt, már három perc múlva elérte a 0-vonalat. A második és harmadik angínás roham alatt az ST-szakasz kifejezetten süllyedt volt, azonban diuretin injectio után 8, illetve 10 perc múlva erősen közeledett a 0-vonalhoz, illetőleg azt el is érte. Egyidejüleg az ST-szakasz íveltsége, lehajlása csökkent, illetőleg megszünt, egészen, vagy csaknem teljesen vízszintes lefutású lett. Az anginás fájdalmak az első kisérletben injectio után egy perc múlva, a másodikban három perc, a harmadikban pedig megint egy perc múlva szüntek meg. Mint látjuk e betegre a diuretin injectio mind a három roham alatt mind subjective, mind kimutathatólag objective feltünően jó hatással volt. Alább ez utóbbi betegünk ekg.-görbéit mutatjuk be, melyeket a második kisérlet alkalmával következetlenül diuretin-injectio előtt és után 3, illetve 8 perc múlva vettünk fel a pulsusra, vérnyomásra és az oscillometriás indexre vonatkozó adatokkal együtt.

A keringési adatoknak és az egyidejüleg felvett ekg-oknak összevetéséből azt látjuk, hogy az ekg-nak a javulása és az anginás fájdalom csillapodása diuretin-injectióra időbelileg nem esett teljesen össze. Az ST-szakasz süllyedése az angina megszüntekor csökkent ugyan, de ez a csökkenés tetőfokát a subjectiv javulás után csak 5 perc múlva érte el. Feltünő, hogy a keringési értékek közül éppen az oscillometriás index emel-

kedése ment párhuzamosan a subjectiv panaszok elmúlásával.

Diuretin-injectio roham alatt

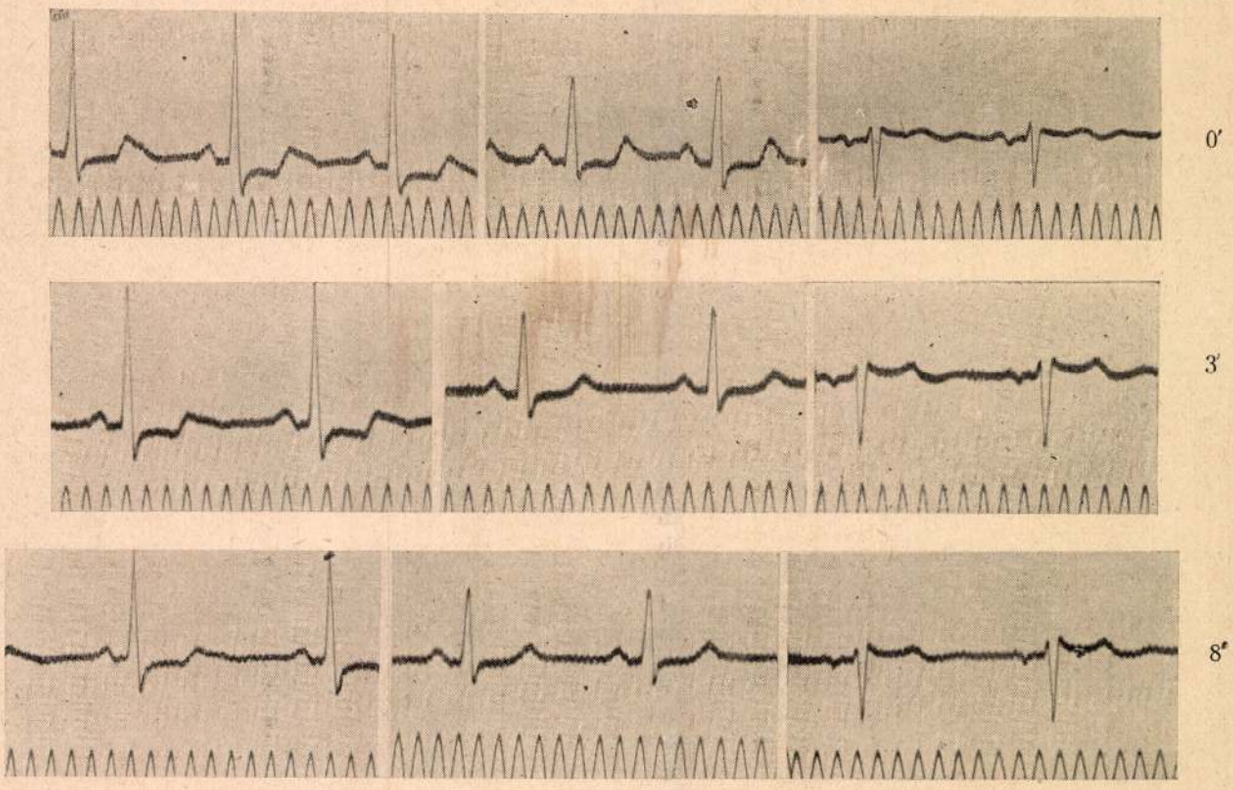
Név, kor diagnosis:	Diuretin adag:	Idő	Pulsus	Vérnyomás R. R.	Oscill. index [Pachon-oscillom.]	Meg jegyzés
I. 2. sz. K. E. 34 év	1 g diuretin inj. előtt	0'	84	248/0	3·5 egys.	Kifejez. praecord
Insuff. aortae.	1 g diuretin inj. után	3'	72	233/40	7·5 „	fájd. inj. ut. 3'
Lues. 1936 VIII. 25.	1 g diuretin inj. után	8'	72	220/40	7·75 „	megsz.

Ha most a fenti időbeli eltéréstől eltekintünk és csupán azt a tényt tartjuk szemünk előtt, hogy a diuretin-injectio egyformán hatott, úgy az anginás panaszokra, mint a kóros ekg-ra, akkor azt is gondolhatnók, hogy az ST-szakasznak a normalishoz közeledése nem a diuretin-injectio hatása alatt keletkezett, hanem egyszerüen az anginás roham elmúlását kisérte. Hogy ez nem így van, azt éppen fenti betegünk görbéjén bizonyíthatjuk, melyet rohammentes állapotban diuretin-injectióval kapcsolatban vettünk fel a többi keringési adattal együtt.

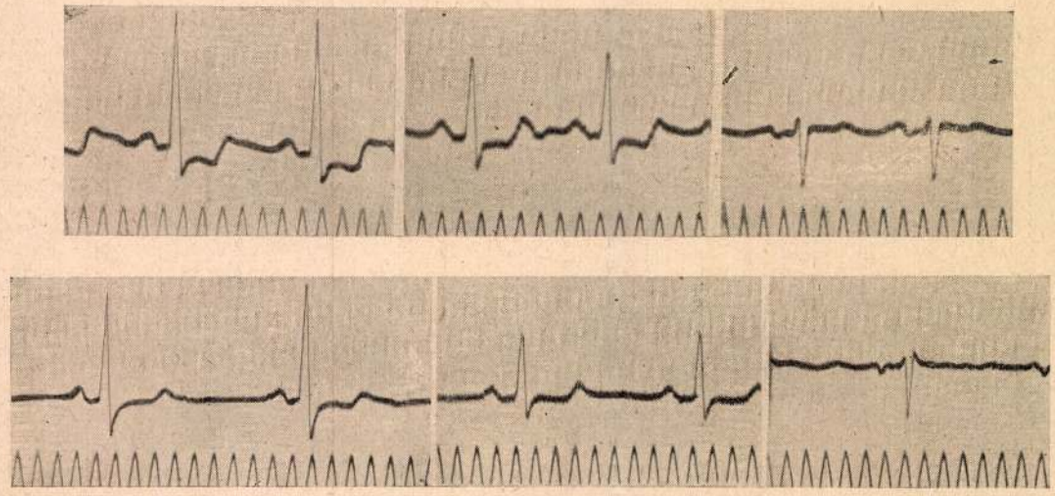
Diuretin-injectio rohammentes állapotban.

Név, kor	diuretin adag	Idő	Pulsus	Vérnyomás (R. R.)	Oscillatios index
II. 1. K. E. 34 év	1·5 g előtt	0'	72	243/0	4·5 egység
1937 VII. 16.	1·5 g után	22'	72	240/0	5·75 „

Mint látjuk az ST-szakasz süllyedése az I. elvezetésben 22 perccel a diuretin-injectio után erősen csökkent. A II. elvezetésben a süllyedés megszünt, úgyszintén az ST-szakasz emelkedése is a III. elvezetésben. Ez amellett szól, hogy az ekg. javulása és a diuretin-injectio hatása között okozati összefüggés van és nincs szó az ekg-oknak az anginás rohamok elmulását kisérő



1. elektrokardiogramm.



2. elektrokardiogramm.

spontan javulásáról. Egyébként ez a görbe is több más görbénkkel egyetemben azt bizonyítja, hogy a diuretin i. v. adva tényleg részt vesz azon kóros ekg-jel eltüntetésében, amely a szívizom hypoxaemia jelenként fogható fel. Az ST-szakasz változásával kapcsolatban azt kell felvennünk, hogy a diuretin-injectio eseteinkben kedvezően befolyásolta a szívizomban a collateralis vérkeringést és ilymódon megszüntette a fájdalmat. A szívizom vérellátásának e javulása jellemző módon visszatükröződött az ekg. ST-szakaszának módosulásán is. Kísérleteink amellett szólnak, hogy a diuretin-injectionak feltehető coronariatágító hatása az ST-szakasz viselkedéséből elég világosan kiolvasható volt. S így megfigyeléseink újabb bizonyítékul szolgálhatnak amellett, hogy az ST-szakasznak a szívizom-hypoxaemia megítélésében nagy jelentősége van.

Klinikai szempontból azt mondhatjuk, hogy a diuretin kitünő gyógyszere magának az anginás rohamnak, azonban nem az anginás betegségnek. Nagy előnye, hogy gyorsan és biztosan hat. Sokszor az injectiót még be sem fejeztük, a tű még az érben van s a beteg máris megkönnyebbül, a roham erre rövidesen megszünik. A beteg valósággal megnyugszik hatása alatt. Ez a megnyugtató hatás különösen akkor volt feltünő, ha az injectiót történetesen este adtuk. A beteg ilyenkor jobban és nyugodtabban alszik, úgy, mintha morphiumot kapott volna. Hátránya, hogy hatása múló és annál rövidebb időre terjed ki, mentől súlyosabb az a folyamat, melynek az angina érzésbeli megnyilatkozása. (pl. aortitis luetica). Még rendszeresen, naponként adva sem tudjuk elérni azt, hogy a rohamok véglegesen elmaradjanak. Nem pótol más erélyesebb szert, pl. a strophanthint. Ennek azonban nagyon fontos segítő társszere s mérgező hatását is nagymértékben csökkenti. A diuretin hatását más értágító szerekkel (natr. nitrosum, papaverin) fokozhatjuk. Mint fentebb emlitettük a vérnyomást inkább emeli, mint süllyeszti, szemben az euphyllinnel, melynek egyik kellemetlen mellékhatása éppen a sokszor veszélyes vérnyomássülyedés. Nagy előnye, hogy annál sokkal olcsóbb, ami főleg kórházban és a mai viszonyok között nem megvetendő előny. A diuretin-injectio ilyenformán ma már az angina pectorisnak nélkülözhetetlen szere. Hatása —, mint kisérleteink igazolják —, mélyebbre terjedő, az általános keringésen kívül kiterjed a szívizombelüli vérkeringésre is, amelyet hathatósan fokoz és ilymódon rövid időn belül megszabadítja a beteget kínzó anginás rohamától.

A székesfővárosi Szent János közkórház elme-idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. magántanár.)

Epilepsiás roham utáni extrapyramidalis tünetcsoport schizophreniában.

Irta: *Kulcsár István dr.* és *vitéz Simon Tibor dr.*

A schizophreniás tünetcsoport okának és más betegségekkel összefüggésének irodalmában különösen két problema számos vita tárgya: egyrészről a katatoniás mozgászavarok összefüggése az extrapyramidalisokkal, másrészt a katatonia és az epilepsia viszonya. Alább közölt megfigyelésünk olyan esetről számol be, amelynek lefolyása során eredeti schizophreniás folyamata átmenetileg mindkét tünettel szövődött. A beteg majd öt évig volt megfigyelésünk alatt ezért hosszú kórrajzából csak a lényegeset közöljük.

A. L.-né. 22 é. 1934 IX. 14-én vettük fel. Családi terheltség. 1 évvel felvétele előtt ment férjhez, 4 hónapos terhességét 1934 áprilisában külföldön elmebetegsége miatt megszakították. Azóta nyugtalan, étvágytalan, egy helyben ül és beszél magában, majd hirtelen sikoltozni kezd, környezetét megtámadja. *Somatikusan:* Degen. jelek, bevont nyelv, cath. ap. pulm. kézreszketés. *Psychésen:* Hallucinatiók és azok alapján kifejlődött megmérgeztetési téveseszmék. Beszéd- és mozgásbeli stereotypia, negativismus. *Therapia:* trionalkúra, fagifor, arsotoninkúra, foglalkoztatás, kifektetés. *Kórlefolyás:* A felvételt követő napokban mesterségesen kell táplálni, majd spontan táplálkozik, téveseszméit fenntartja, nehezen foglalkoztatható, élénken hallucinál. Délutánonként láztalan. — *1935* első hónapjaiban láztalan, élénken hallucinál. negativistikus, időnként motorosan nyugtalan. III. 26. Sklerái szárgásan elszineződtek, nyelve bevont. *Belgyógy. diagn.:* ikterus cath. *Therapia:* diaeta, insulin-invertose inj. érbe. IV. 6. Sárgasága elmúlt, psychés állapota változatlan. Második sárgasága ugyanaz év VI. 11-től VII. 30-ig tart. Azalatt psychésen zavart, kérdésekre nem válaszol. Ikterusa két hét múlva megismétlődik, diaetát tart, dextrose insulin i. v. inj.-kat, karlsbadi kúrát kap, ikterusa nem javul. A sebész nem talál elváltozást. X. 29-én a belgyógyász a megejtett vizsgálatok alapján hepatitist állapít meg. Dec. hó folyamán perhepar inj.-kat kap és duodenalis sondázást. A sárgaság csak *1936* márciusában múlik el. Psychésen változatlan. Ettől kezdve psychés és testi állapotán jelentős változást nem észleltünk. Általában gyenge étvágyú. Feltünő még nagy fényérzékenysége, a napnak kitett testrészei egyenetlenül, foltosan, sajátságos élénk, vöröses-barna színűre sülnek le. Sokat és élénken hallucinál, egy helyben ülve verbigerál, ez egyhangúan dünnyögő, palilalia jellegű, ezt stereotyp, gépies, előre-hátra hajlongással kiséri. Élénk verbigeratiója és gyakori motoros nyugtalansága miatt éjjelre rendszeresen, nappal esetlegesen medinált kap.

1939. IV. 23-án nappal, ágyában fekve 2 percig tartó, eszméletvesztéssel és bevizeléssel járó, typikus epilepsiás rohama volt, mely után 2 órát aludt. IV. 24-én 2 ízben támadt hasonló rohama. Igen nyugtalan, élénken hallucinál. Az idegrendszer dehydrálása végett hypertoniás dextroset adunk i. v. IV. 25-én egy 1 percig, majd egy 2 percig tartó epilepsiás rohama volt, utóbbi bevizeléssel. Érverése filiformis, 120/p., ezért dextroseban digipuratumot adunk. Az utolsó görcsös roham óta izomtonusa egész testében fokozódott. Ez a tonusfokozódás a következő nap rigiditásba megy át. A beteg nem tud lábra állni, *ha vezetik, járása aproléptű, csoszogó, arcizomzata elsimult, merev, erősen nyáladzik.* Pupillái tágak, a bal pup. tágabb, mint a jobb, fényre mindkettő csak kis kitérésel reagál. A végtagokon *fogaskerék tünet.* Élénken hallucinál, verbigerál, de csak eltorzult szótagokat tud kimondani. A kérdésekre, felszólításokra figyel és fejbiccentéssel jelzi, hogy megértette azokat. Kóros, vagy görcsös reflexet nem észleltünk. Motorosan nyugtalan, le akar mászni az ágyról. IV. 27. Bal alsó tüdőlebenyében kezdődő pneumoniát észlelünk. Hőmérséklete: 39 C°. Sarkain, keresztjáján, a gondos ápolás ellenére súlyos trophiás zavarok, végtagjainak összeérő felületén pedig piros foltok támadnak. IV. 28. Pupillái jól reagálnak, motoros aphasiája és hyperhydrosisa megszünt, nyálfolyása tovább tart. *Therapia:* dextrose, insulin érbe, perhepar, ascorbinsav. V. 3. Hőmérséklete: 39 C° körüli. Mindkét felső és a bal alsó végtagon felváltva, hol Negro-tünettel járó tonusfokozódás, hol hypotonia, a változás néha percenként, máskor félóránként mutatkozik. Testszerte *choreiform izomrángások* láthatók. A beteg sklerája subikterusos. Vérsavó bilirubin 1.52 mg%, seruma Ca. 9.8 mg%, hugyanynitrogen 41.4 mg%, vércukor 130 mg%. V. 5. Különösen bal oldalán izomrigiditás, a bal lábon Puusepp-tünet. V. 6. A jobb alsó végtagon Babinski-tünet, fokozott tonus, lábfejcsiklás. A bal felső végtagon megismétlődik az V. 3.-án észlelt váltakozó tonusfokozódás és csökkenés, a jobb felső és alsó végtag hypotoniás. A nyáladzás megszünt. V. 7. 3 perces epilepsiás roham, utána órákon át testszerte clonusos izomrángások. Lumbalpunctióra fokozott nyomással ürülő liquor. Fehérje 0.16 %, Pándy ∅, Nonne—Appelt ∅. A pneumonia oldódik, a legmagasabb hőmérsék 38.3 C°. V. 8. A jobboldali végtagokon choreiform rángásokat észlelünk, baloldalt fokozott tonus, lábfejcsiklás, jelzett Bibinski-tünet. V. 10. A jobb-oldali végtagokon még tartanak a choreiform rángások. V. 13. A bal alsó végtag hypertoniája oldódott,. Babinski-tünet nincs. A trophiás zavarok javulnak. Psychésen stuporos kép, a beteg passivan, csaknem mozdulatlanul fekszik. A vérsavó bilirubin 0.43 mg%-ra csökkent. Ettől kezdve a beteg állapota rohamosan javult. V. 20. Izomtonusbeli eltérés nincs, görcsös reflex nincs, extrapyramidalis tünetek nem észlelhetők. Felkeltjük, járása rendes. Psychésen nyugodt, keveset hallucinál, a kérdésekre odaillő válaszokat ad. A következő hetek folyamán megerősödik, psychéje a rohamokat megelőző időhöz képest

sokat javult, rendesen válaszol, lapdázással foglalkoztatjuk, holott annakelőtte sem ilyen célszerű mozgáscoordinatióra, sem socialis beilleszkedésre nem volt képes. Ettől kezdve tovább javul, rendesen viselkedik, téveseszméi és érzékcsalódásai nincsenek és ilyeneket nem is tudunk rajta megfigyelni. VIII. 20-án javultan távozik és a későbbi adatok további javulásról számolnak be.

E megjelenésében rendkívüli és kóroktanában homályos eset értelmezésében két kérdésre kell felelnünk: 1. Összefüggenek-e az egymást követő epilepsiás, pyramidalis és és extrapyramidalis tünetek és ha igen, mi módon; 2. Miféle közös oka lehet az észlelt tüneteknek?

A katalepsia és az epilepsia szövődését már *Kahlbaum* is kiemeli, megerősíti többek közt *Kraepelin, Masoin, Marchand* és még sok más szerző. Újabban a camphorshok kezeléssel kapcsolatban ismét szóbakerült, egyesek kétségbevonták a katatoniások görcsrohamainak epilepsiás voltát, ám az általunk közölt eset számos gondosan észlelt analogiája az összefüggést kétségtelenné teszi.

Sokkal jelentősebb és még eldöntetlen a katatonia és az extrapyramidalis izomrigiditás közti összefüggés kérdése. A miénkkel ellenkező irányú, choreiform mozgásokkal kezdődő és katatoniába átmenő folyamatról számol be *Bostroem, Kraepelin* viszont a miénkkel analog lefolyású esetet észlelt, amelyben kataton stuporos állapot folyamán choreaszerű rángások alakultak ki. *Giuseppe* katatoniás betegek nagy százalékában talált extrapyramidalis tüneteket. *Steiner* összefüggést tesz fel a katatoniás és extrapyramidalis mozgászavarok közt, *Bostroem* ezt csak felületes analogiának tekinti. Ugyancsak cáfolja az összefüggést kiterjedt vizsgálatai alapján *Baruk* is. A miénkkel analog egyik oldali pyramidalis, másikoldali extrapyramidalis tüneteket írt le többek közt *Kraepelin, Andral* és *Kleist* is.

Esetünkben megelőző enkephalitisre semmi adatunk nincs, azonkívül a betegen soha nem észleltünk annakelőtte hasonló tüneteket. Viszont katatoniás jelenségei, különösen fentebb említett palilalia-szerű verbigeratiója, az egyszerű hasonlóságnál sokkal nagyobb mértékben emlékeztettek a parkinsonosok hasonló tüneteire. Természetesen ez egyetlen és csak klinikailag észlelt esetünk kapcsán a vitához semmiféle hozzáfűznivalónk nem lehet.

A tünetek létrejöttének mechanismusában, tekintettel gyorsan múló voltukra, csakis anatomiai elváltozással nem járó, működésbeli tényezőkre gondolhatunk. Szóbajöhetne az agyduzzadás lehetősége, ami fokozott nyomásra vezetve különböző izgalmi tüneteket okozhat. *Reichardt* magukat a katatoniás tüneteket is a törzsducok duzzanatára vezeti vissza. E feltevésnek azonban ellene szól az izomtonus fokozódásának és csökkenésének gyors változása. Ezt a jelenséget csak az agyi capillarisok görcsével magyarázhatjuk. E feltevés mellett szól a tünetek gyorsan váltakozó, el-elmúló és megmegismétlődő volta is.

Arra, hogy magát a feltételezett görcsöt mi okozta, szintén csak feltevésekkel felelhetünk. *Spielmeyer* vizsgálatai nagyon valószínűvé teszik, hogy egész különböző kóros agensek, toxinok, traumák, akár psychés zavarok is azonos módon, az érrendszer útján hatnak az agyra. Betegünk esetében két tényező jöhet számításba: 1. A többször megismétlődött sárgaság. *Baruk* és munkatársai nagyszámú vizsgálataik és kisérleteik alapján kimutatták, hogy a katatoniák keletkezésében jelentős szerepe van a máj ártalmainak. Feltehető, hogy az a tényező, amely kisebb toxicitásnál katatoniát okoz, hosszabb és erősebb hatásával extrapyramidalis tüneteket is képes előidézni. Szóbajöhet 2. a beteg nyugtalansága miatt huzamosan és nagy adagokban adott barbitursav is, ami részben közvetlenül, részben a máj mérgezése által árthat az idegrendszernek. Itt a beteg leírt photosensibilitására is gondolunk, mert mint arra más helyen rámutattunk, a pellagroid tünetek, a májártalom és az idült barbitursavmérgezés között összefüggés található.

Külön megemlítést érdemel a beteg psychés javulása a tünetek lezajlása után. Önkéntelen egy spontan létrejött „shokkezelésre" kell gondolnunk és fölöttébb csalogató az a gondolat, hogy a schizophrenia és az epilepsia között nemcsak, hogy nincs ellentét, hanem a schizophreniások katatoniás és epilepsiás görcsrohamai inkább a szervezet spontan öngyógyító kisérletének tekinthetők.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Hyperthyreosis kezelése kapcsán jelentkezett súlyos, lázas jodismus. *W. H. Barker, W. B. Wood.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1940. 11—12.) Hyperthyreosis műtéti előkészítésére Plummer-oldatot használtak. 400 eset közül csak 7-ben (1.75%) fordult elő súlyos gyógyszeres idiosynkrasia. A magas lázon kívül bőrkiütés, nátha, garatgyuliadás, nyirokcsomóduzzanat és eosinophylia voltak a tünetek. Egy beteg, akin a tünetek jelentkezése után még pár napig folytatták a jódkezelést, az első jódadagtól számított 19. napon meghalt. A boncolás minden szervben miliaris érkörüli mononuclearis és óriássejtekből álló beszűrődést talált. Ha jódkezelés kapcsán idiosynkrasiás tünetek jelentkeznek —, amelyek közt legkoraibb tünet az eosinophylia, — azonnal hagyjuk abba a jód adását. 6—8 héttel később ismét meg lehet kisérelni a jód-kúrát, tekintettel arra, hogy második kezeléskor csak az eseteknek kb. felében jelentkezik ismét idiosynkrasia. (B. 44.)

Horvátth Imre dr.

A szívverés változása a szív helyzetváltozásakor. *G. Holland.* (Z. Exper. Med. 1940. 107. 435.) A test helyzetváltozása nagy befolyással van a keringési szervekre. Kézenállásban ill. térdfüggésben (behajlított térdhajlattal a nyújtóra mintegy ráakasztva) végzett röntgenkymograph-felvételek azt mutatják, hogy a tüdőcsúcsok és a felső tüdőmezők sötétebbek lesznek, ami fokozott vértelenséget jelent. A vena cava superior kétszeresére kiszélesedik a hydrostatikai nyomástól. A j. kamra tágul, nehezebben tudja a kamrába préselni a vért. Az egész szív nagysága nő, ami a megnövekedett percvolumen következménye. A szív cranial felé tolodik, a szívcsúcs helyzetváltozása felfelé átlag 2.5 ccm. A legerősebb contractiós munka ennek megfelelően a szívcsúcs helyett a szívbasison látszik. (B. 43.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

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

A thymus morphologiája és pathologiája. *Weisse.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253 3—5.) Kiterjedt állatkisérletei és klinikai vizsgálatok alapján kimutatja, hogy a thymus velőállománya morphologiailag, mint valódi tubularis szerkezetu, mirigy fogható fel. Functioképes mirigyszövet az egész élet folyamán feltalálható. A vér lymphocytái átáramolják az elválasztó mirigyrészt és abban az elhalt tubulus epithellel secretumot képeznek. Ilymódon sikerült számos anyagcserebetegségben a thymus elváltozását kimutatni. A myasthenia kórképe a thymus velőállományának kóros hyperfunctiójában leli magyarázatát. A thymektomia nem vezet kiesési tünetekhez. (F. 43.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A csontvelő baktericid hatásáról erőművi behatások után. *Bordasch.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 253. 3—5.) Nagyszámú állatkisérlet alapján a következő eredményekre jutott. Hosszú csövescsontokat ért tompa trauma után a behatás helyén a csontvelő baktericid hatása hosszú időre lényegesen emelkedik. Könnyű és középsúlyos trauma következtében a velőben haematoma nem jelentkezik, súlyos traumára, ha jelentkezik is a baktericid hatásra befolyással nincsen. Nagyobb vérveszteségek után a csontvelő baktericid hatása igen megnő és maximumát a negyedik napon éri el. Lényegesen erősebb, mint a trauma után keletkező és hússzor

nagyobb, mint a normalis velő baktericid hatása. Éhező szervezetben a csontvelő baktericid hatása szintén lényegesen emelkedik. (F. 44.)

Fedeles-Findeisen László dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET.

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

Az általános érzéstelenítés a spanyol tábori kórházakban az utolsó háborúban. *de la Pena Regidor.* (Dtsch. Militerärzt. 1940. 5.) A 9. sz. spanyol tábori kórházban kisebb beavatkozásokat, sebtakarítást chloraethylbodulatban végeztek, altató hatásának gyors beállása és megszünése miatt. Néhány esetben légzési bénulást észleltek halálos kimenetellel. Az aether is kiváló altatószernek bizonyult, jóllehet több hátránya is van: 34.5 C°-on gyullad meg s robban, megtámadja a légzőrendszer nyálkahártyáját, 90 g belélegeztetése már árt a májsejteknek és hypotensiót okoz. Ez súlyosan latba esik legelől, ahol a testileg kimerült, sebesülések folytán kivérzett, shokos üregi sérülteknek még a hosszú ideig elhúzódó műtéti shokot is el kell szenvedniök. Chloroformmal 142 hasműtétet végeztek, minden kellemetlen szövődmény nélkül; ha arra figyelünk, hogy percenként 1 ccm-nél többet nem adunk a sérültnek, akkor valóban érvényesülnek a szer előnyei, amilyen a gyors elalvás és ébredés. Az utóbbi azért fontos, mert a felhasznált kicsi chloroformmennyiséget a szervezet hamar kiüríti s ezzel megrövidül a postoperativ shok, helyreáll a vérkeringés és az értonus ismét emelkedik. A visszérbe fecskendezhető altatószernek az volna a jó oldala, hogy igen kis mennyiség kell belőle, nem lobbanékony és gyors elalvást, valamint ébredést biztosít. Mégis, számos spanyol hadisebész egybehangzó véleménye szerint az első vonalban nem használható, csak hátrább, ahol nyugodtabbak a viszonyok s elegendő személyzet áll rendelkezésre. Egymagában az evipan csupán kisebb sebek rendezéséhez, törések és ficamok beigazításához, stb. elég megbízható; koponya-, mell- és hassérülések ellátásához túlrövid és nem elég mély a vele elérhető hatás. (L. 12.)

Lippay-Almássy dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A trachoma Japánban. *H. Shiga.* (Amer. Journ. Ophth. 1940. 3.) A trachoma Japánban nagyon elterjedt népbetegség, mely ellen a közegészségügyi kormányzat nagyszabású s éppen ezért sikeres küzdelmet folytat. Az iskolás gyermekek között 1914-ben 18% volt trachomás. 1933-ban 12%, az ujoncozás alkalmával 1909-ben a védőkötelesek 23%-a, 1933-ban már csak 9%-a trachomás. Érdekes adatokat találunk arról, hogy a trachoma a baj kezdetén teljesen gyógyítható. A *Prowazek—Halberstaedter* záradéktesteknek nagy jelentőséget tulajdonit. A gyógyitásban ugyanolyan eszközöket alkalmaznak, mint nálunk: gyógyszerest (argentum nitricum, cuprum sulfuricum), mechanicust és operálást. Az 1919-ben elsőizben hozott trachomatörvény nemcsak nyilvántartásba vette a trachomásokat, hanem, ami fő, nagy eréllyel megindította a betegség megelőzését és gyógyitását. A társadalom 1916-ban egyesületet alapított, mely „*Trachoma*" címen külön folyóiratot ad ki, előadásokat rendez. Ilyen módon Japánban a trachoma leküzdésében példás eredményeket értek el. (G. 53.)

Grósz Emil prof.

Az emberi és kisérletes szemgümőkór szövettana különös tekintettel az ideghártya tuberculosisára. *Meyer.* (Graefes Arch. 141. 408.) Eddigi ismereteink áttekintése után 33 eset klinikai lefolyása és szövettani lelete, valamint kisérletes vizsgálatok alapján megállapítja, hogy az iridocyclitis tuberculosa szövettanilag nem mutat egységes képet. Typikus sarjszöveten kivül nem specifikus képek is előfordulnak, főképen olyan esetekben, ahol hosszú ideje áll fenn gyulladás. A szivárványhártyában és a sugártestben, a gyulladás visszafejlődhet. Korai folyamatokban igen gyakran leukocytás beszürődés észlelhető. Súlyos gyulladásokban az inhártya és ideghártya is elváltozásokat mutat. Igen gyakran társul iridocyclitishez periphlebitis retinalis, az is előfordul, hogy előbb jelentkezik a periphlebitis és azután az uveitis és egymagában is jelentkezhet periphlebitis. Az érkörüli beszürődés rendszerint lymphocytákból áll és csak ritkán fordul itt elő sarjszövet. Nagyon sokszor érelzáródás következik be. — Egyrészt ez a körülmény másrészt az érfal gyulladás szövettel bekövetkezett áttörése miatt vérzések jelentkeznek. A periphlebitises góc gümővé alakulhat át. Éréjraképződés klinikailag és metszetekben gyakran megfigyelhető. Hogy a periphlebitis bacillaris vagy toxikus alapon fejlődik-e ki, azt nem lehet eldönteni. Az kétségtelen, hogy a periphlebitis gümős eredetű és nem tartható fenn *Marchesani* álláspontja, aki thrombangitis obliteransnak tartja a folyamatot. Ez nemcsak szövettani vizsgálatok alapján bizonyítható, hanem kisérletesen is elő tudott idézni periphlebitist nyulakon a ciliaris venába történt bacillus-kultura befecskendésével. (G. 54.)

Radnót Magda dr.

Az érhártya rosszindulatú festékes daganatának biologiájához. *Gilbert.* (Graefes Arch. 114. 549.) Az érhártya festékes daganatának eredete még tisztázatlan, nincs eldöntve, hogy mesodermalis vagy ektodermalis eredetü-e. Leghelyesebb a szemben is a *Borst* által ajánlott melanoma malignum elnevezés. A daganatok lefolyásának *Knapp* óta négy stadiumát különböztetjük meg. Klinikai tapasztalatok ezt a felosztást nem igazolják, mert a metastasisok már akkor jelentkezhetnek, amikor a daganat még nem törte át a szem burkait. Helyesebbnek tartja, ha *Borst* után két stadiumot különböztetünk meg: 1. a praemetastatikus; 2. a metastasisok, illetőleg az egész szervezet betegségének szakát. G. 55.)

Radnót Magda dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

C-vitamin és enkephalitis epidemica. *Gangl* és *Luksch.* (Klin. Wschr. 1939. 35.) Szerzők szerint az enkephalitis epidemica az agy C-vitaminban gazdag helyeit támadja meg, főleg a vegetativ centrumokat. Az agy C-vitamin gazdag helyei *Diehl* és *Neumann* közleménye szerint a következők: a 3. agykamra alapja, az aquaeductus Silvii fala, a fossa rhomboidea, a pons és a substantia nigra, továbbá a hypophysis. Konkrét esetről számolnak be. Egy esetükben a beteg enkaphelitis utáni parkinsonismusban szenvedett, mely után egy év múlva valószínűleg grippéből kifolyóan lázas állapoton ment át. 1936-ban a következő panaszokkal került klinikai kezelés alá: psychés zavarok, stuporosus állapot, fixatiós görcsök, diplopia, muscularis hypertonia, phobiák és hypaciditás. Ezek a tünetek váltakozva havonta 5—6 izben vették elő. A tüneteket megpróbálták eliminálni adrenalinnal, ephedrinnel és általában cardiacumokkal. Utána emelkedő atropin-dosisokkal kisérleteztek, de eredménytelenül. Végül hetenként kétszer 5 ccm cantan-t fecskendeztek be intravenásan. Összesen 10 injectiót adtak. Ezek a tünetek a kezelés után megszüntek és a hypaciditás is javult. A kezelés után 2 hónapi szünetet tartottak, mely idő alatt mindössze egy izben adódott enyhe roham. (K. 51.).

Wirth József dr.

A prontosil hatása az erysipelasra. *Ishikawa.* (Klin. Wschr. 1939. 37.) 27 prontosillal kezelt és 25 prontosillal nem kezelt erysipelasos betegen tett összehasonlító vizsgálatairól számol be. A prontosillal kezelt betegeken meglehetősen gyors láztalanságot és ennek megfelelően az általános állapot javulását észlelte. Az oedema és infiltratio gyorsabban tünt el, az erythema megkisebbedése mintha valamivel hamarabb kezdődnék. Ezzel szemben az erythema és a nyomási fájdalom gyorsabb eltünését, valamint a betegség terjedésének elhatárolására irányuló feltünő hatást nem észlelt. Ámbár a prontosil néha egyes erysipelas betegségben feltünően jó hatásúnak bizonyult, összehasonlító megfigyeléseivel nem tudta megerősíteni, hogy a prontosil az erysipelasra annyira feltünően jó hatású lenne az eddigi kezelési eljárásokkal szemben, mint amilyennek azt jelenleg állítják. Csak a meglehetősen gyors láztalanságot és ennek megfelelően az általános állapot javulását lehet kiemelni. Ilyen értelemben a prontosil értékes gyógyszer. (K. 52.)

Tamási Gyula dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Az olobintin jelentősége a gonorrhoeának és szövődményeinek kezelésében. *W. Richter.* (Dermat. Wschr., 110. 13.) *Klingsmüller.* 1917 óta igyekszik nem fajlagos ingerekkel befolyásolni a fertőző betegségeket. Miután az általa eleinte használt krotonolaj és terpentin igen kellemetlen helyi szövődményekkel járt, a terpentint 20—40%-os olivaolajos oldatban adta (olobintin). Ez már sem fájdalmat, sem tályogot nem okozott. Különösen a gonorrhoea szövődményeinek eseteiben igen jó eredményeket ért el. Az utánavizsgálók eltérő adatai az adagolás hibáiban (túl kicsiny, vagy túl nagy

adagok) keresendők. Szövődmények esetén sokszor a láz-, rövidhullám-, fajlagos inger-therapiát is felülmúlja. A fehérvérsejtszám, láz esik, néhány esetben már 24 óra múlva a normalis állapot tér vissza. A hatásmechanismust vizsgálva valószínűnek látszik, hogy maga az olobintin támadná meg a kórokozót, inkább lehetséges, hogy az ojtás következtében beállott fehérje bomlási termékek hatnak a betegségre. A kórtani vizsgálatok kimutatták, hogy az olobintin nem befolyásolja az élettani konyhasó intracutan ojtását követő urtica felszívódási idejét, sem a reticulo-endothelnek működését. Terheléskor az A-vitamin kiürítés nem fokozódik erősen, a trypan-kék lerakódási helye és mértéke nem változik. Az olobintin értékes segédeszköz a gonorrhoea orvoslásában, bár hatásmechanismusa tisztázatlan. (Sz. 45.)

KÖNYVISMERTETÉS

Puericultura. Pediatria preventiva individuale e sociale. *Giovanni de Toni.* (Minerva Medica, Torino, 1940. 752. oldal 106 ábrával). A modenai egyetem gyermekgyógyász-professora az olasz szakemberek egész sorának közreműködésével igen hasznos munkát végzett, amikor e nagy gonddal megírt és fényesen kiállított kötetben könnyen áttekinthető s mégis részletes képet nyújt a gyermekvédelem mai állásáról. A munka általános része az öröklés kérdésével, a demographia elemeivel és módszereivel foglalkozik, majd sorraveszi az egészséges népfejlődést befolyásoló tényezőket, az urbanisatiót, a kivándorlást, a testi és lelki nyomorékok szaporodásából származó veszélyt, a válást, a próbaházasság, a gyermekáldás korlátozásának problemáit, végül ismerteti a fasciónak az olasz nép mennyiségi és minőségi javítása érdekében kifejtett impozáns munkáját. A következő fejezet-csoport a gyermekvédelemnek szorosabban vett orvosi vonatkozású részét: a praenatalis védelmet, a gyermek fejlődésének és táplálkozásának élettanát, a testi és lelki gondozást, a koraszülöttekre s a fertőző betegségek megelőzésére vonatkozó ismereteket tárgyalja, míg a harmadik rész főleg a socialis feladatokkal a szervezési kérdésekkel foglalkozik. A mű tulajdonképen tankönyvnek készült (a gyermekvédelem az olasz orvosi egyetemeken az elmúlt esztendőben lett vizsgatárgy!) pedig egyes különösen gazdag fejezetei révén ennél sokkal nagyobb érdeklődésre tarthat számot: az általános részt nemcsak az orvos olvashatja élvezettel, de a jogász is s mindenki, aki társadalomtudományi kérdésekkel foglalkozik, a részletes részben a gyermekorvos talál kitünően használható élettani, anatomiai és anthropologiai adatgyűjteményt, a fertőzőbetegségek megelőzésének modern feldolgozásából pedig a gyakorlóorvos s a hygienikus meríthet sok hasznosat.

Kramár J. prof.

Diseases of the digestirè system a textbook for students and practitioners. Irta: *Ronesthal J., R. J. V. Palvertaft* előszavával. (Henry Kimpton, London, 1940.) *Rosenthal Jenő* könyvének „Az emésztőszervek betegségeinek kórisméje és gyógyítása", amelyet az O. H. 1938. 31. sz.-ban *Fornet Béla* prof. ismertetett, angol kiadása fekszik előttem rendkívül előkelő és díszes kivitelben. A könyv még megnőtt, az ábrák még szaporodtak (összesen 234 ábra, köztük 104 szines). Az angol kiadásban megvalósult *Fornet* prof.-nak az az óhaja, hogy legközelebb az ábrák lehetőleg a szöveg között legyenek, hogy közvetlenebb legyen az összefüggés. Az elsőrangú papiros lehetővé tette, hogy minden ábra, még a legkényesebb is kifogástalan alakban mutatkozzék s a könyv angol nyelvezete élvezetes. Az, hogy *Rosenthal*nak a mai időkben ilyen előkelő angol kiadója akadt, holott e tárgyról az utolsó években mind Angliában, mind az Egyesült Államokban számos jó könyv jelent meg, bizonyítja, hogy a kiadó orvosi tanácsadói meggyőződtek mind az újszerű és eredeti ábrák meglepően szemléltető és tanító hatásáról, valamint a könyvben lefektetett bőséges therapiás tapasztalat nagy értékéről. Meggyőződésem, hogy a könyvnek az angol könyvpiacon szép sikere lesz, mire büszke lehet a szerző és magyar orvosi iskolája.

Engel Károly prof.

Les tuberculoses atipiques. Fréquance, polymorphisme, intérêt thérapeutique. Irta: *A. Jaquelin.* (Masson et Cie, Páris, 1939. 356 oldal, számos röntgenképpel. Ára 70 fr.) Nem a manifest, súlyos tuberculosisról van szó ebben az új barázdát szántó, alapos részletességgel megírt munkában, hanem az *atipusos tuberculosisról*, amit magyarán *a gümőkór rejtett alakjának* nevezhetünk. Ez a megnyilvánulási forma sokféle mezben külöli magát és jellemző, hogy a szervekben rendszerint gümős góc nem létesül, klinikailag és sugárvizsgálattal nem mutatható ki, hanem csupán *a toxikus hatás* árulja el a gümős eredetet. Ezt az effectust szerző részben *a gümős csíravérűséggel (Loewenstein)*, másfelől a *gümős ultravirussal* hozza kapcsolatba. A nyolc fejezetre tagolt monographia többek között beható tárgyismerettel foglalkozik a heveny pneumopathiákkal (tüdőcongestio, pleuro-pneumonia, pseudo-grippés formák, cortico-pleuritisek), az ismétlődő rhino-tracheo-bronchitisekkel, a gümős asthmával és rheumatismussal, az elhúzódó lázas állapot okaival, a dysendrocin tünetegyüttessel, valamint a neuropsychikus és hepato-digestiv syndromákkal — szemléltető példákon jellemezve a különféle rejtett gümős megnyilvánulásokat. A kórhatározásra vonatkozólag részletes útmutatást kapunk, aminthogy a gyógykezelést is (arany, a rejtett alakokban kiterjedten alkalmazott tuberkulin, a methylantigen, stb.) széles mederben ismerteti.

Puder Sándor dr.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának április 8-i ülése.

Bemutatás:

Burg E.: *Baja város közkórházának szülészeti és nőgyógyászati osztálya.* Vetített képekkel kisérve ismerteti a bajai kórház új szülészeti és nőgyógyászati osztályának berendezését és szervezetét.

Scipiades E.: Gratulál *Burg*nak, hogy képességeihez mindenben méltó intézetet kapott. Kiemeli azonban *Róna* igazgatónak és Baja város vezetőségének nagy megértését, hogy a csecsemő- és anyavédelemnek s ezzel a nemzetmentésnek is a bemutatott szép bástyát emelték.

Előadás:

Telbisz A.: *Adatok a mustárgáz kóroktanához.* A mustárgáz (dichlordiaethylsulfid) egyike a legerősebben ható mérgeknek. Milligrammnyi mennyisége a bőrre jutva embereren a jellegzetes hólyagot, állatokon a helyi vizenyőt hozza létre. Ez a rendkívüli hatásosság az anyag hatásmechanismusát illetőleg különböző elméleti feltevéseket indított el. Különösen két ismert, legtöbbet vitatott elmélet áll egymással szemben. Az egyik alapján a hatást a mustárgáz oxydatiós származékai, elsősorban a dichlordiaethylsulfon, a másik elmélet alapján a lehasadó sósav okozná. A kérdés megvilágítására kisérleteket végeztünk a mustárgázzal, annak oxydatiós származékaival (dichlordiaethylsulfiddal — ebből állítják elő sósavval a mustárgázt —, annak oxydatiós származékaival (dioxydiaethylsulfoxyd, dioxydiaethylsulfon) Kisérletei eredményei a következők: 1. a dichlordiaethylsulfoxyd percutan és intracutan hatástalan; 2. a dichlordiaethylsulfon így adva igen hatásos. A mustárgáz hatásfokával egyenlő, vagy azt felül is múlja; 3. valószínűnek látszik az a feltevés, hogy a mustárgáz sulfonná oxydálva hat; 4. a dioxydiaethylsulfid és oxygenszármazékai hólyagot nem húznak, a megfelelő chlorszármazékokkal (mustárgáz, dichlordiaethylsulfon) ellentétben; 5. feltételezhető, hogy a mustárgázban a chlor nem a hydrolyzáláskor lehasadó sósav révén, hanem in toto, a molekulában hat.

Beőthy K.: Reméli, hogy ezeknek a kisérleteknek meg lesz a maga gyakorlati jelentősége. Érdekes volna a kisérleteket nemcsak intracutan, hanem per os adagolt méreggel is elvégezni.

Telbisz A.: A vegyületek közül a mustárgáz-lipoid oldhatósága a legjobb. A többi vegyülettel lipoid oldhatóságukat illetőleg további kisérleteket állítanak be. Annak eldöntésére, hogy a Hopkins-féle adat alapján az oxydatio és így a hatás késleltethető, esetleg felfüggeszthető, *Mansfeld* prof. tanácsára kisérleteket fognak végezni, úgy hogy az állatokat lehűtik. A helyi és általános hatás tanulmányozására az állatoknak peroralisan adtak mustárgázzal szennyezett vizet és élelmiszert. Ezzel kapcsolatban rámutatnak a gázvizsgáló laboratorium nagy fontosságára. Az Országos Légvédelmi parancsnokság most rendezi azokat a tanfolyamokat, melyekben a vezetők szakkiképzést nyernek. A szervezési, berendezési kérdések a közeljövőben megoldásra kerülnek. A szennyezett élelmiszert és vizet, vagy ha arra gyanus gázmentesítenünk kell. A laboratorium feladata részleteiben intézkedni; a szennyezett élelmiszer és víz fogyasztását megtiltani, illetve a fogyaszthatóság körülményeit és lehetőségeit megállapítani.

Április 15.-i ülés:

Előadás:

B. de Rudder prof. (Frankfurt a. M.): *Atmosphäre und Mensch.* (Kézirat nem érkezett.)

Ideges természetű izgalmi és kimerültségi állapotnál

Validol

megnyugtat és élénkít!

Forgalomban lévő csomagolások:

Validol cseppek	Validol gyöngy	Validol tabletta	Brom-Validol	Validol camph.
5, 10 és 25 gr.	10 és 25 darab	5 és 10 darab	25 tabletta	5 és 10 gr.

Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. G. m. b. H. Mannheim — Waldhof.

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

Fenyvessy B.: Az egész szakosztály nevében hálás köszönetet mond az elhangzott nagysikerű és az egész themakört felölelő és összefoglaló előadásért.

Április 22-i ülés:

Bemutatás:

v. Csongor Gy.: *Nyílt könyökficam gyógyult esete.* Fényképekkel és a beteg bemutatásával illustrálva ismerteti könyökficam esetét, amelynél a humerus distalis vége, a trochlea teljes egészében a bőrön keresztül megjelent. A két fejű izom ina a trochlea felett húrszerűen kifeszítve volt látható. Kellő megtisztítás után a könyökizület repositiója történt, majd a tervbevett egyesítés subfebrilitás és zavaros izületi váladék miatt elmaradt. A könyöhajlat belső oldalán tátongó 6 cm-es rés 7 hét alatt sarjadzás útján begyógyult és az ekkor már jelentkező functio meleg fürdők és hőlég-kezelés útján az izület mozgékonysága szempontjából 100%-os gyógyulást hozott. A bemutató kiemeli, hogy nevezett, mint fodrász polgári keresőképességét teljes mértékben visszanyerte, mint katonát azonban eredeti csapatbeosztásában — ugyanis huszárságnál szolgált — még sem lehet meghagyni, mert egy újólagos lóról leesés polgári munkaképességét legalább is részben befolyásolná és kárigényével a társadalomnak tetemes anyagi megterhelést idézne elő.

Lajos L.: *Kettős méh egyik szarva, mint szülési akadály.* (Kézirat nem érkezett.)

Előadás:

Schmidt J.: *A myopia-kérdés mai állása.* Röviden ismerteti a myopia kezelését magyarázó régebbi felfogásokat, majd *Steiger* elméletének részletes ismertetése után vázolja a legújabb állásfoglalásokat és kutatási irányokat.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Woschenschrift, 22. sz. *Mayer O.:* Lappangó phlebitis, mint a gangraena oka. — *Geisthövel W.:* A helybeli és lumbalis anaesthesia gyakorlati jelentősége a modern sebészetben. — *Knapp A.:* Herpes zoster néhány ritka esete. — *Melikian P.:* Framboesia, syphilis és lepra. — *Schumacher P.:* A poliomyelitises arcidegbénulás kórjóslata. — *Christiansen I.:* Erősen zsíros táplálék, mint betegségi ok. —

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály, Téli-nyári rheuma-gyógyhely.

The Journal of the American Medical Association, máj. 18. *H. Magendantz, S. Proger:* Anorexia nervosa v. hypopituitarismus? — *W. A. D. Anderson, W. R. Bethea:* Veselaesiók, hypertoniás cukoroldat után. — *W. Saphir, K. M. Howell:* Oldható jodophtalein a typhus, paratyphus csoport bacillusgazdáinak kezelésében. — *S. B. Wortis, D. Shaskan:* Retinitis pigmentosa és a vele kapcsolatos neuropsychiatriai elváltozások. — *S. Perlow:* Prostigmin peripheriás keringési zavarok kezelésében. — *D. O. Overpech, R. K. Ghormley:* A serratus magnus izombénulása a nervus thoracicus longus laesioi következtében. —

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Sós József, Nádrai Andor* egyet. tanársegédeknek, *Lajos László, Bari Zsigmond* egyet. adjunctusoknak az Erzsébet Tudományegyetem orvostudományi karán *egyetemi magántanárrá* történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és ebben a minőségükben őket megerősítette.

Csilléry András egyetemi tanár. Osztatlan örömet keltet mind szak-, mind politikai körökben az a kinevezés, mely *Csilléry Andrást* a debreceni Tudományegyetem szakelőadóját érte, mellyel őt a Kormányzó Úr Őfőméltósága a Tisza István Tudományegyetem fogászati tanszékére nyilvános rendes tanárrá kinevezte. *Csilléry,* ki testestől-lelkestől részvett a politkai életben, ez elfoglaltsága mellett orvosi szakmájának is kiváló művelője, mind a kutatás, mind az oktatás terén. — Több tanulmánya jelent meg a fogorvoslástan különböző kérdéseiről, legutóbb pedig a socialis szempontból is nagyjelentőségű összefoglaló munkája „A fogszú megelőzésének irányelveiről", melyben 30 éves fogorvosi gyakorlatában szerzett tapasztalatairól, valamint a debreceni Stomatologiai Poliklinikán és az azzal kapcsolatos iskolafogászati intézményekben az utóbbi 4 év alatt e téren végzett kutatásainak eredményét foglalta össze. Ennek a lankadatlan munkának méltó elismerése a mostani professori kinevezés, melyhez mi is őszinte szívvel gratulálunk.

Halálozás. *Tassy József dr.* eü. főtanácsos Kecskemét város ny. főorvosa, életének 71. évében június 6-án Kecskeméten elhunyt.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat június 5-én tartotta évi közgyülését. *Nékám* elnök megnyitója után *Torday* főtitkár számolt be a Társulat 12 évének fontosabb mozzanatairól, összefoglalva a két cyklus alatt kiadott könyvek adatait; azután vázolta a jövőt. 1939-ben a következő mun-

PANTAL-CHINOIN

enyhe növényi hashajtószer, rendbentartja a bélműködést. *20 és 40 tabletta*

Hunyadi János

természetes gyógykeserűsó

a több mint 75 éve világszerte bevált keserűviz lepárlási terméke. Azonos hatású — kényelmesebb — olcsóbb.

A 152.063/1939. sz. B. M. rendelet értelmében

O. T. I. terhére szabadon rendelhető. 10 adag ára P 1·50

kákat juttatta el tagjainak: *Czirer:* Műtéti javalatok, *Lőrincz:* Malaria; *Darányi:* Közegészségtan II. k.; *Szumovski:* Orvostörténelem; *v. Berde:* Magyar nép dermatologiája. — *1940-re* a következő kiadványok vannak munkában: *Magyary-Kossa:* Orvostörténeti emlékek IV.; *Beznák:* Élettan II. k.; *Went:* Általános kórtan II k.; *Darányi:* Közegészségtan III. k. Ezenkívül még egy-két munkát fog juttatni tagjainak a következők közül: *Burger:* Szülészet; *Hetényi* és munkatársai: A légzőszervek megbetegedései; *Belák* és társai: Klimatologia; *Belák* és társai: Rheumás megbetegedések. — *1941-re* és az utána következő évekre a munkaterv a következő: *Bosányi—Bézi—Kalocsay:* Fertőző betegségek; *Jendrassik:* Orvosi vegymérés; *Puhr:* Sebészeti pathologia; *Buday:* Orvosi alkattan; *Benedek:* Elme- és ideggyógyászat; *Császár:* Orvosi fizika; *Darányi:* Közegészségtan IV. k.; *Hainiss:* A csecsemőbajok diagnostikája; *Huzella:* Szövettan. — A Társulat a Tomcsik—Lőrincz—Lovrekovich-féle munka folytatásául néhány kisebb közegészségtani munkát is szándékozik kiadni, esetleg jeles idegennyelvű könyvek fordításával is foglalkozik.

Nékám prof. 260 munkatársával egy *Magyar Orvosi Szótár* megírásán dolgozik. Ez valószínűleg 65 ív terjedelemben jelenik meg és azt a tényleges előfizetők jutalmul kapják a később közzéteendő feltételek mellett. További tervek: egy *Therapiás* Útmutató és egy háromkötetes klinikai *Diagnostika.* — A tagok száma 1290, ami az 1938 évi létszámmal szemben négyszázas szaporulatot jelent. Ebben jelentékeny része van a Nékám-féle atlasz kiadásának. —

Az administrativ ügyek gyorsabb elintézése céljából a közgyülés elfogadta az alapszabályok oly módosítását, hogy a választmányból egy „Kistanács"-nak nevezett intézőbizottságot küld ki. — Az ezután megejtett egyhangú választásból a következő tisztikar és választmány került ki: Elnök: *Nékám L.*, alelönkök: *Scholtz K.* és *Verebélyi T.*, főtitkár: *Torday Á.*, titkár: *Faludi I.*, pénztáros: *Brezovszky J.*, ellenőr: *Keleti J.*, főjegyző: *Kollarich J.*, jegyző: *Melly J.* Tiszteleti tagok: *Bud J., Magyary-Kossa Gy., br. Korányi S., Scholtz K.* és *Grósz E.* — Választmányi tagok, budapestiek: *Barla-Szabó J., Beznák A., Boros J., Csilléry A., Darányi Gy., Frigyesi J., Huzella T., Hainiss E., Isselkutz B., Neuber E., Vámossy Z., Wolff K.*, vidékiek: *Baló J., v. Berde K., v. Csia S., Frank R., Gerlóczy G., Jeney E., Johan B., Lőrincz F., Mutschenbacher T., Pekár M., Pető E., Petz A.* Irodalmi bizottság elnöke: *Temesváry R.* Számvizsgáló bizottság: *Lénárt Z., Illyés G., Benedek L.* A Kistanácsba 1940-re kiküldött választmányi tagok: *Beznák A., Darányi Gy., Frigyesi J., Grósz E., Huzella T., br. Korányi S., Mutschenbacher T., Vámossy Z.*

Hogyan óvjuk meg egészségünket? *Darányi* prof. 114 oldalas zsebkönyve 4. kiadásban jelent meg a Közegészségi Egyesület kiadásában kifogástalan kiállításban. Az elfogyott 30.000 példány ékes bizonyítéka a zsebkönyvecske sikerének és jóságának, melyben nincsenek tulzások, s vezérelve a józanság. Gratulálunk a szerzőnek!

A Közkórházi Orvostársulat Évkönyve 1939. (Szerkesztették *Windt Sándor dr.* és *Kalocsay Kálmán dr.* Centrum Kiadóvállalat rt.) Az Orvosi Hetilap hasábjain az év folyamán megjelent tudományos ülések jegyzőkönyveit a Társulat minden év végén összefoglalva adja ki. A most megjelent 102 oldalra terjedő füzet ezeken kívül magában foglalja *Rejtő Sándor* prof.: „Semmelweis tana és az otogen sepsis" címen tartott emlékelőadását is, valamint a társulat tagnévsorát s az alapszabályait. — Nem hagyhatjuk azonban szó nélkül a társulat anyagi ereje szempontjából az évkönyv fényűző kiállítását, dombornyomású karton címlappal és mindvégig 70 kg-os műnyomó papiron. Nem értjük, mire való ez a mai papirhiány idején, de még a legnagyobb papirbőség esetén is.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen május 29-én: *Lipke Ferenc, Nagy Zoltán Ferenc.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Dr. FARKAS vízgyógyintézet

V. BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126-438

Szénsavas-, bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés

Az orvosi rendelők elengedhetetlen és legmegfelelőbb röntgenkészüléke az üzem alatt érinthető

PHILIPS-METALIX

Veszélytelenségéért teljes garancia

Magyarországon egyedül több mint 150 referencia

Magyar gyártmány!

Költségvetéssel szolgál

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Budapest, IV., Múzeum-körút 37. — Telefon: 182-680, 383-135

Strychno-phosph-arsen „Certa"
az idegerős tobozkanna!
„Certa" Gyógyszerészeti Laboratórium R.-t. Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.

8579—1940. alisp. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Mosonmegyei Karolina közkórházban Mosonmagyaróvárott megüresedett *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. III. 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 óhajtók szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadizbeni közzétételétől számított *15 napon belül* közhivatalban lévők hivatali főnökük útján Polniczky Lipót Győr-, Moson, Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához címezve hozzám nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. A 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezésnek megfelelően a leszármazást igazoló iratokat, (annak igazolására, hogy valaki az 1939:IV. tc. alkalmazása szempontjából nem tekinthető zsidónak, rendszerint, elegendő, ha kimutatja, hogy 1895. évi október hó 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895 évi október hó 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfeleket tagjaként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni); 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, (vagy az orvoskamarai tagsági bizonyítványt). A honosság igazolására alkalmas okiratok: az állampolgársági bizonyítvány, a honosítási, visszahonosítási okirat, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. cikke alapján igénylését, (opcio) tanusító igazolvány, vagy olyan illetőségi bizonyítvány, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26. napján is fennállott; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 6. eddigi működési bizonyítványokat; 7. közszolgálatra alkalmas, szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; 8. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, 9. az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 10. az esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat; 11. rövid életleírást (curriculum vitae) az esetleges tudományos működés igazolásával, a tanulmányok egy-egy példányának csatolása mellett; 12. nyilatkozatot arról, hogy a pályázó közhivatalban, közintézetben, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betölt-e, vagy sem, igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Az állás betöltése kinevezés útján két évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. A kinevezés két évre meghosszabbítható. A segédorvosnak az intézetben kell laknia, s természetbeni lakását csak saját személyére veheti igénybe. Magángyakorlat folytatása tilos.

Pályázatot hirdetek továbbá egy megüresedett *kisegítő-orvosi állásra*. A kisegítő orvosi állás javadalmazása havi 80 P tiszteletdíj. Ezen állás pályázati feltételei teljesen megegyeznek a fentebb közöltekkel.

Mosonmagyaróvár, 1940. június 1-én.

Zsulyevich István dr., igazgató-főorvos.

1166—1940. fp. szám. Budapest szfőv. főpolgármestere.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros közkórházaiban megüresedett egy *belgyógyász-főorvosi állásra*. Felhívom mindazokat, akik ez állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerüen felbélyegzett kérvényüket *f. évi június hó 20. napjának déli 12 órájáig hivatalomban* (IV., Váci utca 62—64. szám. I. em. 11.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni *a)* a leszármazást igazoló okmányokat (a közszolgálatban alkalmazásbalépés nézőpontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. számú rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. tc. alkalmazása nézőpontjából „nem tekinthető zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895 október 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895 október 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet tagjaiként születtek, egyúttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni"); *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; *c)* magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; *f)* a polgári szolgálatban eddigi alkalmazást igazoló okmányokat; *g)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyítványt; *h)* az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot, tűzharcosságot, hadiárvaságot igazoló okmányokat, illetőleg katonai szolgálatra vonatkozó adatokat; *i)* szakképzettség igazolását; *j)* az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat, *k)* tudományos működés igazolását a különlenyomatok egy-egy példányának csatolásával; *l)* életleírást (curriculum vitae).

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

Budapest, 1940. május 25.

Karafiáth Jenő s. k., főpolgármester.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Pesti Izr. Szentegylet elöljárósága pályázati hirdet a következő szeretetkórházi orvosi állásokra: *belgyógyász főorvosi, sebész főorvosi, röntgen főorvosi* és egy *sebész alorvosi állásra*. Pályázhatnak magyar állampolgár, magyar orvosi diplomával és szakképesítéssel biró budapesti orvoskamarai tagok.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányok csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. magyar honosságot igazoló bizonyítvány; 3. hatósági erkölcsi bizonyítvány; 4. családi állapotot igazoló bizonyítvány; 5. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 6. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 7. budapesti orvosi kamarai tagságot igazoló okirat; 8. szakorvosi képesítést igazoló okmány; 9. curriculum vitae; 10. működési bizonylítványok; 11. tudományos működés igazolása a különlenyomatok egy-egy példányának csatolásával; 12. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok.

A kinevezendő főorvos havi illetménye 150, az alorvosé havi 120 P. A pályázatokat *július hó 1-ig* a Pesti Izr. Szentegylet elöljáróságához címezve (Budapest, VII., Erzsébet-krt. 26.) kell beadni.

SEDYLETTA
Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI.
tabletta 30 × 0·015 gr
Általános hatású psychikus megnyugtató, kitünő spasmolitikum.
Szabadon rendelhető:
OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S.Á., DOBBI

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A malaria kezelése synthetikus gyógyszerekkel.

Közel 300 évig a chinakéreg hatóanyaga volt a malária gyógyítás egyedüli fegyvere. A chininkezelés hátrányai, a chinakéreg magas ára és a termelés monopoliuma mindinkább kivánatossá tették, hogy más, lehetőleg jobb készítményekkel is rendelkezzünk. Már a salvarsant és a methylenkéket is használták malaria kezelésére, majd kb. egy évtizeddel ezelőtt megjelentek a malariára specificusan hatásos plasmochin és atebrin. Az újabb készítmények arra is reményt nyujtanak, hogy talán valamikor tényleg rendelkezünk olyan gyógyszerrel is, mellyel a therapia sterilisans magna sokszor óhajtott és csak rítkán elért célját meg lehet valósitani.

A malariára ható, de csak rítkán használt szerekkel röviden végezhetünk. A sokszor kipróbált *Salvarsan* készítmények hatásosak malaria tertianára, de rosszul hatnak tropicára. A salvarsan provokálólag is hat és végzetes szövődményeket is okozhat. Parenteralis adagolása és mellékhatásai (dermatitis, icterus, collapsus, etc.) miatt indokolatlan malaria kezelésre salvarsant használni akkor, mikor jobb, hatásosabb és kevésbbé veszélyes gyógyszerek állnak rendelkezésünkre. Az egyedüli kivétel talán a paralytikusok malariás lázrohamainak megszüntetése, mikor a salvarsan kezelést nem annyira a malaria, mint inkább az alapbetegség teszi jogosulttá.

Methylenkéket csak malaria quartanaban használunk. A Plasmodium malariae fertőzés makacs, nehezen kiirtható, visszaesések sokszor még évek mulva is jelentkeznek és úgy látszik, hogy methylenkék a makacs esetek gyógykezelésére előnyös. Tiz napon át napi 1 gr-ot adunk. Az I. G. legujabb *Certuna* nevű gyógyszere a plasmochinhoz hasonló hatású, de csak a Pl. falciparum gametocytái ellen hat. A *sulfanilamidok* prontosil, etc.) nem vetekednek gyógyhatásban a chininnel vagy atebrinnel, de ezzel is többnyire sikerül megszüntetni a lázrohamokat. Érdekes, hogy majom malaria plasmodiummal (plasmodium knolesi) szemben a prontosil fajlagos. E plasmodiumokat — melyeket paralysis láztherapiájára emberben is használnak — a prontosil a szervezetből teljesen kipusztítja. Az emberi plasmodiumok ellen sem ennek, sem más szernek hasonló hatása nincs. A malaria gyógykezelésében azoban igen nagy haladást jelentett az atebrin és plasmochin.

Az *atebrint* az I. G. leverkuseni laboratoriumában 1930-ban állították elő. Először madár malarián próbálták ki. Azóta széleskörű kisérletek, a kellő hirverés és a gyógyszer jósága egyaránt hozzájárultak ahhoz, hogy olyan népszerűségre és elterjedésre tett szert, mint kevés más gyógyszer. Az atebrin megjelenése a chinin igen magas árát is leszorította.

Vegyileg az atebrin acridin származék, hatásában hasonló a chininhez. Atebrinre a plasmodiumok ivartalan alakjai talán gyorsabban tünnek el a keringő vérből mint chininre, átlag a harmadik napra. A gyógyszer szedéstől számított második lázroham rendesen csak gyenge és a harmadik már elmarad. Az atebrin hatása tartósabb mint a chininé és recidivát is rítkábban észlelünk. A lép nagysága a chininkezeléshez hasonlóan csökken, visszafejlődése talán lassubb, de tartósabb. Az atebrin mellékhatásai közül legfeljebb a bőr ártalmatlan sárgás elszineződése jelentkezik, de ez az icterustól könnyen elkülöníthető, mivel a sclera tiszta marad. Röviden szólva az atebrinnek meg vannak a chinin jó tulajdonságai anélkül, hogy keserű izű volna és gyakran okozna kellemetlen melléktüneteket.

Az atebrin azonban ép oly kevéssé képes plasmodiumokat a szervezetből kipusztítani mint a chinin. A gametocyták is fertőzőképesek maradnak és legfeljebb számuk csökken a chininkezeléshez hasonlóan.

Egy atebrin kúrában felnőttnek összesen 1.5—2 gr-ot azaz háromszor naponta 0.1 gr-ot adunk 5—7 napon át. Ha plasmochin utókezelést végzünk, megelégedhetünk 5 napos kezeléssel, egyébként előnyösebb a 6—7 napos kezelés. Gyermekeknek 4 éves korig naponta 0.1 gr-ot (egy tabletta), 5—8 évig naponta 0.2 gr-ot adunk. Parenteralis kezelésre az atebrin-mussonat alkalmas.

Malaria állomásainkon nagy beteganyagon használtunk atebrint, melyet a betegek igen szivesen fogadtak, mindig hatásos volt s melléktüneteket nem okozott. 632 esetben ellenőriztük az atebrin kezelés eredményét. A lázrohamok átlag a harmadik napon maradtak el, recidivák pedig az öt hónapos ellenőrzési időszakban 30%-kal kisebb számban jelentkeztek, mint az egyidejüleg chininnel kezelt esetekben.

A *plasmochin* teljesen önálló helyet foglal el gyógyszereink között. Tulajdonképen nem igazi gyógyító, hanem jó megelőző szer. Mikor 1925-ben *Roehl* kanári madarakon kipróbálta, therapiás célra akarták használni. Gyógyításra még nagy adagban sem volt kielégitő, toxikus adagra sem tüntek el a vérből a trophozoiták, de cyanosist, gyomor-béltüneteket, epigastrialis fájdalmat, kólikát és methaemoglobinuriát okoz. A ma használatos adaggal ilyen tünetek legfeljebb rítkán és enyheformában jelentkeznek. Hamar felismerték azonban, hogy a plasmochin mind a három plasmodiumfaj gametocytáit elpusztítja. Csak később ismerték meg és értékelték azt a sajátságát, hogy a recidivák számát csökkenteni képes. A szükséges gyógyszer mennyiség kicsiny, ma rítkán adunk többet összesen 0.06 g-nál.

A plasmochin önmagában nem, de chininnel és atebrinnel kombinálva igen értékes szer. Rendesen három napra elosztva naponta kétszer 0.01 g-ot adunk, gyermekeknek 2 évig 0.005 g-ot (fél tabletta), 3—5 évig napi 0.01 g-ot 3—5 napig.

Plasmochint és atebrint nem tanácsos egyszerre adni, mert mellékhatásaik összegeződnek. Atebrin kezelés után szokás 2—3 napos plasmochin utókezelést hozzákapcsolni. Chininnel adhatjuk egyidejüleg is, de utókezelés formájában is.

A gametocyták elpusztítása révén plasmochinnal lehetséges volna a malaria kiirtása is, ha a lakosság hosszú ideig venné, új parasita törzsek behurcolására megakadályozható volna és végül ha az ilyen módszer nem volna túl költséges. Igy a malaria tropica fertőzöttek plasmochin kezelésétől várhatjuk, hogy terjedését hátráltatjuk és csökkentjük. Egyéni szempontból azonban sokkal fontosabb a plasmochin hatása a visszaesésekre. Vidékenként és plasmodium törzsek szerint e hatás különböző, általában azonban chinin és atebrin kezelés után 30—50%-ban észleltünk visszaesést. Plasmochin utókezeléssel a várható recidivák száma 10—15%-kal csökken. Ez a hatás a malaria terjedése szempontjából is jelentőséggel bír.

Malaria állomásainkon chininnel többnyire egyidejüleg 6—7 napon át adtunk napi 0.01 g plasmochint, atebrin kezelés után pedig 3 napon át 0.02 g-ot. Ilyen adagolással kellemetlen toxikus tüneteket egyszer sem észleltünk. Öt hónapos megfigyelési idő alatt a plasmochinnel is kezelt esetekben a visszaesések lényegesen kisebb számban jelentkeztek.

A malaria gyógykezelésében a plasmodium faj és törzs épen olyan fontos szerepet játszik, mint az egyéni reactio különbségei és az előzőleg elszenvedett fertőzések árán szerzett resistentia mértéke. Malariás vidéken élő felnőtt, ha már több roham után kerül kezelésre, rendesen igen gyorsan reagál bármilyen gyógyszerre és ritkábban is recidivál, mint kedvezőtlen életkörülmények között élő nem resistens gyermek. Vannak recidivára hajlamos betegek és recidiválásra hajlamos malaria törzsek. Ilyen betegnek, kövér embereknek, tropica fertőzötteknek több gyógyszert vagy hosszabb kezelést is adhatunk. Talán fontosabb ennél a latens vagy chronikus malaria-beteg egészséges életmódja, roborálása és újabb fertőzéstől megóvása.

Ha fentiek után arra a kérdésre akarunk válaszolni, milyen eljárást kövessünk a malaria gyógykezelésében, úgy a chinin és atebrin között a választás teljesen szabad. Az egyén szempontjai, anyagi viszonyai, gyógyszertürése és érzékenysége szerint részesítjük egyik vagy másik gyógyszert előnyben, de úgy a malaria terjedése, mint a visszaesések szempontjából indokolt a választott gyógyszert plasmochinnel combinálva adni. A ma elfogadott rövid kezelésmód standardjától csak kivételesen indokolt esetben szükséges eltérni.

Makara György dr.
az O. K. I. adjunktusa.

Az égési sérülések kezelése, tekintettel az elsősegélynyujtásra.

A lövési sérülések kezelése mellett, háború idején a betegellátásnak nem kevéssé jelentős fejezete az égési sérülések gyógyítása. A kérdés természetesen nem csak az ugynevezett tűzvonal, hanem a mögöttes országrészek szempontjából is jelentős, sőt éppen a modern hadviselés mai eszközeit és módjait tekintve, itt talán még fontosabb. Gondoljunk a gyújtóbombával történő repülő támadás alkalmával előforduló égési sérülések lehetőségeire. A szemünk elött folyó háború mutatja, hogy az ily támadások száma nagy, mivel ebből a bombafajtából egy gép nagy mennyiséget tud szállítani. Szerepet játszik a gyujtóbombák olcsósága is. Ebből következik minden olyan intézkedés fontossága, amely az égési sérültek ellátására és kezelésére vonatkozik. Az elsősegélynyujtás szakértői e kérdésnek eddig nem sok figyelmet szenteltek, pedig ennek békében is nagy a jelentősége. Nem kétséges ugyanis, hogy az égési sérülést szenvedők elsősegélyben részesítésekor követett eljárásoktól függ az hogy a sérülések hogy fognak gyógyulni.

Lássuk tehát:

a) melyek lehetnek azok a gyógyító eljárások, amelyekkel eredményesen küzdhetünk az égési sérülésekkel szemben?

b) ezeket hogyan alkalmazzuk?

Mielőtt e kérdésekre felelnénk, vessünk egy pillantást az égési sérülések osztályozására. Az eddigi beosztás három fokra osztja a sérüléseket. Elsőfokú, helyileg a legenyhébb az az égés, melyet fájdalmas, duzzadt, fénylő, sima bőrpir jellemez. Másodfokú az égés, ha hólyagképződést találunk. Harmadfokú égést pedig bőrelhalás, esetleg elszenesedés jellemez. E csoportosítás, melyet régóta használunk, a sérüléseket külső megjelenésük szerint osztályozza, a bőrelváltozás nagyságára nincsen tekintettel —, az elöttünk lévő klinikai képpel sem mutat összefüggést. A test nagy részére kiterjedő, csupán elsőfokú égés súlyos általános tüneteket okozhat ugyanakkor, mikor egy kisebb kiterjedésű harmadfokú égés csak helyi tünetekkel jár. Fontos ezenkivül az égési sérülésekkel szemben a koradta sajátos viselkedése a szervezetnek. Csecsemőkön és kisgyermekeken aránylag kis kiterjedésű égés is igen súlyos következményekkel járhat, melyeket még hibásan is értékelhetnek. Erre vonatkozóan *Kramár* és *Blazsó* a vérnyomás emelkedéssel járó centralis ártalmakról irott munkájában találhatunk értékes adatokat. Esetükben három hónapos csecsemőn két pengős nagyságú bőrfelületen gyógycélból végzett égetés (kauterezés) ismételten eszméletlenséget, görcsöket és egyéb, heveny agyvelő-gyulladásra utaló tüneteket okozott. Az egyéni érzékenység ugyancsak fontos körülmény az égési sérüléssel járó általános tünetek kifejlődésében, melyre vonatkozólag számos megfigyelést találunk az irodalomban. Ezekután természetes következtetés az, hogy az első segítséget nyújtó és gyógyító beavatkozás eredménye érdekében az égéseket a klinikai tünetek szerint kell elbirálnunk. Életveszély szempontjából az égéseket követő általános tünetek a jelentősebbek.

Melyek az égési sérülés hevenyen jelentkező általános tünetei? Ezeknek általában egy elsődleges és egy másodlagos formáját szoktuk megkülönböztetni. Az elsődleges jelenségek viszont lehetnek:

a) Shok karakterűek,

b) fokozatosan erősödő mérgezési (intoxicatiós) tünetekkel járóak. Az elsőt a korai, az első huszonnégy órában beálló, a másodikat a későbbi, az égést harminchat-negyvennyolc óra múlva követő halál jellemzi. Okai mindkettőnek a megégett bőrből felszivódó mérges, bomlási termékek. A heveny tünetek közé tartozik az égési sérülésekre jelentkező nagy fájdalom is.

Az említett shok és a megégett bőrfelület nagysága között nincs kapcsolat. A mérgezéses tünetek súlyossága az égést szenvedett bőrfelület nagyságával arányos. Ezen tünetekkel járó állapot, esetleg halál mégis közös okra vezethető vissza. Midkettőben ugyanis vérchemiai szempontból a mellékvese hibás működésére jellemző elváltozásokat találunk. (A vérserum natrium és chlór tartalmának csökkenése, kalium emelkedése, vérbesűrűsödés stb.) Halál után mindkét esetben a mellékvese kéregben mikroskóppal hasonló szövettani elváltozást találunk. Ebből azt következtethetjük, hogy az égett bőrfelületről felszivódott méreganyag (toxin) mérgezi a szervezetet, illetőleg annak életfontosságú szerveit, elsősorban pedig a mellékvesét.

A másodlagos jelenségek nem tartoznak az égési sérülés feltétlen következményei közé. Ezeknek oka különböző eredetű szövődmény lehet: egyéni érzékenység, sebfertőzés, stb. Az első segélynyujtás szempontjából, az elmondottak alapján, az égési sérüléseket a következő csoportokba kell sorolni:

1. Csak helyi tüneteket okozó égési sérülések.
2. Shok karakterűek.
3. Fokozatosan erősödő mérgezéses tünetekkel járók.

Ezek után lássuk, melyek legyenek első teendőink égési sérülések esetén. Teendőink:

I. Az égett bőrfelület ellátása és az innen felszabaduló mérgező (toxikus) anyagok felszívódásának megakadályozása,

II. a már felszivódott és a vérkeringésbe került mérgező anyagok közömbösítése,

III. a mérgező anyagok által megtámadott életfontosságú szervek működésének elősegítése és fenntartása.

A helyi kezeléssel, mint első beavatkozással lehetőleg kettős célt kívánunk elérni. Elsősorban az égett terület gyógyulását kell előmozdítani, azt a másodlagos fertőzéstől védeni, másodsorban a bőrfelületen keletkező mérgező anyagok felszívódását kell lehetőség szerint megakadályozni. Ezt a kettős célt a *Davidson* ajánlotta módszer egyesíti. Ez az eljárás a megégett bőrterület csersavas (tanninos) kezelésén alapul. A legkülönbözőbb statisztikai adatok azt igazolják, hogy az égési sérülések helyi kezelésére ennél az eljárásnál jobbat jelenleg nem ismerünk. Egy angol statisztika adatai szerint ezen eljárás bevezetése óta az égési halálozás az eddigieknek tizedére csökkent.

A kérdés csupán az, hogy melyik lesz az a legegyszerűbb eljárás mellyel a kezelést, — mely lényegében cserzés, — elvégezhetjük. Az eredetileg ajánlott módszer ugyanis, nehezen végezhető el elsősegélynyújtás kapcsán. Az azóta ajánlott módosítások *(Donald* és *B. Welles)* sem alkalmasak a gyors és tökéletes csersavas kezelés elvégzésére, mivel az esetleg órákig tartó, 10—25%-os csersavas fürdők és borogatások nem minden esetben cserzik az égett bőrfelületet kielégítően. Nem is szólva arról, hogy ilyen eljárásra idő és hely rendszerint nem áll rendelkezésre, — viszont jó eredményt csak akkor várhatunk, ha az égett bőrterületet tökéletesen takarja a csersavas pörk. Nehány hóval ezelőtt *Jaly* és *de Vadder* közöltek egy olyan eljárást, mely az első segélynyújtásban könnyen keresztülvihető s azt egyben kórházi ápolás céljaira is alkalmasnak kell itélnünk. A módszer lényege: az égett területet gondosan, óvatosan, ha lehet szappanos vízzel letisztítjuk. Ezután a bőrfelületet, ha az égési területet már előzőleg a régi módszert követve olajos anyaggal borították be, benzinnel zsirtalanítjuk. Az elhalt hámtól megszabadított égett bőrterületet physiológiás konyhasóoldattal leöblítjük és steril gazeval felszárítjuk. Sterilisált csersavpudert teszünk steril gaze-ból készült zacskóba és tartalmát reászitáljuk az égett területre. A csersavpuder az égett terület izzadmányával keveredve rövid idő mulva erös pörköt képez. (A pörk keletkezését, illetve beszáradását esetleg meleg levegőáram alkalmazásával siettethetjük.) Fenti eljárással a helyi kezelést befejeztük.

II. III. Ezen esetekben kérdés az, hogy mit tegyünk azzal a beteggel, ki már általános tünetekkel kerül hozzánk. Ilyen esetekben a szervezetet már elárasztották az égett területről felszívódott mérgek és azok egy része a sejt elemeihez hozzákötődött, ami által a sejtek életműködését csökkentette, esetleg fel is függesztette. Fontos ilyenkor a felszívódott és keringésbe került mérgező anyagok közömbösítése, valamint az ártalmat szenvedett szervek működésének felélénkítése és fentartása. Ha ugyanis a már keringésbe került méreganyagokat valamely eljárással közömbösítettük is, az ártalmuk folytán életképtelen vagy rosszul működő sejtek újabb mérgezési lehetőség kiinduló pontjai lehetnek. Döntő jelentőségű ilyen esetben, mint előbb említettem, a mellékvesének, ezen életfontosságú szervnek szerepe. A felszivódott mérgek elsősorban a mellékvese működését hátráltatják. A mellékvese zavart működése viszont magában is újabb méregképződés forrása. Egyesek *(Riml)* szerint a mellékvesekéregműködés kiesés következtében hibás lesz a sejtek anyagcseréje és sok, a szervezetre nézve káros anyagcseretermék halmozódik fel. Ujabb elmélet szerint *(Verzár)* a phosphorsavas synthesis zavara áll be. Más felfogás szerint a sóanyagcsere egyensúlya bomlik meg a mellékvesekéreg működéshiánya következtében s a vérben felszaporodnak a szivet mérgező kaliumsók.

Üdülőnek, szanatóriumnak rendkívül alkalmas **ingatlan** Budapest melletti klimatikus gyógyhelyen keresztény orvosnak eladó. Érdeklődni szerdán és szombaton délután 4—5-ig 113—414 telefonszámon lehet.

Mindegy, hogy melyik elmélet mellett foglalunk állást, az a lényeg, hogy a mellékveseműködés az égéstermékek felszivódása folytán romlik. Ha meggondoljuk azt, hogy a szervezet méregtelenítésében oly fontos glutathion-syntesist is a mellékvesekéreg végzi s mint „C" vitamindepot is fontos szerepet játszik, kétségtelen hogy az ilyen mérgezéses állapottal járó égés a szervezetet nagy feladat elé állítja. Az elmondottakból az következik, hogy teendőink között elsőrendű jelentőségű a keringésbe jutott mérgező anyagok közömbösítése és a mellékveseműködés megsegítése. Eljárásainknak hasonlóknak kell lenniök azokhoz, melyeket a fertöző betegségek mérgezéses (toxikus) formáiban is alkalmazunk. Hasonló módszert *Kramár* és *Blazsó* dolgoztak ki a legutóbbi időben és ajánlották általános égési ártalmak leküzdésére is.

Adjunk tehát a betegnek physiologiás konyhasó oldatot, 100—150 g-ot naponta i. v. Jó hatású a „Detoxin" is, illetve ezen természetes organikus kénvegyület méregtelenítő hatása, amely az anyagcserefolyamatok gyorsításán kivül még közvetlenül méregkötően is hat. Adagja másodnaponként 5—10 cc. az esetek súlyossága szerint.

Naponta adjunk ezenkívül mellékvesekéreghormon készítményt. Ilyenek: „Cortigen" Richter, — synthetikusak: „Cortiron" Schering, — „Cortenil" Bayer, — stb. Ezek átlagos adagja 1—2 ampulla, izomba fecskendezve.

„C"-vitamint (ascorbinsavat) hazai gyáraink is nagy mennyiségben gyártanak „Vitaplex" „C" Chinoin, — „Citamino" Wander, — „Certascorbin" Certa, — stb. Ezeket inkább injectióban adjuk, napi 0.30—0.50 g mennyiségben.

Mint méregtelenítő anyagnak, a glutathionnak adagolására ezidőszerint mód nincs, mivel még készítmény formájában a szer nem kapható, de értesülésem szerint nehány hónapon belül a hazai gyógyszerpiacon is megjelenik.

Ezen eljárás sikerrel biztat még reménytelennek látszó esetekben is, mint azt *Einhauser* közleménye bizonyítja, kinek tizenhárom éves, súlyos égési sérülést szenvedett betegét sikerült megmentenie. Betege testfelületének 55%-a volt másod és harmadfokú égéssel borítva, melyből 30% harmadfokú égés volt. Állítsuk szembe ezt az eredményt az eddig általánosan elfogadott felfogással, mely szerint a bőrfelület egyharmadának megégése már feltétlenül halálos, de még ennél jóval kisebb területű égés gyógyulása, még felnőtteken is, kétséges lehet.

Ne feledkezzünk meg az égési sérüléseket kísérő nagymérvü fájdalmak csillapításáról. Kisérejük meg bármely kéznél lévő fájdalomcsillapitóval megszüntetni az elsősegély kapcsán, — az orvos ilyenkor morphin injectiót adjon.

Jelentőségében ugyanilyen fontos a keringésjavító és szívizgató-szerek adása is.

Az elmondottak alapján az égési sérülések ellátásának teendőit a következőkben foglalhatom össze:

1. Az égett bőrfelület csersavas kezelése.
2. Physiologiás konyhasó oldat (100—150 g naponta i. v.), esetleg „Detoxin" (másodnaponként 5—10 cm. i. m.) adagolása.

3. mellékvesekéreghormon készítmény nyujtása (napi 1—2 amp. i. m.).

4. „C"-vitamin (ascorbinsav), injectióban (0.30—0.50 g. i. v., vagy i. m. naponta).

5. Fájdalom csillapítása.

6. Szívizgatószerek nyujtása.

Simon Ákos dr.
szfőv. kerületi orvos,
a Magyar Vörös-Kereszt
Egylet főorvosa.

A csecsemő-haemangiomák kezelése.

A csecsemőkori haemangiomák osztályozása és kezelése legtöbbször nem könnyű feladat. Ezen elváltozások kórbonctani és kórszövettani osztályozása sem teljesen tisztázott. Éppen a bizonytalan kórjelzés és kórjóslat miatt van rendkivüli fontossága annak, hogy a szülés után gyakorlott szakember döntsön az akár apró anyajegyek vagy nagyobb testfelületre kiterjedő haemangiomák kezeléséről. Mig egyes érdaganatok évekig nem változnak, addig ezek sokszor rosszindulatuság nélkül is rohamos növekedésnek indulva éppen a késedelmeskedés miatt rendkivüli nehézségek elé állítják a kezelőorvost.

A haemangiomák 90%-a veleszületett s legegyszerűbb alakjai, a haemangioma cavernosum és haemangioma simplex. Ezen két főtypus mellett a naevus gyüjtőfogalom alatt a naevus pigmentosus, pilosus, spilus, flammeus, anaemicus, az angiokeratomák és teleangiektasiás naevusok változatos tarka alakjai (teleangiektasis venosa, naevus teleangiektodes) említhetők.

Külön kell megemlíteni a mongolfoltokat, a sacralis tájékon a bőr alatt elhelyezkedő, zúzódáshoz hasonló szederjes elváltozásokat, melyek nem valódi érdaganatok s így műtéti megoldást nem igényelnek s ártatlan bőr alatti pigmentatiók.

Az érdaganatok eltávolításának indokát a kozmetikai és kórtani szempontok indokolják, mivel tulnyomóan növekedési hajlamot mutatnak és néha rosszindulatúvá is válhatnak. Az elváltozás nagyságától elhelyezkedésétől, minőségétől, a beavatkozás súlyosságától, a csecsemő állapotától és korától függ, milyen kezelési módot válasszunk, hangsúlyozva, hogy az a lehetőség szerint minél előbb történjék.

A megfelelő esetekben a sebészi kiirtás, szóval a gyökeres eltávolítás minden más eljárás eredményét felülmulja. A sebészi eljárásnak legtöbbször a képződmények nagy kiterjedése és ezzel kapcsolatos kozmetikai utóeredmények képezhetik ellenjavallatát. A nagyobb beavatkozások nehézségeit súlyosbíthatja főleg cavernomák eseteiben a súlyos vérzés, mely azonban megfelelő előkezeléssel (aláöltések, injectiós kezelés) hegesítve az érőblöket, annyira csökkenthető, hogy a vérzési veszély jelentéktelenné válik. A bőrfelületen szétterjedő, leginkább lángvörös bőrelváltozások ellen (naevus flammeus) a szénsavhókezelés lehet a legsikeresebb, amit thermo vagy elektrokauterrel egészíthetünk ki, ott ahol az elváltozás mélyebb rétegekben is terjed.

A haemangiomák érőbleinek rögösítésére és zsugorítására igen sok eljárást használnak. A coagulálás, magnesium tű behelyezés mellett a szerek egész sorát szokták befecskendezni. Mivel ezen eljárások közül egy sincs, melynek előnyéről különösebben meg volnánk győződve, a 80%-os alkohol befecskendezést ajánlanánk, mely a legegyszerűbb és legveszélytelenebb s amelyet úgy a gyógyításra, mint műtéti előkészítésre használhatunk. Meg kell jegyeznünk, hogy a befecskendezéses kezelés hosszú időt és türelmet igényel. A befecskendezett alkohol mennyisége az elváltozás mélysége és nagysága szerint egy helyre ½—2 ccm, amit az elváltozás körül és alapja alá több helyre adhatunk.

A röntgen-kezelést — csecsemőkről lévén szó — csak kivételesen kisérelhetjük meg.

A radiumtű kezelés kecsegtet a legjobb eredménnyel, főleg a daganatszövet elpusztítását illetőleg, de hegeket ez is képez s kozmetikai szempontból ez sem ad mindig kielégítő eredményt.

A radiumkezelés után keletkezett hegek eltávolitása azonban nehézségekbe ütközik a besugárzott bőrterület kedvezőtlen gyógyhajlama miatt.

Összefoglalva a csecsemőkori haemangiomák kezelését, az a következő elvek szerint történjék:

1. Minden haemangioma lehetőleg minél előbb műtéttel távolítandó el.

2. Ha a körülmények az azonnali eltávolítást ellenjavallják, alkohalbefecskendezéssel azonnal fogjunk hozzá a kezeléshez.

3. Ha a haemangiomák növekedési hajlamot mutatnak s nem kimetszhetők, rádiumtű kezelést ajánlunk.

4. Az alkohol-, vagy radiumtű kezelés befejezése után a kozmetikai kimetszés elvégzése javalható.

vitéz Borsos László dr.
egyetemi magántanár,
a Fehér Kereszt kórház
sebészfőorvosa.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Magas vérnyomással (200 Hgmm) szövődött nephrosklerosis esetén vese- és szívelégtelenség kétségtelen jelei mellett mi a legjobb gyógymód? Adhatók-e digitaliskészítmények? Milyen alakban és milyen mennyiségben? Nem kell-e tartani e készítmények hatásaként további vérnyomásemelkedéstől? *Cs. J. dr.*

Felelet: A helyes gyógymód minden vese-, illetőleg szívelégtelenséggel járó idült vesebajban függetlenül attól, hogy a vérnyomás magas-e, vagy nem, természetesen a vese- és szívelégtelenség együttes kezelése. Az előbbit a szokásos étrendi kezeléssel (fehérje és fűszerszegény étrend), az utóbbit digitalis, illetőleg strophantin készítményekkel érhetjük el. A cardialis decompensatio kezelésében, mint ismeretes, általában meg szoktuk szorítani a só- és folyadékbevitelt; amennyiben azonban szív- és veseelégtelenség együttesen fordul elő, a só- és folyadékbevitel sémás megszorításától óvakodnunk kell. Ismeretes ugyanis, hogy veseelégtelenségben a vesék concentrálni nem tudnak, a vizelet híg, úgy hogy a vesék csak nagyobb mennyiségű folyadékkal tudják kiüríteni a szervezetet mérgező anyagcseretermékeket. Igy a folyadékbevitel megszorítása könnyen vezethet maga is uraemiára, a sómegvonás pedig könnyen okozhat hypochloraemiát és extrarenalis azotaemiát. Ezek szerint tehát veseelégtelenséggel együtt előforduló cardialis decompensatióban vagy ne, vagy pedig ha ezt a decompensatio súlyossága elengedhetetlenné teszi, csak átmenetileg vonjuk meg a sót és a folyadékot.

Digitalis természetesen nem csak adható, hanem ha szívelégtelenséggel van dolgunk, feltétlenül adandó is. Hiszen a veseműködés szempontjából is előnyös, ha a vesékben a pangás megszűnik és a keringés megjavul. A digitalis peroralisan és rectalisan, vagy pedig intramuscularisan, vagy intravenásan adagolható. Ha a beteg étvágytalan, vagy hány, természetesen az utóbbi adagolási módok választandók. Hányó betegnek különösen helyes strophantint intravenásan adni (naponta 2×0.2 mg-ot, vagy 1×0.33 mg-ot). Digitalisból a decompensatio súlyosságától függően a szokásos napi 0.10—0.50 g adandó, mindaddig, míg az meg nem szűnik.

A vérnyomást rendes körülmények között a digitalis vagy strophantin nem emeli számottevően. Ha azonban a szív gyengesége miatt a vérnyomás csökkent, akkor annak emelkedése, ha pedig a pangás miatt emelkedett volt, akkor a kezelés ellenére éppen annak csökkenése várható. Ártalom a betegre, természetesen egyikből sem származik, mindkettő az állapot javulásának a jele.

Gömöri Pál dr., I. belklinikai tanársegéd.

84. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1940 június 22.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2·50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

PROMINAL

Az antiepilepticum kábító mellékhatás nélkül.

Basedow-kór kezelésére is javallt.

Eredeti csomagolások: 10 és 50 tabletta á 0·2 g

PROMINALETTEN

Különösen javalt mint spasmolyticum hypertonia, érneurosis, pertussis eseteiben, továbbá mint nappali megnyugtató Basedow-kór és hyperthyreosis esetén az alapanyagcsere, az érverés és a psychicus izgalom csökkentésére.

Eredeti csomagolások: 30 és 1000 drb á 0·03 g

Magyarországi vezérképviseletek:

E. Merck
DARMSTADT
WIRTH KÁROLY
Budapest, V., Báthory-u. 16.

»Bayer«
LEVERKUSEN
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU RT.
Budapest, V., Arany János-u. 10

Neurolin Balla

Kellemes ízű, jól tűrhető brómos hypophosphit-szörp

Indicatiói: *neurasthenia — reconvalescentia — kimerültség*

Lag. minor. . . . . P 3.—
„ major. . . . . P 5.—

MEDICHEMIA R.T. BUDAPEST X.

84. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1940 június 22.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Engel Károly: A vastagbélrákról. (315—317. oldal.)
Nemecskay Tivadar: A vetélés kérdése tekintettel a fenyegető vetélésekre. (317—319. oldal.)
Csiki Jenő: A tetanus megelőzése és gyógyítása. (319—321. oldal.)
Mezei Béla, Horváth Zoltán és Gombos Imre: Vérvesztéses vérszegénység idegkórtani és kórlélektani tünetei. (321—323. oldal.)
Irodalmi szemle: (323—325. oldal.)
Könyvismertetés: (325—326. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (326—328. oldal.)
Lapszemle: (328. oldal.)
Vegyes hírek. Ketirend: (328. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

A vastagbélrákról.

— *Klinikai előadás.* —

Irta: *Engel Károly dr.*, egyet. c. rk. tanár.

Az emésztőcsatorna rákos betegsége gyakran fordul elő. Leggyakoribb helye a gyomor és a végbél. A gyomorrák az összes rákos betegségeknek majdnem 50%-át teszi ki, a végbélrák kb. 4%-ot. A vastagbélrák gyakorisága majdnem megközelíti ezt a számot, kb. a rákos esetek 3%-ára tehető. Igy tehát nem ritka, és épen azért igen fontos betegség, a felnőttkorban bekövetkező halálesetek kb. 1%-át teszi ki. A vatagbél daganatai közül a rák a legfontosabb és a leggyakoribb. Az azonkívül előforduló rosszindulatú más daganat a sarkoma, a lymphosarkoma már sokkal ritkább, még kevésbbé jelentős természetesen az ugyancsak ritka fibroma, myoma, stb. A polypusképződés nem nagyon ritka; érdekes és fontos betegség a sokszoros polypképződés, a vastagbél polyposisa; ezek már csak azért is fontosak, mert a polypus rák kiindulási pontja lehet. A végbélrákot sok tankönyv együtt tárgyalja a vastagbélrákkal; a klinikai kép mégis lényegesen eltér a vastagbélráktól, kórjelzése is egészen más (a végbélnek ujjal történő vizsgálata, végbéltükörrel betekintés), épen ezért e rövid klinikai előadásban csak a szorosabb értelemben vett vastagbélrákkal foglalkozhatok.

A vastagbélrák legfontosabb előfordulási helye a sigmabél. *Matolay*nak a Verebély-klinika 93 esetét összefoglaló statistikája szerint gyakoriság tekintetében következő a sorrend. flexura sigmoidea 53, flexura lienalis 13, coecum 12, colon transversum 7, colon descendens 7, flexura hepatica 4, colon ascendens 3. — A sigmabélrák ezek szerint gyakrabban fordul elő, mint a többi vastagbélrák együttvéve. E statistikai adatok megismerése azért fontos, mert természetszerűleg ettől függ a vastagbélrák tünettana.

A vastagbélrák rendszerint a Lieberkühn-mirigyek hengerhámjából indul ki. Innen terjed be a submucosába és még mélyebbre, lap szerint halad előre a bél hosszában, de rendszerint körkörösen is, ezért okoz olyan gyakran szűkületet. A bél ürege felé növekedvé tömött, dudoros daganatot eredményez, amely további fejlődésében sáncszerű szél mellett közepén kifekélyesedik, megjelenhet azonban karfiolszerű növedék formájában is. A mikroskopiai kép szerint lehet adenocarcinoma, ez a leggyakoribb carcinoma gelatiniforme és scyrrus, ez utóbbi alakban, úgy, mint másutt is, sokszor inkább a hegesedés, mint a daganatképződés áll előtérben. A daganat helye felett, kevésbbé alatta messzire terjedően rendszerint nagyfokban gyulladt a nyálkahártya, ennek a tünettan szempontjából nagy a jelentősége. Gyulladás mutatkozhat a daganat helyének megfelelően a savós hártyán is, ez néha nagyfokú és izzadmány-, vagy tályogképződésre is vezethet. A bélfalon átnövő daganat a szomszédsággal összekapaszkodhat, a kifekélyesedés mélybetörése a bélfal átfúródásával járhat; előfordul ez mind a hashártyaüreg felé, mind az összekapaszkodott szomszédság felé, amikor is ott eves tályog keletkezik. Áttétel aránylag ritkán és későn következik be, ennek helye lehet a hashártya, nőben a belső nemiszervek, a táji nyirokmirigyek, a máj. Az áttétel aránylag késői volta oka annak, hogy néha a hosszú időn át tartó rák is még teljesen eltávolítható.

A táplálék túlnyomórészben a vékonybélben szívódik fel, a vastagbélben úgyszólván csak a víz kerül felszívódásra. Vastagbélrák épen ezért a táplálék felszívódásában zavart nem okoz. A vastagbél nyálkahártyája amellett érzéstelen, nagyfokú rákképződés sem okoz épen azért fájdalmat. Ez csak akkor jelentkezik, ha a daganatképződés, ill. a szétesö daganatból tovaterjedő gyulladás eléri a serosát, vagy ha a keletkező szűkület kólikás fájást eredményez. Mindez magyarázatát adja annak, hogy a vastagbélrák miért maradhat oly soká tünetmentes, vagy miért okoz csak olyan enyhe tüneteket, amelyeknek a beteg nagyobb jelentőséget nem tulajdonít. Rendszerint fontos e szempontból *Matolay*nak az a megállapitása, hogy az I. sebészeti klinika anyagában a betegek ⅓ része hevenyés bélelzáródással került műtétre. Idősebb korban, az ötvenes évek táján, utána, de előtte is jelentkező bélelzáródásban mindig elsősorban lappangva fejlődő rákra kell gondolnunk.

A vastagbélrák legkoraibb tünetei közé tartozik a székkiürítés zavara. Székrekedés mutatkozik oly emberen, akinek mindezideig rendesen volt széke. Kivált fontos e szempontból az az idősebb korban jelentkező székrekedés, amely néha-néha enyhe, bizonytalan kólikaszerű fájást okoz. Idővel fokozódik a bélgörcs, puffadással, a szelek nehéz kiürítésével, hangos korgással jár, a kólikás fájás mindinkább fokozódva hetek, hónapok múlva kínzó fokot érhet el. Mindezek a lassan fejlődő bélszűkület tünetei. A bélgörcs heteken-hónapokon át változatlan erősségben tarthat, néha 1—2 hétre el is maradhat, de nagyon erős görcs is csökkenhet, vagy

meg is szűnhet, ez megfelel annak, hogy a daganat rohamos szétesése csökkenti, vagy meg is szünteti a szűkületet. Huzamosabb időn át fokozódó görcs és bélpuffadás mellett, de sokszor minden ilyen megelőző tünet nélkül is hirtelenül teljes bélelzáródás következhet be. Még ez is megoldódhat 24—48 óra alatt. A bélelzáródást ilyenkor a besürűsödött bélsár okozza, amely a szűkületen már nem tud keresztülhatolni; a bélelzáródás spontan megoldása azáltal következik be, hogy a szűkület felett pangó béltartalmat a lobos nyálkahártyából történő bőséges exsudatio elfolyósítja, ezt a híg béltartalmat a rendkívül fokozott peristaltika már át tudja hajtani a szűkületen. Rövidebb-hosszabb idő múltán a bélelzáródás megismétlődhet (intermittáló ileus). Megoldódhat magától a második, harmadik roham is. A spontan megoldódás azonban elmaradhat, mikor is a beteg rendkívül súlyos állapotba kerül és ha sürgős műtét nem segít rajta, a bélelzáródás áldozatául esik. A vastagbélrák okozta bélelzáródással műtétre kerülő beteg épen ezért, a kórelőzmény előadásakor mindig megemlíti a kólikát, múló szék- és szélkeredést, nem túlságosan ritka azonban az sem, hogy a bélelzáródás valósággal a vastagbélrák első tünete.

Ritkább az, hogy a székelési zavar a hasmenés alakjában mutatkozik. Előfordulhat ez mind a szűkülettel, mind az anélkül járó vastagbélrák eseteiben. A daganat gyors szétesésének eves bomlási termékei a daganat alatti területen, a szűkület felett pangó béltartalom a daganat feletti bélterületen okoz bélhurutot, amelynek következtében híg, feltünően bűzös, néha valósággal dögbűzű, véres-nyákkal kevert béltartalmat ürít a a beteg. Idősebb korban jelentkező, kolikával járó hasmenés esetén mindig gondolni kell vastagbélrákra. Szűkületre vall az ú. n. paradox hasmenés. Több napos székrekedés után, melynek végén már erős kólikás fájást érez a beteg, hirtelenül, bőséges gáz mellett, erősen bűzös, híg béltartalom ürül. A hasmenés azután több napon, néha több héten át tart. Természetes, hogy ilyen bűzös, hasmenéssel, nyálkás-véres székletéttel járó vastagbélrák esetében a fekélyes vastagbélgyulladással szemben igen nehéz — és már most mondhatom — néha lehetetlen az elkülönítés. *Korányi Frigyes* más sok-sok évtized előtt még nagykállói orvosi gyakorlatából írt le vastagbélrákot, amely mindvégig hasmenés képében folyt le.

Aránylag ritka eset, hogy a bélre utaló külön tünet nélkül jelentkező és mindvégig fokozódó szegényvérüség, az étvágy romlása, nagyfokú fogyás kényszeríti a beteget orvoshoz, még ritkább az, hogy rövidebb, vagy hosszabb ideig tartó rendetlen láz miatt kéri ki a beteg orvosa véleményét.

Az objectiv vizsgálat teljesen negativ lehet. A beteg szegényvérű ugyan, le is fogyott, de hasában semminemű rendellenesség meg nem állapítható. Sokszor azonban már korán feltünik a has puffadt volta, a beteg maga is azt állítja, hogy előbb nem volt ekkora hasa. A gondos vizsgálat kimutatja azt, hogy elsősorban a has oldalsó része puffadt. (Flanker-meteorismus), inkább a jobboldal. Láttuk azt, hogy a vastagbélrák több mint fele sigmarák, ilyenkor, de a coecum rákját kivéve, minden más esetben is, elsősorban a coecum kifejezett, néha elhatárolt puffadása állapítható meg, csak előrehaladottabb esetben mutatkozik a puffadás a felhágó és harant vastagbél és még később a lehágó vastagbél területén is. Előrehaladt szűkületre vall, ha a puffadt területen bélkacsmerevedés látható, vagy tapintható.

A kórjelzés szempontjából rendkívül fontos, ha a vastagbélrákot tapintani tudjuk. Ilyenkor a megfelelő helyen diónyi, kisökölnyi, ritkán ennél nagyobb, kemény, göbös, nyomásra érzékeny daganatot találunk, amely elég jól mozgatható; a haránt vastagbél rákja a lélegzési mozgást is követi. A daganat egyik nap tapintható, másnap nem, ez függ a bél teltségi állapotától. Nagyobb fokban csak akkor érzékeny a daganat, ha a belőle továhaladó gyulladás a savós hártyát is elérte. A flexurák rákja gyakran csak oldalfekvésben tapintható, mélyen a bordaív alá tolt ujjainkkal, néha oldalfekvésben azonban könnyen bukkan elő a daganat. Sokszor — jogos gyanú esetén — napokon keresztül hiába keressük a daganatot, míg egyszer csak hirtelenül akadunk reá. (*Jendrassik* elbúvó daganata). Gyanus esetben épen ezért sohase mulasszuk el azt, hogy alapos kiürítés után ne keressük a daganatot, rendszerint ilyenkor fogunk ráakadni. Előfordul az is, hogy jókora nagy, homályos ellenállást érzünk a has gyanús helyén, bélkiürítés után pedig kifejezetten jóval kisebb, kemény daganatot tapintunk ugyanott, kihajtottuk a daganat feletti bélsártömeget.

A magára hagyott vastagbélrák kórjóslata mindig rossz. A puffadás mindinkább fokozódik, a görcsök, vagy hasmenés erősbbödnek, az erőbeli állapot romlik, hasvízkór, általános vízkór jelentkezik és ha hirtelen bélelzáródás nem következik be, úgy előrehaladó cachexiában pusztul el a beteg. Az előrehaladás ideje függ attól, okoz-e szűkületet a daganat, vagy szétesik-e, okoz-e áttételt, ha mindezek hiányoznak, úgy 1—2 évig, sőt még ennél is hosszabb ideig húzódhat a betegség. Leírtak olyan esetet is, melyben 5 éven keresztül élt a beteg jelentősebb panasz nélkül, ez azonban már felette ritka.

Ha idősebb betegünkön, aki egy idő óta mutatkozó székrekedés, kólika, vagy hasmenés miatt keresett fel bennünket, a megfelelő helyen elsősorban a symphisis felett, inkább kissé balfelé kis, kemény daganatot tapintunk, úgy a vastagbélrák kórjelzése alig szenved kétséget, legfeljebb az hiányzik még, hogy röntgenvizsgálattal a daganatnak a vastagbélhez tartozását állapitsuk meg. Arra azonban, hogy a kórjelzést daganat tapinthatóságától tegyük függővé, várakozni nem szabad. Ha már tapintani lehet a daganatot, úgy az egyedüli biztos gyógyító eljárással, a műtéttel legtöbbször már elkéstünk. Arra kell törekednünk, hogy a megfelelő korban mutatkozó székrekedés, kólika, vagy hasmenés esetén, már jóval előbb igyekezzünk megállapítani a kórjelzést. Gondoljunk vastagbélrákra nemcsak előrehaladott korban, de aránylag fiatalabb emberek esetében is. *Gerlóczy* szerint minden hatodik beteg a 40. és minden hetedik vastagbélrákban szenvedő a 30. életéven innen van. Vizsgáljuk meg a beteg vérét, csakugyan szegényvérűsége van-e, vagy nem, mérjük meg a vörösvérsejtek süllyedési sebességét, de elsősorban és ismételten vizsgáljuk meg a beteg székletét és lehetőleg korán végeztessük el a gondos röntgenvizsgálatot. Ha húsmentes táplálékon tartott oly betegen, kinek gyomorpanasza nincsen, (tehát nincsen gyomorrákja), akinek sem aranyeres csomója, sem végbélpanasza nincsen, s az ismételt vizsgálat mindig vért talál a székletétben, úgy az vastagbélrákra gyanus. Erősebb vérzés (szurokszerű, vagy piros vér ürítése) vastagbélrákban aránylag ritka. Legfontosabb a röntgenvizsgálat. A vizsgálatot mind contrastanyagnak elfogyasztása, mind beöntése révén kell megejteni. Contrastanyag elfogyasztása után megállapítható az, hogy a vastagbél bizonyos helyén a contrastanyag megakad és egyazon helyen marad 48—72 órán át, sőt ennél is hosszabb ideig. Szűkületre vall, ha e hely felett a vastagbél (coecumrák esetén a vékonybél) erősen tágult. Sokkal fontosabb és rendszerint korábban vezet pontos kórjelzésre a fénytfogó anyaggal végzett beöntés. Előrehaladt esetekben a végbélbe be-

vitt híg contrastanyag a sigmabélben, vagy a vastagbél más helyén hirtelen megakad és e helyen túl nem jut. Előfordulhat ez olyankor is, amikor a szájon át adott contrastanyag nem akad el. Máskor a beöntött sugárfogó anyag csak rövid időre áll meg, vagy nem is észleljük megakadását, de bizonyos helyen kiesés állapítható meg rajta. A kiesés egészen rövid szakaszon, 2—3 cm-re terjedő lehet, de kiterjedhet 6—8 cm-nyire is; a kiesésen túl a vastagbél erősen tágult. Kivált fontos és bizonyító az, ha a szájon át adott fénytfogó pép megakadási helye pontosan egybéesik azzal a megakadási, vagy kiesési hellyel, amelyet a végbélbe juttatott contrastanyag mutat, természetesen méginkább, ha a megakadás helye megfelel a tapintható daganatnak. Néha nincs is biztosan megállapítható kiesés, de egy helyen a contrastanyag árnyéka nem egészen olyan intensiv, mint egyebbütt és ezen a helyen az árnyék széle nem olyan éles, mint másutt. Negativ vizsgálati lelet nem lehet bizonyító, előrehaladott daganatképződés mellett is előfordulhat, hogy nincsen olyan szűkület vagy falbeszűrődés, amelyet a röntgenvizsgálat mindenképen kimutathatna. Ezzel szemben positivnak látszó tünet (szűkület, vagy kiesés) sem absolute bizonyító, észlelhető ez gyulladás okozta görcs után is. A legkisebb gyanu esetén a vizsgálatot egyszer, vagy többször meg kell ismételni és az átvilágításon kivül, természetesen bőségesen kell célzott felvételeket is készíteni. Kétségtelennek tartom azt, hogy a vastagbélrák korai kórjelzésében a röntgenvizsgálat játssza a főszerepet. Az esetek túlnyomó részében ez teszi lehetővé a kórjelzést olyankor, amikor a daganat még nem tapintható és előrehaladt szűkület tünetei nem észlelhetők. A röntgenvizsgálat korai és okos elvégzésével a jövőben kiküszöbölhetjük azt, amit *Gerlóczy* említ kitünő könyvében, hogy *a vastagbélrákesetek ⅓-át nem ismerik fel.*

Az elkülönítő kórjelzésről ezekután nincs sok mondanivalóm. Szüketre valló klinikai kép, nyálkás, véres szék, sőt tapintható daganat mellett is kivételesen nehéz lehet az elkülönítés (kivált coecumtáji elhelyezkedésben) tuberculosissal, actinomykosissal és perisigmoiditises gyulladással szemben. A petefészekből kiinduló és a a sigmával összekapaszkodott daganat esetén az elkülönítést néha csak a próbalaparotomia teszi lehetővé. Hogy vastagbélrák gyanúja esetén a végbelet is a lehető legpontosabb vizsgálatnak kell alávetni, ujjal, rectoskoppal, stb. azt említenem is felesleges.

A vastagbélrák gyógyítása csak műtét útján, a vastagbél megfelelő részének resectiójával lehetséges. A műtét mindig nagyon komoly, még korai esetekben is, kiváltképen pedig, ha a beteg aránylag későn kerül műtétre, ami, — mint azt már jeleztem — sajnos ma is még nagyon sokszor fordul elő. Említettem már *Matolay* statistikáját, mely szerint a vastagbélrákos betegek ⅓-a ileussal kerül a klinikára. Ilyen esetekben, úgyszólván kivétel nélkül, csak anus praeternaturalis végezhető és ha a beteg ezt kiállja, csak később, hetek, esetleg hónapok múlva dönthető el, hogy a radikális műtét megkisérelhető-e vagy sem. Korai stadiumban a rákos vastagbél resectiója egy műtéttel is elvégezhető. Ez nagyon fontos, hiszen különben három műtétről van szó: 1. az anus praeternaturalis elkészitése; 2. a resectio; 3. a bél zárása. Mindezek ellenére van sebész, aki minden esetben anus praeternaturalist végez és csak később resecálja a jól kiürített és a bélsárpangás megszüntetése révén kevésbbé gyulladásos vastagbelet. *Verebélÿ* prof. szerint klinikája a vastagbél jobb felében lévő daganatot egy ülésben resecálja, a bal félben lévő daganatot pedig több ülésben operálja. A műtét halálozása a különböző szerzők szerint 12—20—30%. Sikeres műtétet követő 3 éven túl a betegek 38—58%-a él még. Ha valahol, úgy a vastagbélrák daganatok esetében jut leginkább érvényre az a rákosokon tett tapasztalat, hogy *a műtét annál kedvezőbb, minél korábban és minél kekevésbbé leromolva kerül a beteg műtétre. Verebélÿ* prof. szerint a vastagbélrákosok 40%-a kerül még ma is inoperabilis állapotban sebészhez. Előrehaladott esetben tehát igen sokszor meg kell elégednie a sebésznek azzal, hogy csak az anus praeternaturalist végezze el, anélkül, hogy csak gondolhatna is arra, hogy később elvégezheti a radicalis műtétet. Néha ilyen módon is sikerül ½—1, sőt 2 évvel is meghosszabbítani a beteg életét. Előrehaladt korban (a hetvenen túl), ha szűkületet nem okoz az inoperabilis vastagbélrák, sebész egyáltalán nem nyúl hozzá. Ilyenkor, de anus praeternaturalis mellett is szóbajön a röntgenbesugárzás. A vastagbélrák rendszerint érzéketlen a besugárzással szemben. kivételesen észlelték azonban a rendszeres röntgenbesugárzás jó, sőt nagyon jó hatását is.

Előrehaladt korú, inoperabilis betegnek caloriadús, salakszegény táplálékot adunk. Ne fukarkodjunk oly fájdalomcsillapítókkal, melyek székrekedést nem okoznak, hacsak nagyon erős, különben befolyásolhatatlan hasmenése nincs a betegnek. Ilyen esetben rendszeresen opiumot adunk a betegnek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Batizfalvy János ny. rk. tanár.)

A vetélés kérdése, tekintettel a fenyegető vetélésekre.

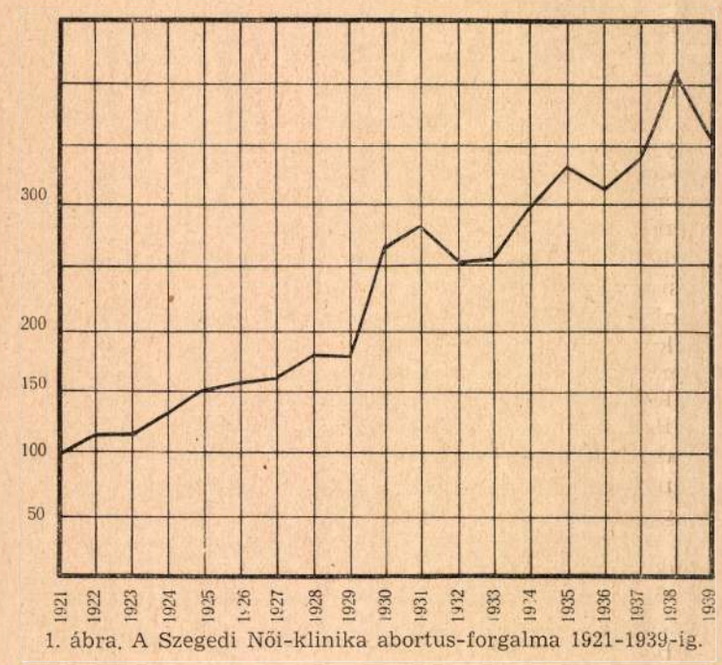
Irta: *Nemecskay Tivadar dr.*, egyet. tanársegéd.

A világháború után európai problemává vált a népszaporodásnak évről-évre történő fokozatos csökkenése. Míg az utóbbi években Olasz- és Németországban ennek a folyamatnak nemcsak gátat vetettek, hanem a népszaporodás fokozását is sikerült elérni, addig mi — sajnos — ama népek közé tartozunk, ahol ez a nemzetpusztító kór még ma is tovább terjed. Ma már nyilvánvaló, hogyha ennek megakadályozása érdekében nem alkalmazunk drákói rendszabályokat, elérjük azt a mélypontot, amelyen alul népünk kihalásra van itélve. A magyar sorsproblémának egyik legfontosabb és legsürgősebb feladata tehát népünk számbeli csökkenésének mielőbbi megakadályozása!

A népszaporodás fokozásának egyik útja a bűnös vetélések kérdésének gyökeres megoldása. Mindazok, akik meg nem engedett módon szakítják meg a terhességet, a nemzet megerősödése ellen vétenek és minden tekintetben megbocsáthatatlanul bűnösek.

A criminális vetélés kérdésének megoldása a maga szövevényes voltával csak részben tartozik ránk. A gazdasági rend megváltoztatása nem a mi dolgunk, de kötelességünk, hogy e kényes kérdésre rámutassunk, tapasztalatainkat, felfogásunkat nyilvánítsuk s a problema napirenden tartásával annak megoldását állandóan sürgessük. E szerteágazó kérdésnek foglalkoztatnia kell az igazságszolgáltatást, közigazgatást, a nemzetgazdaságot s olyan intézkedésekre van szükség, melyeknek következtében a többgyermek kívánatos dolog legyen, a magzatelhajtás pedig szégyenteljes és súlyos büntetéssel járjon. Röviddel ezelőtt még megelégedtünk azzal, hogy legalább az élveszületett magzatok élve maradjanak, ma már ki kell adnunk a jelszót, hogy több

szülést és kevesebb vetélést! Hogy az abortus problemája milyen sürgős, mennyire égető ügy, hogy az abortusoknak milyen szomorúan nagy számáról van itt szó, annak bizonyítására ismertetjük a *szegedi női klinika* és a *szegedi szülészkerületnek* állandóan emelkedő abortus forgalmát. Adataink azért is elszomorítóak, mert ez nem isolált részjelenség, hanem az egész országéhoz hasonló.



1. ábra. A Szegedi Női-klinika abortus-forgalma 1921-1939-ig.

A szegedi szülészkerületben a szülések és vetélések arányszáma az összes esetekhez viszonyítva a következőképen alakult:

1934-ben	az	összes	szülési	eseteknek	12.6%-a	volt	vetélés	
1935	„	„	„	„	„	13.3 „	„	„
1936	„	„	„	„	„	13.4 „	„	„
1937	„	„	„	„	„	14.4 „	„	„
1938	„	„	„	„	„	14.0 „	„	„

Ha végigtekintünk a fenti grafikonon, látjuk, hogy 1921ben klinikánkon az abortusok száma 99, ami a szülési esetek 15%-ának felel meg. Ezzel szemben 1938-ban az abortusok száma 402, ami az összes szülések 27.2%-ának felel meg s az utolsó évben csak azért csökkent 361 = 22.9%-ra, mert a klinikai ágyszámkorlátozás miatt a felvételt megszorítottuk. A szegedi szülészkerületi hivatalnak 1934 óta gyűjtött adatai is azt mutatják hogy az abortusok százalékos arányszáma — ha kisebbt jelentéktelen hullámzásokkal is —, de állandóan növekszik, míg a születéseké csökken. Meg kell jegyeznünk hogy a kerületben lefolyó vetélések tekintélyes részéről nincs is tudomásunk, mert a nagy gyakorlatban különösen a sima lefolyású esetek közül sokról nem küldenek hivatalos jelentést (bábanaplót), nem is szólva az orvosok által végzett illegális abortusok óriási számáról. Ugyancsak megdöbbentő az az adat, melyet 1939 decemberében Szeged város területén végzett népszámlálás eredménye mutatott, amely szerint a 130.000 lelket számláló város lakosainak száma 1930 óta 11.000-el csökkent!

Ma, amikor a népszaporodásnak évről-évre tapasztalható ilyen tragikus csökkenését látjuk, viszont a körülöttünk élő népek épp az ellenkezőjét mutatják, adataink — minden házája sorsát szívén viselő magyarban — a legnagyobb megdöbbenést kell, hogy keltsék.

Jugoszlávia már 1931-ben szigorú rendszabályokkal vetett véget a vetélések rohamos terjedésének. Egy évi börtönbüntetéssel sújtották a vetélés bejelentésének elmulasztását. A művi vetélés megindítását egy hármas bizottság határozhatja el, melynek elnöke a tisztiorvos, tagja a nőgyógyász és a művi vetélést ajánló szakorvos. Olaszország és Németország, ahol hasonló jelenségek mutatkoztak, szintén belátta e kérdés jelentőségét, óriási erőfeszítéseket tesz népszaporodásának fokozására, amint látjuk teljes sikerrel. Hivatalos megállapítás szerint 1939ben Németországban 300.000-el több magzat jött világra, mint Franciaországban és Angliában együttvéve. Bár tudatában vagyunk annak, hogy a bűnös vetélés kérdése nem csupán rendőri problema, hiszen a socialis viszonyok jelentékeny szerepet játszanak ebben, mégis azt látjuk, hogy bizonyos rendészeti intézkedésekkel befolyásolható. Igy gyakori megfigyelés, hogy egyes orvosoknak vagy bábáknak megjelenésével, letelepedésével kapcsolatban változik a bűnös vetélések száma. A bünöző orvosokról adataink nincsenek, de ismerjük a bábák adatait s ezek igen elszomorítóak. Eszerint a szegedi szülészkerületben magzatelhajtás miatt büntetett előéletű bába működött: Makón 40%, Nagylaki járásban 26.7%, Csongrádon 25.0%, Központi járásban 23.0%, Bácsalmási járásban 22.2%, Kecskeméten 22.2%. Mezőkovácsházai járásban 20.0%, Eleki járásban 20.0%, Szegeden 16.7%, Torontáli járásban 16.6%. A tapasztalat azt mutatja, hogyha az elítélt bába büntetését kitöltvén visszatér működési helyére, az asszonyok a maguk ügyének mártirját látják benne s tömegesen keresik fel újból, minek nyomán az abortusok száma ismét emelkedik.

A kérdés megoldásának tehát egyik fontos pontja a bűnös vetélések elkövetőinek törvényes úton szigorú megbüntetése. Mert tarthatatlan, hogy az aborteurök, legyen az akár bába, akár orvos, csak a legritkább esetben nyerik el méltó büntetésüket. A mai törvényes intézkedések alól u. i. a lehető legkönnyebb módon kibujhatnak a bizonyítás nehézségei miatt. A szegedi Orvosi Kamara a magzatelhajtás elleni védekezés kérdésében 1937-ben Gyulán tartott tagértekezletet, melynek eredményeképen a teendő tekintetében felterjesztéssel fordult a kormányhoz, azonban e kérdésben azóta sem történt semmi. Az új szülészeti törvény életbeléptetését is évről-évre hiába várjuk. A most megszavazott egészségügyi törvény keretén belül ugyan rendezés alá kerül a bábakérdés néhány nagyon üdvös és régen actualis kérdése, igy többek között az is, hogy a bünös vetélés miatt elítélt bába gyakorlatát tovább nem folytathatja, sőt a bünös vetéléssel vádolt bábát már a vizsgálati idő alatt is eltiltják a gyakorlattól, ez azonban csak kis része annak a sok problemának (jogi, socialis, orvosi, ethikai, közegészségügyi s nem kevésbbé nemzetvédelmi és honvédelmi szempontból is), mely az abortusok s végeredményben a népszaporodás kérdését megoldani hivatott. A népszaporodás kérdése az egyéb problemákkal együtt az aborteur orvosokra is kiterjedő szigorú törvényes rendszabályok nélkül nincs megoldva, ezekre pedig minél előbb sürgős szükség van, ha meg akarjuk akadályozni magyar fajunk további rohamos pusztulását.

Utóbbi években különösen Német- és Olaszországban a népszaporodás fokozásának problemájával együtt a fajnemesítés kérdése is előtérbe került. A népszaporodás s fajnemesítés keretébe tartozik a fenyegető vetélés után világrajött magzatok későbbi sorsának problemája is, minek megoldása pedig egyedül ránk, szülészekre vár. A gondolat tudományos jelentőségét *Mönch* amerikai szerző ismerte fel először s ő vetette fel azt a kérdést, vajjon ajánlatos, illetve kívánatos-e a terhesség megszakítására törekedni fenyegető vetélések esetében. *Mönch* ugyanis több szerző tapasztalatát egy-

bevetve, kimutatta, hogy spontan keletkező, fenyegető vetélések esetében, ha a terhesség megmarad, a magzatok gyakran fejlődési rendellenességgel jönnek a világra s hogy ilyen esetekben a fenyegető vetélést is valószínűleg a csiraplasmának valamilyen defectusa okozta. Véleménye szerint a spermium és az ovulum csiraplasmaártalma nemcsak sterilitást okozhat, hanem a megtermékenyített és a méhben megtapadt pete abortusához is vezethet. Ha a terhesség mégis megmarad, testileg, vagy szellemileg fogyatékos magzat jöhet a világra. Ma, amikor a fajnemesítés kérdése oly nagy hullámokat vert fel, aminek nyomán egyre élénkebb az a törekvés, hogy az emberi szaporodásban is egyre tökéletesebb egyedek jöjjenek a világra s a silány korcsok szaporodása akadályoztassék meg, nem kell külön hangsúlyoznunk a kérdés jelentőségét. Mai álláspontunk, miszerint a fenyegető vetéléseket minden rendelkezésünkre álló eszközzel meg kell akadályozni, egészen más volna, ha tényleg bebizonyosodnék, hogy a fenyegető vetélések után degenerált magzatok jönnek a világra.

Magyarországon e kérdéssel *Burger* professor klinikájáról *Benedek* foglalkozott, aki a klinika tízéves anyagából fenyegető vetéléssel kezelt s a terhesség végén a klinikán szült 61 asszony gyermekeinek későbbi sorsáról számolt be. A 61 szülés közül egy ikerszülés volt, 43 érett és 19 kora magzat született. Az érett magzatok közül tíznek a súlya 3000 g-on alul volt. Halva született 4 magzat (3 kora macerált, 1 érett). Fejlődési rendellenességgel 3 magzat (1 polysyndaktylia, 1 atresia intestini tenuis, 1 hypospadiasis). Élve hagyta el a klinikát 53 magzat, melyek közül 32-nek a sorsát tudták figyelemmel kisérni, ezek közül teljesen egészséges volt 22 (17 érett, 5 kora). Testi vagy szellemi defectust találtak 10 esetben (4 érett, 6 kora), melyek közül kettőn már a szülés alkalmával fejlődési rendellenességet észleltek (1 hypospadiasis, 1 polysyndaktilia). Egyik 4 éves idióta nem beszél, a másik 2 éves, nem beszél. Ezenkívül egy Little-kóros mikrokephal idióta 8 éves, egy ugyancsak mikrokephal idióta szintén 8 éves, egy pedig dorsalis skoliosisban szenved, mongoloid, szellemileg visszamaradt 9 éves. *Benedek* anyagából tehát az látszik, hogy *spontan megindult fenyegető vetélések után kiviselt terhességek az átlagnál többször végződnek koraszüléssel, nagyobb százalékban fordulnak elő fejlődési rendellenességek s a gyermek későbbi fejlődése folyamán gyakori a testi és szellemi fogyatékosság.*

Hogy e nagyfontosságú kérdés tisztázásához mi is hozzájáruljunk, szükségesnek tartottuk a klinika anyagának ilyen szempontból átvizsgálását. 1921 óta, mióta a klinika Szegeden működik, 60 olyan abortus imminens esetünk volt, ahol a vérzést sikerült megszüntetnünk s a terhesség tovább folytatódott. A 60 közül 36-ról sikerült felvilágosítást kapnunk, ezek későbbi sorsa a következőképen alakult. Közülük 12 a klinikán szült, kettőn koraszülést észleltünk, szűkmedence miatt egyen császármetszést, egyen (egy havi túlhordás) elhúzódó kitolás, rosszabbodó szívhangok miatt magasfogót végeztünk. Ezen az egy újszülöttön volt kisebb fejlődési rendellenesség (polydaktilia), most 2 éves, de még nem beszél.

14 szülés otthon, minden beavatkozás nélkül folyt le, míg 10 esetben 3—4—5—6 hónapos korban megszakadt a terhesség.

A világrajött 26 újszülött közül 6 kora, 17 érett és 3 túlhordott magzat volt. A kora magzatok közül 4 debilitás miatt rövidesen meghalt. Egy kétéves korában tbc.-ben pusztult el. Ma él 21 gyermek. Ezek közül egy 5 éves, kit anyja túlhordott s születési súlya 4500 g 2 éves korában kezdett el beszélni, s most is erősen dadog. Egy 8 éves sovány, rosszul fejlett gyermeken eléggé nagyfokú stupiditást észleltünk, nehezen tanul, elemi iskoláit elégséges eredménnyel végzi. Egy 4 éves kislányon, kinek születésnaplójában öthetes túlhordást találtunk (szülési súly 4000 g.), s eddig kifogástalanul fejlődött, egy hónap óta hydrokephalus fejlődött ki, ami miatt a gyermekklinikán két ízben lumbalpunctiót végeztek rajta.

Tehát 21 élő gyermek közül csak egynek volt veleszületett kisebb fejlődési rendellenessége (polydaktylia), ki most 2 éves, de még nem beszél. A későbbi fejlődés folyamán egyen találtunk szellemi defectust, egyen beszédzavart, egyen pedig hydrokephalust. E csekélyszámú esetből természetesen nem vonhatunk le messzemenő következtetést, de feltünő, hogy míg *Benedek* 32 esetében elég nagy számban fordul elő különféle fejlődési rendellenesség, addig a mi 21 ma is élő gyermekünkön a fejlődési rendellenességek száma elenyészően csekély. Hogy ez csak véletlen-e nem tudjuk s éppen ezért nekünk is az a véleményünk, hogy ezt a kérdést csak egy nagy gyűjtőstatistika alapján lehet eldönteni, amihez klinikánk anyaga alapján mi csak újabb adattal akarunk szolgálni. Egy pontban *Benedek*kel közös eredményre jutottunk, t. i.: hogy az abortus imminesnek után elég nagy számban találtunk koraszülést (26 szülés közül 6 kora szülés volt) s a 36 figyelemmel kisért esetünk közül is tizen a klinikáról történt távozás után 3—6 hónapos korban mégis csak megszakadt a terhesség. *Benedek* eseteiben is a 10 szellemi és testi defectusban szenvedő gyermek közül 6 kora magzat volt. Igy nem lehetetlen azon elgondolásunk, hogy talán azért kevesebb a mi eseteink közül a későbbi sulyosabb szellemi defectusok száma, mert a 6 koraszülöttünk közül 4 debilis újszülött már röviddel a szülés után, egy pedig 2 éves korában tbc-ben meghalt.

Ezek után csak azt mondhatjuk, hogy fenyegető vetélések esetében eddigi álláspontunkat megváltoztatni nincs okunk s ezért továbbra is minden rendelkezésre álló eszközzel a terhesség megtartására fogunk törekedni. Mivel azonban abortus imminens után inkább hajlamosak a terhesek koraszülésre, a terhesgondozásban a prophylactikus intézkedés alkalmazása szempontjából legyünk erre is fokozottabb figyelemmel, mert ha ilyen esetekben talán nincs is mindig csíraártalomról szó, a lehetőség szerint igyezzünk elkerülni, hogy testileg silányabban fejlett koramagzatok jöjjenek a világra.

Csongrádvármegye közkórháza sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Bugyi István.)

A tetanus megelőzése és gyógyítása.

Irta: *Csiki Jenő dr.*, műtőorvos.

A tetanus a nagy magyar Alföldön, ebben a tisztán mezőgazdasággal foglalkozó nép lakta földterületen nem ritka betegség. Éppen ez a körülmény jogosít fel arra, hogy ehhze az utóbbi évtizedben annyit fejtegetett kérdéshez mi, az Alföld egyik nagy kórháza is hozzászóljunk. A vita több pont körül nincs lezárva. Nem jutott nyugvópontra a védőoltások értéke, de eléggé kereszttüz alatt áll a gyógyító savó tényleges gyógyítóhatása is.

A tetanus védőoltás szükségességét a világháborúban s a rákövetkező években úgyszólván egyöntetüleg elismerték, az utóbbi években, *Böhler*, *Hübner* és mások munkái alapján élénk vita fejlődött a kérdés körül.

A védőoltás ellenzői általában felhozzák, hogy injectio után is fejlődhet tetanus, másrészt a védősavó bizonyos veszélyekkel jár. Hivatkoznak a plexus brachiális súlyos neuritiseire, valamint a még veszélyesebb, olykor halállal végződő anaphylaxiás shokra. Véleményük szerint a sérülések kezelésében elért jó eredményeket főként a Friedrich-féle sebkimetszés kiterjedt alkalmazásával kell magyarázni. Igy *Böhler* és iskolája a legjobb megelőzésnek a seb megfelelő ellátását tartja s e téren annyira megy, hogy még lótrágyával szennyezett sérülések esetén is mellőzi a védőoltást.

A nagyobb számban lévő védőoltás-hivek a fenti érveket nagyjában elfogadják, a sebkimetszés fontosságát és értékességét is vitán felülinek tartják. *Franz, Lehmann, Rostock* és a többi, a védőoltás pártfogói nem tagadják, sem az esetleges ártalmakat és hogy az idejében adott védőoltás ellenére is kifejlődhet a tetanus. Hangsúlyozzák azonban alárendelt jelentőségüket az elért jó eredménnyel szemben. Figyelmeztetnek természetesen arra, hogy a védősavó tudvalevőleg csak kb. 10—14 napig fejti ki védőhatását s így ha a lappangási idő hosszabb a leggyakoribb 7—14 napnál, akkor természetesen kitörhet a betegség, bár lefolyása ilyenkor rendesen sokkal enyhébb. Ilyen esetek megelőzésére ajánlják erősen szennyezett sérülésekkor az injectio megismétlését. Fontosnak tartják továbbá, hogy az adandó savó mennyisége a sérülés súlyosságával arányos legyen. A neuritisekre, a védőoltás ellen felhozott érvre pedig az a megjegyzésük, hogy nem veszélyesek, pár hónap alatt gyógyulnak, különben is ritkák. Az irodalomban eddig mitegy 100 eset ismeretes. Kétségkivül legkomolyabb szövődmény az anaphylaxiás shok. Ám ez sem gyakori, még rítkábban végzetes. *Liscoet* szerint kb. mintegy 50.000 védőoltásra esik egy halálozás anaphylaxiás shok következtében.

Legnagyobb támaszuk a védőoltás pártfogóinak a világháborús tapasztalatok. A német hadseregben pl. a kötelező védőoltás bevezetése után a megbetegedés 3.8‰-ről 0.4‰-re csökkent. Hasonló jó eredményekről tudunk más államok hadseregeiben is. Ilyen kedvező tapasztalatokról olvashatunk továbbá a háború utáni statisztikákban.

A különböző érvekkel és ellenérvekkel nem akarok részletesen foglalkozni, csak saját felfogásunkat kivánom röviden ismertetni. Mi elismerjük a mielőbb adott, elegendő mennyiségű védősavó szükségességét és hasznosságát. Ezt fontosnak tartjuk hansúlyozni a mai háborús időkben. Tisztában vagyunk úgyanis azzal, minő veszélyes következményekkel járhat, ha ezzel a kérdéssel nem foglalkozó azt hallja vagy olvassa, hogy a védőoltásoknak kevés haszna van, vagy talán teljesen értéktelen — sőt ártalmas. Álláspontunk gyakorlata legfeljebb annyiban változott, hogy mig azelőtt — engedve az általános szokásnak — úgyszólván minden sérültnek adtunk antitoxint, addig jelenleg szemmel látható tiszta sebek mellett mint feleslegeset mellőzzük. Ha azonban ezt illetőleg kételyeink vannak — akkor inkább adunk. Természetesen mindent megelőzve a seb megfelelő ellátását tartjuk mi is a legfontosabb követelménynek.

Osztályunkon az utolsó öt évben (1935—39.) 33 tetanusos volt kezünk alatt. E szám mindjárt jelentékeny lesz akkor, ha figyelembe vesszük, hogy pl. München négy legnagyobb sebészeti osztályán 1928—38-ig 46, a freiburgi sebészeti klinikán pedig 1919—39-ig mindössze 64 esetet észleltek. Ez az aránylag nagy betegségi szám magyarázható úgyan a földrajzi és melegebb időjárási viszonyokkal, azonban — mint ez a mellékelt táblázatból kiolvasható — legfőbb oka mégis abban keresendő, hogy betegeink legnagyobb része a betegség tüneteinek jelentkezéséig semmiféle orvosi kezelésben nem részesült s így természetesen védőoltást sem kaphatott. (Könnyebb áttekintés végett táblázatban ismertetem röviden betegeink kórlefolyását.)

1. táblázat.

Sorszám	A beteg neme	A beteg kora (év)	A beteg foglalkozása	A sérülés helye	Lappangási idő (nap)	Betegség ideje (nap)	Apolási napok száma	Savóártalom	Gyógyult
1	♂	13	földmíves	fej	4	3	16	urticaria	gy
2	♂	2	földmíves	alsóvégtag	6	1	3	0	†
3	♀	12	földm. leánya	alsóvégtag	7	pár óra	18	urticaria	gy
4	♂	9	földmíves fia	felsővégtag	5	2	21	urticaria	gy
5	♂	51	földmíves	alsóvégtag	?	4	2	0	†
6	♀	38	földmíves neje	alsóvégtag	?	8	2	0	†
7	♂	17	földmíves	felsővégtag	?	2	3	0	†
8	♂	64	földmíves	?	?	2	8	0	†
9	♂	44	földmíves	?	?	pár óra	13	0	gy
10	♂	46	földmíves	felsővégtag	4	1	12	0	gy
11	♂	8	cipész fia	alsóvégtag	11	3	17	urticaria	gy
12	♂	31	földmíves	alsóvégtag	?	2	19	0	gy
13	♂	17	földmíves	alsóvégtag	?	1	2	0	†
14	♂	33	tisztviselő	fej	9	pár óra	13	anaphylax. shock+urtic.	gy
15	♂	9	munkás fia	alsóvégtag	4	pár óra	3	0	†
16	♂	16	földmíves	?	?	1	27	urticaria	gy
17	♀	14	földm. leánya	alsóvégtag	6	1	31	0	gy
18	♂	57	földmíves	?	?	1	1	0	†
19	♂	36	földmíves	?	?	2	18	urticaria	gy
20	♀	13	földm. leánya	?	?	1	2	0	†
21	♂	52	földmíves	alsóvégtag	9	1	12	0	gy
22	♀	4	földm. leánya	törzs	7	7	17	0	gy
23	♂	37	fuvaros	felsővégtag	6	1	5	0	†
24	♂	37	lókupec	felsővégtag	7	3	15	0	gy
25	♂	9	tanuló	?	?	4	15	0	gy
26	♀	9	tanuló	alsóvégtag	?	1	1	0	†
27	♂	60	földmíves	?	?	3	2	0	†
28	♂	10	földmíves fia	?	?	1	37	urticaria	gy
29	♂	7	kereskedő fia	alsóvégtag	?	1	20	urticaria	gy
30	♂	9	földmíves fia	alsóvégtag	?	1	5	0	†
31	♂	5	földmíves fia	alsóvégtag	?	1	15	urticaria	gy
32	♂	13	földmíves	?	?	5	11	0	gy
33	♂	8	kereskedő fia	?	?	3	16	0	gy

A táblázatból látható a *férfiak* jelentékenyen nagyobb százaléka (81.5%) a *nőkhöz* (18.5%) viszonyítva, valamint az, hogy betegeink legnagyobb része a földmivelő osztályhoz tartozott (72.7%).

11 esetben *a fertőzés kiindulási pontját* nem tudtuk megállapítani. A többi 22-n a sérülés testrészek szerint a következőkép oszlott meg: *alsóvégtag* 14, *felsővégtag* 5, *fej* 2, *törzs* 1. Hat esetben a kimetszett szövetben tüskét vagy faszálkát találtunk. Egy beteget kivéve, a többi a tetanus tüneteinek jelentkezéséig nem részesült orvosi kezelésben és védőoltást is csak ez az egy kapott.

A *lappangási idő* 4—11 nap között váltakozott, de ezt csak 13 beteg (39.4%) esetében lehetett megállapitani. Ezek 77%-ban az első tünetek egy héten belül jelentkeztek.

Gyógyult 20 (60.6%). Az ápolási napok száma a gyógyultaknál 11—37, a meghaltaknál 1—8 napot tett ki. Két hét alatt gyógyult 25%, hármon 60%, négyen 5%, ötön 5% és haton 5%.

Savóártalmat 10 alkalommal (30.3%) állapítottunk meg. 9 esetben urticariát, 1 esetben anaphylaxiás shok + urticariát.

A betegséget januáron kivül az év összes hónapjaiban észleltük és mint mások, mi is leggyakrabban a melegebb időszakokban, így májustól augusztusig (57.6%).

Külön kell foglalkozni a 14. sorszámú beteggel. 33 éves tisztviselő, kit utcán kerékpár baleset ért. Orvosa a fején lévő sebet bekötözve védőoltásban részesiti. 9 nap mulva tetanus-tünetekkel szállítják be osztályunkra. Mi, a tetanus kétségkivüli megállapítása után a bal szemöldökivben lévő, már gyógyult, 2.5 cm hosszú sebet kimetsszük, majd 100.000 egység tetanus-antitoxint fecskendezünk be intravenásan, intralumbalisan és intramuscularisan. A savó beadása után görcsök, eszméletlenség áll be, kihagyó légzéssel, alig tapintható érveréssel. Ez a veszélyes állapot kardiacumokra, mesterséges légzésre, calciumra egy óra alatt megszünik. A következő napokban folytatjuk a savókezelést, az intravenás beadási mód mellőzésével. Továbbiakban urticarián kivül más szövődmény nem jelentkezik s 13 nap mulva gyógyultan hagyhatja el a kórházat. *Epikrisis:* ez a kórlefolyás mind a szerencsésen végződő súlyos anaphylaxiás shok, mind a védőoltás ellenére kifejlődő tetanus miatt érdemel említést. Tárgyilagosan bírálva, a betegség oka egyrészt a nem megfelelő sebellátásban, másrészt a súlyosabb fertőzéssel arányban nem lévő antitoxin mennyiség adásában keresendő.

Tanulságos még egy, a fenti összeállításban nem szereplő beteg kórlefolyása. Egy 13 éves vándor artistaleányt, autógázolás okozta nyilt bokatörés miatt veszünk fel osztályunkra. Sebet ellátjuk a *Böhler* javasolta irányelvek szerint, egyszersmind védőoltásban is részesitjük. Állapota rövidesen javul, már csak szociális okokból tartjuk tovább osztályunkon. A 41. napon lencsényi, alig váladékozó, sarjadzó kis sebbel, járógipszben elbocsátjuk. A 48. napon súlyos tetanus-tünetekkel szállítják be egyik vidéki magánkórházba, hol még aznap meghal. *Epikrisis:* figyelembe veendő, a sebkimetszés és védőoltás ellenére is kifejlődő, hosszú lappangási idő után jelentkező, még hozzá foudroyans, halállal végződő tetanus. Kétségtelen, hogy ez esetben főkép a hosszú lappangási idő miatt törhetett ki a betegség, mikor a savó védőereje már régen megszünt. Valószinű, hogy megismételt injectióval ezt megakadályozhattuk volna.

Gyógyító elejárásunkra vonatkozó irányelveinket ekként összegezhetjük: 1. fertőzés bemeneti kapujának lehető kimetszése és a seb további nyitvakezelése. 2. Nagymennyiségű antitoxin befecskendezés intravenásan, intralumbalisan, intramuscularisan (illetve néha subcutan, endoneuralisan vagy a seb környezetébe), mindig calciummal a savóártalom lehető csökkentése végett. 3. A befecskendezést a betegség első időszakában mig görcsös rohamok vannak, régebben aether-, újabban inkább evipannarkosisban végezzük s ugyanekkor a fertőzés kiindulási helyét is radicalisan ellátjuk. Mig az első években kisebb adag gyógysavóval dolgoztunk, addig jelenleg az első napon mindjárt 100.000 egységet adunk s kb. ezzel a mennyiséggel folytatjuk, mig a beteg állapotában javulást nem látunk. Gyógyult eseteinkben átlagban minden beteg 6 és fél napon át kapott savót, összesen mintegy 400.000 egységet. A legnagyobb mennyiség volt egy alkalommal 825.000 egység, amit 15 napig adtunk kedvező eredménnyel. A savókezelésen kivül természetesen szükségszerint a régi bevált bóditó, görcscsillapító orvosszereket, sevenalt, avertint, morphint, valamint konyhasót (i. v., infusio, *Katzenstein)* is kaptak betegeink. Hogy gyógykezelésünk jó utakon halad mutatja az elég kedvező eredmény. Szemben a régi felfogással, megállapítható, hogy kitört tetanus esetén igen hatásos orvosszer a gyógyitósavó. Az eredmény kulcsa feltétlenül a „mammut-dosisban" rejlik „minél több egységet, minél kevesebb savómennyiségben bejuttatni a szervezetbe". Hogy melyik uton, i. v., intraduralisan, subcutan vagy a seb köré stb. beadva a leghatásosabb, — nem tudjuk. Ezért általában a látszólagos polypragmasia a savó beadása körül. Ugylátszik 400—500.000 egység az a mennyiség, mely valóban gyógyító. Egy beteg kezelése tehát csak gyógyító savóban (100.000 egység kb. 40 pengő) 160—200 pengőre rúg, kb. úgyanennyit számithatunk egyéb orvosszerekre, valamint a kórházi ápolásra. Egy szegénysorsú tetanusos-beteg meggyógyitása tehát 320—400 pengőbe kerül az államnak. E nagy összeg mindjárt kellő értékére zsugorodik, ha figyelembe vesszük, hogy egy magyar ember nemzeti jövedelme évi 500 pengő fejkvótát jelent, azaz egy magyar ember tőkeértéke 2%-os kamatozást véve alapul 25.000 pengő a nemzetgazdaság számára.

Összegezve a fentieket és tárgyilagosan bírálva a dolgokat, a következő megállapításokra juthatunk: a kitört tetanus mintegy 60%-ban gyógyitható. A gyógysavó értéke vitán felüli. A megelőzésül adott savó nem véd úgyan egész biztonsággal, mégsem szabad az általános gyakorlatban, kiváltképen nem a harctéri sérülések esetén mellőzni, még a legtökéletesebb „sebtoilette" esetén sem. A védőoltás rendszeres alkalmazása azonban gyakorlatilag kivihetetlen. Az a mezőgazdasági munkás, kezdve a libapásztortól az aratómunkásig, aki egész nyár folyamán mezitláb dolgozik, szinte naponta szenved el trágyával szennyezett sérüléseket, kezén, talpán százszámra tarlósérülés nyoma — ezek esetében passiv immunizáló védőoltásokról szó sem lehet. Keresni kell tehát járhatóbb utat a tetanus halálosan komoly betegsége ellen. Ez a feladat azonban már a nemzeti egészségvédelmi szolgálatra hárul, talán a diphtheriaoltás mintájára megszervezendő, kötelező tetanus elleni activ immunizálás (Ramon-féle anatoxin oltás) bevezetésével.

A gyulai Állami Kórház ideg- és elmegyógyintézetének, szülészeti és nőgyógyászati-, valamint sebészeti-osztályának közleménye. (Megbizott igazgató: Szórády István főorvos).

Vérvesztéses vérszegénység idegkórtani és kórlélektani tünetei.

Irták: *Mezei Béla dr., Horváth Zoltán dr.* és *Gombos Imre dr.* alorvosok.

A vészes vérszegénységhez társuló idegkórtani és kórlélektani tüneteket tárgyaló irodalom szinte áttekinthetetlen, ellenben a vérvesztéses vérszegénységről és ennek ideg- és elmekórtani vonatkozásairól nagyon kevés közlemény szól. Ennek oka az, hogy kevés olyan súlyos vérvesztéses vérszegénység fordul elő, amelyhez idegrendszeri szövődmény csatlakozik. Kórházunkban, melynek gyermekgyógyászati osztályon kívül minden osztálya megvan s évenként átlag 12.000 a betegforgalma, az elmúlt öt év folyamán 4 ilyen esetet észleltek.

A vészes vérszegénységből származó neuro- és psychanaemiás *(Baldi)* jelenségeket már régen összefoglalták, sőt a myelosis funicularis elnevezést részben a anaemia perniciosa okozta hátsó kötél-elfajulásra vonatkoztatják. Ezzel szemben ahhoz, hogy a vérvesztéses vérszegénységet kisérő ideg- és elmekórtani tüneteket csoportosítani tudjuk, még sok adatot kell gyüjteni. Ezt a célt szolgálja jelen közleményünk is, melyben két nőgyógyászati és két sebészeti vonatkozású vérvesztéses vérszegénység néhány idegrendszeri tünetét ismertetjük.

Többek ismertetései után újabban *Hadden* három vérvesztéssel kapcsolatos esetet ír le, szülés, vetélés, gyomor- és tüdővérzés kapcsán. Az idegrendszeri tüne-

tek közül a pyramispályák sérülését, a látóidegfő sorvadását, helyzetérzési zavarokat, parkinsonismust és a katatoniát hangsúlyozza. Deliriumot és mániás tüneteket vázolnak munkájukban *Urechia*, *Bumbacescu* és *Retezeanu*, kiknek betege sérvműtét alkalmával vesztett sok vért. *Izlar* nőbetege hysterektomia és appendektomia utáni anaemiára (1.500.000 vörösvérsejt 35% haemoglobin patellaris és Achilles-in areflexiával akoasmákkal és üldöztetéses téveseszmékkel reagál. *Vurpas* és *Fabre* foghúzás miatti súlyos vérvesztéskor vizióka t és lehangoltságot észlelt olyan betegen, akinek külső tényezők következtében már azelőtt két ízben voltak hasonló tünetei. Érdekes kérdést tárgyalnak *Lhermitte*, *Mouzon* és *Susic* azzal, hogy gastroenteroanastomosis utáni vérhányás miatt végzett vérátömlesztéssel kapcsolatban nagyfokú psychomótoros nyugtalanságot s a következő napon b. o. hemiparesist, majd Jackson-jellegű epilepsiás rohamokat figyelt meg. Szerintük e tünetek oka lágyulás. *Romano*, *John* és *Evans* haemophiliás betegének minden súlyos vérvesztése alkalmával dühaffectusai és üldöztetéses téveseszméi voltak.

Betegeink rövid kórrajza a következő:

1. Cs. D.-né, 42 éves asszony, felvétel a nőgyógyászatra 1938. dec. 19.-én 16 nap óta tartó vérzéssel, mely olyan nagyfokú volt, hogy az utolsó napokban fel sem tudott kelni. Leptosom habitus. Igen halvány bőr- és nyálkahártyák. Tompa szívhangok. Üres, alig tapintható érlökés. Haemoglobin: 15%, vörösvértestek száma: 900.000. Minőségi vérkép: kisfokú anisocytosis. Tág hüvely. Rendes nagyságú, tömött méh anteflexióban. Sima portio, kevés véres folyás. Hátul rövidült, kissé érzékeny parametrium. Láztalan. Sem ideg-, sem elmekórtani eltérés nincs.

Kórlefolyás: Felvétele után fél órával 400 ccm I. csop. vér átömlesztése 400 ccm phys. oldattal. Érverése azonnal teltebbé vált, de hirtelen részleges mótoros aphasia és j. o. hemiparesis keletkezett, majd tájékozatlanná vált, önvádlásos és bűnösségi téveseszméket hangoztatott. Mély lehangoltság. XII. 20. Mindkét oldalon csökkent szaglás és látás. Közepesnél szűkebb, minden szempontból renyhén reagáló pupillák. B. o. convergentia-hiány. A többi agyideg ép. Izomzatának tonusa testszerte csökkent. A jobboldali végtagok paretikusak. Testszerte renyhe reflexek. J. o. Babinski, hamar kimerülő térdclonus. Főleg tárgymegnevezésben nyilvánuló mótoros aphasia. Lelki-vizsgálat: Csak saját személyében tájékozott. Apolóit otthoni ismerőseinek tartja. Csökkent initiativa. Mikromániás téveseszméket hangoztat stereotyp módon. Gyógykezelés: másodnaponként 5 ccm campolon farizomba. XII. 22. Haemogl.: 16%, vörösvérsejtszám: 950.000. XII. 13-án 400 ccm I. csop. beli vért és 400 ccm phys. konyhasót kapott gyűjtőérbe. Rendes nyomással ürülő, minden szempontból negativ liquor. Ideggyógyászati lelet változatlan. Kórlélektanilag annyiban változott, hogy felhangolt lett, azt hangoztatta, hogy állattá, mégpedig bikává változott. Egyéb téveseszméit elhagyta. XII. 24. Jódbefecskendezés a méhürbe. XII. 26. Reggelre aphasiája és hemiparesise tetemesen javult. Viselkedése teljesen rendezetté vált, tájékozottságát visszanyerte. Teljes betegségbelátást tanusít. Téveseszméi nincsenek. Vörösvérsejtszám 1.400.000, haemogl.: 20%. Naponta *biamin*-injectiók. I. 5. Kórszövettani lelet: endometritis haemorrhagica. I. 6. Csík-eltávolítás I. 14. Vörösvérsejtszám: 2.500.000, haemogl.: 36%. I. 15. Idegrendszeri tünetektől mentesen hazaengedjük.

2. K. E. 36 éves asszony. 1939. dec. 22-én vettük fel a szülészeti osztályra, 10 órával előbb lefolyt szülése utáni igen bő vérzéssel, méhrepedés gyanúja miatt. Asthenias habitus, üres érverés, 30% haemogl., 1.500.000 vörösvértest. Ezeken kívül sem belszervi, sem kórlélektani elváltozás nincs. Nőgyógyászati lelet: a méh fundusa a köldök alatt két harántujjnyira. A méh renyhe összehúzódásban, időnként ellazul. A hövelyen át kevés szivárgó vérzés. Belső vizsgálat: A passiv szakaszon méhrepedést nem tapintunk. A méhtestben lepényszövet nincs, de maroknyi deciduát és burokrészletet távolítunk el. Méhüri mosás, majd 400 ccm II. csop.-beli vér átömlesztése. Láztalan. XII. 30. Térben és időben tájékozatlanná vált. Azt hangoztatta, hogy betegtársai folyton róla sugdolóznak, mert valami súlyos bünt követett el és ezért meg kell halnia. Mély lehangoltság. Öngyilkossági tervekkel foglalkozik. Áthelyezzük az elmeosztályra. Az ottani vérvizsgálat szerint 50% haemogl., 2.200.000 vörösvérsejt. Neurologiai vizsgálat: renyhe reflexek. Kellemetlen visiók, tapintási érzékcsalódások és ezekre épített önvádlásos és bűnösségi téveseszméket hangoztat. Napi 3-szor 5 csepp Fowler-oldattal, 3-szor 2 tabl. *ferroconstanssal* és *percodyl c. ferro* injectiókkal erősítő-kúrát kezdünk. I. 22. Depressiója enyhült. Érzékcsalódásai megszüntek. II. 9.70% haemogl., 3.500.000 vörösvérsejt. II. 22. Téveseszméit illetően belátást tanusit, enyhén lehangolt állapotban hazaengedjük.

3. Özv. G. Gy.-né, 41 éves, 1939. nov. 20-án került gyomorpanaszai miatt a sebészeti osztályra. Miután a röntgenlelet gyomordaganatra utalt, nov. 27-én abból a környéki mirigyek nagyfokú beszűrődése miatt egy babnyi részt metszettünk ki, mely a kórszövettani vizsgálat szerint hegesedő, lobos beszűrődés volt. Ezért és a fokozott stenosisos tünetek miatt dec. 4-én gyomorresectio. A kivett csonk górcsövi vizsgálatatl carcinoma medullare exulceransnak bizonyult. XII. 9. hashajtóra bő, véres széklet (emésztett vér). XII. 13. Kapocskiszedés. Pp. gyógyult műtéti seb. Láztalan. A has szabad. Pulsusa alig tapintható. 30% haemogl., 2.000.000 vörösvérsejt. XII. 15. Viselkedése este megváltozott, nyugtalan lett. Minden szempontból tájékozatlan lett. Haptikus hallucinatiók hatására lemeztelenítette magát s lábait szétterpesztve közösülő mozgásokat végzett. Egy L. nevű emberhez beszélt, mintha az rajta feküdne s könyörgött neki, hogy hagyja abba az erőszakoskodást, ne tegye őt tönkre. Betegtársaiban ismerőseit vélte felfedezni Még az esti órákban phys. NaCl. infusiót kapott, mely után nyugtalansága megszünt. Másnap este deliriuma megismétlődött, 400 ccm vér transfusiója után a fenti tünetek többé nem jelentkeztek. XII. 30. Testileg megerősödve, idegrendszeri tünetektől mentesen házi ápolásba adjuk.

4. K. A. 48 éves férfit, 1940. jan. 25-én tették át a sebészeti osztályra vérző aranyeres csomóinak eltávolítása végett, mivel a behozatala előtti napokban sok vért veszitett. 40% haemogl., 3.300.000 vörösvérsejt. Másnap helyi érzéstelenítésben *Langebeck* szerint több aranyeres csomót távolítottunk el. A műtét után a beteg anaemiája fokozódott s este nagyfokú psychomotoros nyugtalanságot észleltünk rajta. Erőtlensége ellenére fel akart kelni és hazamenni. Tudata egyre mélyebben elborult, tájékozatlanná vált, hozzátartozóinak hangját hallotta a folyósóról, lehangolt lett. Éjszaka Korsakow-tünetcsoport alakult ki rajta. Éjfél után fokozatosan megnyugodott, egyre kevesebbet beszélt, de katatoniás tünetek jelentkeztek; fekvő helyzetben végtagjait felemelve, bizarr, szoborszerű tartást vett fel. Hajnalban aluszékonnyá vált és csendesen meghalt. A műtét területe reactiómentes, vérzés nincs. A boncolás a vékony és vastagbelekben nagymennyiségű vért talált s kiderült, hogy a súlyos vérvesztéses vérszegénység oka nem a sok aranyeres csomó, hanem a pylorust beszűkítő rákos daganat nagyfokú arrosiós vérzése volt.

A tünetek elemzése szempontjából első tünetünket a többitől el kell választni, mert itt is, mint *Lhermitte*, *Mouzon* és *Susic* esetében vérátömlesztés következtében keletkeztek a góctünetek, melyeknek oka valószínűleg lágyulás volt. Az anaemiának a góctünetek kialakulásában jelentős szerepet nem tulajdonítunk, aminek bizonyítékát abban látjuk, hogy a góctünetek javulása nem haladt párhuzamosan a vérkép változásával, azaz a góctünetek már akkor eltüntek, midőn a vörösvértestek száma még csak 1.400.000, a haemogl. pedig 20% volt. Említésreméltó, hogy a góctüneteket igen ritka, főleg schizophreniásokon előforduló autopsychikus téveseszme, a lykantropia kisérte, melynek értelmében a beteg bikának képzelte magát.

A másik három esetben neurologiai tüneteket, múló katatoniát kivéve, nem észleltünk. Ha pedig az irodalom minden ilyen esetét figyelembe vesszük, megállapíthatjuk, hogy a vérvesztés kapcsán általában csak kevés és inkább múló neurologiai jelenségek fordulnak elő, továbbá bizonyos idegrendszeri részek elective nem károsodnak, úgy mint vészes vérszegénység következtében.

A kórlélektani szempontokat nézve, jóllehet második esetünkben a melancholia, harmadikban a delirium, a negyedikben pedig sajátságos kevert tünetcsoport domborodott ki, mégis eseteinkben közös vonások fedez-

hetők fel. Ezek: a mély lehangoltság, mely mindhárom kórkép lényeges alkatrésze, az érzékcsalódások, amelyek egyrészt mint illusiók, másrészt, mint hallucinatiók teszik másodlagos, mikromániás téveseszmék alapját.

Ezek a tünetek múlóak s a vérvesztés pótlásakor a haemogl.-mennyiségnek és a vörösvérsejtek számának növekedésével aránylag hamar gyógyulnak. Ennek megfelelően hatásos gyógykezelés a gyors vérpótláson kívül (vérátömlesztés, konyhasó-infusió) arsenkészítmények és neurovitaminok alkalmazása.

Arra a kérdésre, hogy milyen fokú az a vérvesztés, mely idegrendszeri elváltozásokat okozhat, nem lehet határozott választ adni. Vannak egyének, kik már kisebb vérvesztésre is súlyos tünetekkel válaszolnak, mások idegrendszerének viszont súlyos vérvesztés sem árt. Az előbbieket illetőleg a szüléssel kapcsolatos psychosisokra utalunk, melyeknek keletkezésében a vérvesztést a legtöbb szerző megemlíti anélkül, hogy a vérszegénység fokát megjelölné. A különböző reactiós készség magyarázata valószínűleg a betegek praemorbid személyiségének, testi és lelki alkatának különbözőségében rejlik. Ezt úgy is kifejezhetjük, hogy vérvesztésre a központi idegrendszer egyénenként, sőt az idegrendszer egyes részei is különböző módon reagálnak.

A vérvesztéses vérszegénység kórélettani következménye az, hogy a vörösvérsejtek és a haemoglobin mennyiségének nagyfokú csökkenésével nem jut elegendő oxygen a ducsejtekhez. Ezzel kapcsolatban mutatunk arra, hogy az anaemia perniciosa és a vérvesztéses vérszegénység között valószínűleg az a különbség, hogy míg az előbbiben mérgek bántalmaznák tartósan az idegrendszert, az utóbbi esetben a haemoglobinaemia szerepe a fontos, mert emiatt szenvednek a ducsejtek oxygenhiányban.

Összefoglalás:

1. Vérvesztéses vérszegénység csak ritkán okoz idegkórtani tüneteket;

2. Gyakrabban fűződnek hozzá kórlélektani tünetek, főleg lehangoltság, tudatzavar, érzékcsalódások és másodlagos téveseszmék;

3. A neurologiai és psychopathologiai tünetek oka a haemoglobinaemia, illetve a központi idegrendszer hiányos oxygenellátása.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Extrahepatikus bilirubinképződés exsudatumokban és haematomákban. *K. Dirr* és *E. Klemm.* (Z. Exper. Med. 1940. 107. 338.) Ismételten csapolt haemothorax-punctatumban a bilirubin fokozatosan növekedett. Ha a punctatumot üveghengerben állni hagyták, a bilirubin tovább növekedett, egy bizonyos fok után azután csökkenés indult meg. A bilirubin keletkezése valószínűleg fermentativ folyamat. Pleura, ill. subduralis haematomákban állandóan magas bilirubinértékeket találtak, míg a vérben normalis volt a bilirubinszint. A vérből, ill. a haemoglobinból bilirubinképződést úgy tételezik fel, hogy a hgb. haeminre és globinra bomlik, a haemin albuminnal kapcsolódik (haemalbumin), amiből a vas lehasad, majd további oxydatiós és reductiós folyamatok után bilirubin keletkezik. (B. 42.)

Kuchárik József dr.

Indolintoxicatio jelentősége chronikus enteritisben. *H. Bohn, R. Bosler.* (Wien. Klin. Wschr. 1940. 11.) Már régebben ismertette *Bohn* a chronikus enteritis „endokrin-nervosus" elméletét. Eszerint az esetek többségében nem a nyálkahártyagyulladás az elsőleges betegség, hanem a Feyterféle adeno-intestinum és neurointestinum, azaz a bélmotilitást szabályozó mechanismus működészavara. Vizsgálataikkal megerősítették *Bocher* elméletét: chron. enteritis általános tüneteinek kiváltásában a tökéletlen fehérjelebontás következtében létrejövő chron. indolmérgezésnek fontos szerepe van. Ennek ellenére azonban a vérben és vizeletben meghatározott indican mennyiségéből a betegség súlyosságára következtetni nem lehet. Sokkal megfelelőbb tájékoztatást nyújt erről a kreatin anyagcsere vizsgálata: a betegség súlyosságától függően a vizelet kreatin-tartalma fokozódik a kreatin megterhelési próba positiv eredményt nyújt. Kivételt képeznek nagyon súlyos esetek; ezekben a hiányos kreatinfelszívódás és az izomzat tökéletlen kreatinfelépítése következtében a próba nem értékelhető. (B. 41.)

Horvátth Imre dr.

Idegsérülések intramuscularis injectiók után. *W. Scheid.* (Münch. Med. Wschr. 1940. 12.) Két esetet ismertet. Az egyikben chinin (transpulmin), a másikban arsen (solvarsin) injectio (i. m.) után maradandó n. inchiadicus benulás fejlődött ki. Az i. m. adott injectiók utná jelentkező complicatiók rendszerint abból származnak, hogy a beszúrás nem a megfelelő helyen: a glutealis tájék felső-külső quadransában történik. Külön elbírálás alá tartoznak a chinin, arsen és a calcium-készítmények. Ezekután — bár ritkán — még a leggondosabb eljárás mellett is jelentkezhetnek bénulások. Különösen vigyázzunk tehát, hogy ezeket a megfelelő helyen, merőlegesen tartott tűvel adjuk be. (B. 40.)

Horvátth Imre dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

A katonaorvos kezelési joga. *Schwinge.* (Zentralbl. f. Chir. 1940. 13.) A katonaorvosnak gyakran döntenie kell, vajjon kényszerítheti-e a bevonultat műtétre szolgálatképességének helyreállítása végett? Különösen régebben, a világháború előtt és alatt, nagy volt a bizonytalanság, büntetésre hozza-e javaslatba a műtétnek ellenszegülőt, vagy maga kényszerítse-e az illetőt, vállalván ilyenkor azt a lehetőséget, hogy alárendeltje ellen elkövetett testi sértés miatt felelősségre vonják. A német egészségügyi szabály kimondja, hogy a katona hozzájárulása akkor szükséges, ha „jelentősebb" műtét elvégzéséről van szó. Újabb felfogás szerint azonban, nemzetvédelmi érdekből az amúgy is szabatosan meg nem határozható „jelentősebb műtét" helyett az a vezető szempont, vajjon teljes, vagy részleges szolgálatképességét elnyerheti-e a beteg a javaslatbahozott műtéttel? A műtét veszélyessége azért sem vehető mértéknek, mert már a katona békebeli kiképzése is több-kevesebb veszéllyel járó foglalkoztatásból áll: lőgyakorlatok, lovaglás, vívás, stb. Ha mindenkitől megkövetelhetjük azt, hogy a hazáért harcban, ellenséges behatásnak kitegye magát, annál inkább megkívánhatjuk, hogy a haderő megtartása és erősítése érdekében, többnyire sokkal kevesebb veszéllyel járó műtétnek alávesse magát. A katonáknak a belenyugvása vonatkozik a kórismező vizsgálatokra (gerinccsapolás), polgári személyekre, akik ideiglenesen katonai kötelékekben szolgálatot teljesítenek (typhus oltás), sőt olyanokra is, akik katonai szolgálatba még nem léptek (ieventék). A műtéti kényszerrel szemben áll a katonának az a joga, hogy olyan esetben, amikor szolgálatképességének javulása műtéttel nem várható (amputatio), a mtűétbe ne egyezzen bele. Jogosan megkívánhatja, hogy biztosítsuk őt a műtéti javalat tévedései és a műtéti kivitel fogyatékossága ellen, mentesíteni is kell az államot és a közösséget a rosszul sikerült beavatkozásokból származó ellátási igényektől, ami annál inkább figyelemreméltó, mert rosszindulatú beállítottság alapján majdnem minden műtét nagyobb kárt is okozhat az államnak, mint hasznot. (L. 15.)

Lippay-Almássy Arthur dr.

Percostalis mellüri alagcsövezés a hadisebészetben. *Hetzar.* (Zentralbl. f. Chir. 1940. 15.) A szerző a lengyel hadjáratban egy tartalékkorházban teljesített szolgálatot. A beszállított 35 mellsérült közül 17 áthatoló sérülést szenvedett. 10 sebesült részben elsőleges, rendszerint rosszindulatú, részben másodlagos jobbindulatú , genymellet kapott. Feltűnő volt, hogy noha minden lövési seb másodlagoson gyógyult, a mellüri vérömleny elgenyedése aránylag ritkán következett be. A sebesültek 1—2 órán belül elsősegélyben részesültek, szükség szerint légálló kötéssel is, s még aznap kerültek valamelyik tábori kórházba. A tartalékkórházba 3—10 nap alatt szállították őket. Négyen 10 órán belül elsőleges sebkimetszést végeztek. A genymell kezelésében igen jónak bizonyult a *Läwen* és *Müller* leírta percostalis alagcsövezés. Előnye megbízható zárásában, jó tartásában

és abban is nyilvánul, hogy a tartós váladéklevezetést biztosító, bordába csavart fémcső, belső nyílása nem terjed túl a mellkasfal belső felszínén; ezért a gummicső alkalmazása esetén észlelhető mellhártyaizgalmi tünetek elesnek. Bordaresectiót csak akkor kell végezni, ha hosszantartó folyamatok következtében, csontfelszívódás folytán a fémcső meglazul. (L. 17.)

Lippay-Almássy Arthur dr.

Megjegyzések a katonaorvos kiterjesztett műtéti kötelességéhez. *Klapp.* (Zentralbl. f. Chir. 1940. 13.) A műtéti javalatért és a műtét gyakorlati kiviteléért minden felelősség a sebészt terheli. A katonaság azt követeli tőle, hogy mindkettőben a biztosság magas fokát tanusítsa. Ha ellentétben más országok, különösen a Balkán szokásaival, a katona beleszólási jogát a műtéti javalatokba még szűkebbre szabjuk, akkor különös alapossággal kell megteremteni minden lehetőségét annak, hogy a műtét jól is sikerüljön Tehát igen tapasztalt sebészek működjenek közre a javalat felállításában; a műtétet pedig olyan sebész végezze, akinek a szóbakerülő műtét területén különös gyakorlottsága van. (L. 16.)

Lippay-Almássy Arthur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A renden helyen tapadó lepény időletti leválását conservative gyógyító eljárások eredménye. *A. J. M. Duyzings.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 1.) A császármetszéssel szemben szerző inkább a conservativ eljárásokat ajánlja a rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásának gyógyítására. Hollandiában a legtöbb szülész ezen az állásponton van. 68 esetről számol be. Míg a conservativ eljárással az anyai halálozás 4%, addig az irodalmi adatok szerint a császármetszés halálozása 17—52%. A magzati halálozásban a két eljárás között nincs nagyobb különbség. Ezek alapján tartja jogosultnak a conservativ eljárást. Eseteiket a körülményeknek megfelelően kezelik: fájáserősítés, folyadékpótlás, vérátömlesztés, a shok leküzdése, a szív erejének támogatása. Az activ therapia a magzat szempontjából sem jogosult, mert legtöbbször a magzat már halva, vagy nagyon rossz szívhangokkal kerül műtétre. (B. 7.)

Farkas József dr.

A méhtest rákjának folytatólagos beterjedése a kürt interstitialis szakaszába. *Treite.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 13.) A régebbi felfogással ellentétben *Philipp* és *Huber* kimutatták, hogy a méhtest rákja aránylag gyakran a kürt interstitialis részébe is beterjed s ezért a méhtestrák intrauterin radiumkezelése helyett mindenkor a függelékek eltávolításával kapcsolatos méhkiirtás a helyénvaló. *Philipp* és *Huber* szerint a rákos folyamatnak a kürtbe terjedését a kürt interstitialis szakaszának endometriosisa készíti elő. A berlini női klinika anyagában 52 méhtestrák miatt kiirtott méhben vizsgálták az interstitialis kürtszakasz szövettani elváltozásait sorozatos metszetekben. A feldolgozott anyagban 20 esetben talált egy, vagy kétoldali endometriosist a petevezető interstitialis részében rákos elváltozás nélkül, 14 esetben az endometriosis és rák együttes előfordulását, 9 esetben pedig a kürt rákos betegségét endometriosis jelenléte nélkül figyelhette meg. Három esetben adenomyosis tubae endometrioides szövődött az interstitialis kürtszakasz rákos betegségével. A vizsgálatok alapján megállapitja, hogy amíg az endometriosis a méhtest rákjának felszines beterjedését segíti elő a petevezetőbe, addig az adenomyosis tubae endometroides a rákos szövetburjánzásnak a mélybeterjedésére adhat alkalmat. (B. 8.)

ifj. Mauks Károly dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

A lamina vitrea elváltozására visszavezethető retinabetegségek. *Gifford* és *Cushman.* (Arch. of Ophth. 1940. jan.) Három kórképet tárgyal: 1. A lamina vitrea szemölcsszerű megvastagodásai, melyek a német irodalomban Drusen néven ismeretesek, főképen idősebb korban fordulnak elő, sokszor egyes családokban és kivételesen fiatal korban is és izolált esetekben. Ha az elváltozások kiterjedtek, akkor látásromláshoz vezethetnek főképen, ha a centrumra localizálódnak az elváltozások. A klinikai kép ilyenkor megfelel annak az elváltozásnak, amely az angolszász irodalomban „guttate choroiditis" néven ismeretes. 2. a vitrea megvastagodása gyakran társul a macula korongalakú elfajulásához és nagyon valószínű a kórkép alapja a vitrea betegsége, mint arra szövettani vizsgálatok alapján több szerző rámutatott. 3. Érszerű sávokhoz is társul a vitrea fent leírt elváltozása és a retina centralis betegsége. (G. 49.)

Radnót Magda dr.

A vena-pulsatio különbözőségének értékelhetősége az idegrendszeri kórismézésben. *Jäger.* (Klin. Mon. Aug. 104. 299.) A vena centralis retinae falán a sinus cavernosusban, ha már nem előbb érvényesül az agynyomás, tehát a venában a nyomásnak legalább akkorának kell lennie, mint az agynyomásnak. A venapulsatio akkor jön létre, ha a szemnyomás systoléban magasabb, diastoléban alacsonyabb, mint a venában uralkodó nyomás. Ez *Donders* magyarázata, *Serr* is megerősítette. A venapulsus hiányából következtetéseket vonni nem lehet, azonban a két oldal különbözősége az alábbi esetek alapján értékelhető. 7 esetben csökkent volt a venapulsus a beteg oldalon. A hetedik esetben valószínűleg suprasellaris daganatról volt szó, amelyiknél pangásos papilla mellett venapulsus állott fenn éspedig egyik oldalon kifejezett pulsus, a beteg oldalon kis nyomással kiváltható volt. Tehát az az általános elfogadott nézet, hogy a pangásos papilla fellépésével a spontan venapulsus eltünik, nem tartható fenn. (G. 50.)

Radnót Magda dr.

Szemhéjrák röntgentherapiája. *Smithers.* (Brit Journ. Ophth. 1940. márc.) A kir. rákkórház 4 éves szemhéjrákanyagáról számol be: 57 esetből 18 recidiva. A szemgolyó védelmére különböző nagyságú érintkező műgyanta-kagyló (persplex) szolgál 1 mm ólombevonattal. A Chaoul-féle alacsony feszültségű közelbesugárzást alkalmazta. A legkisebb adag 4.500 R volt 12 nap alatt, vagy 2.500 R egy ülésben. A legnagyobb adag 9.000 R volt 17 nap alatt, vagy 4.500 R egy ülésben. A besugárzás e fajtája kétségtelen lépést jelent a szemhéjdaganatok sugárkezelésében. (l. O. H. 1938. 17.) (G. 48.).

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A nőitej C-vitamin-, inhibine- és lipase-tartalmának megváltozása állás, illetve forraláskor. *Feldweg.* (Klin. Wschr. 1939. 27.) Válasz *Catel*nak ugyane folyóirat 1939. 10. számában fenti címmel megjelent cikkére. Kifogásolja, hogy *Catel* laboratoriumi vizsgálat alapján mondotta használhatatlannak a felforralt nőitejet, holott már több intézetbet, több ezer esetben értek el vele teljesen kielégítő eredményeket. (Nőitej 74 C°-on 2 percig tartandó s ez adható az anyatej pótlására, vagy helyettesítésére). Koraszülötteken próbálta kiknek nem állt elég nőitej rendelkezésükre. Az első év mortalitása alig különbözött a tisztán anyatejjel táplálttakétól. C-vitamin utólagos hozzáadásával gyakorlatilag egyenértékűnek tekinthető az anyatejjel. (K. 53.).

Gerlóczy Ferenc dr.

A gyermekkori gyomor-bélfekély kérdéséhez. *Wegener.* (Mschr. f. Khk. 79.) A gyomor- és bélfekély gyermekkorban ritka ugyan, de előfordul, mégpedig a boncolás szerint gyakrabban, mint azt klinikailag észleiték. Igy pl. szerző esetében is csak a boncolási lelet derítette ki ulcust egy kanyarós bronchopneumoniában meghalt kétéves fiún, kiben rövid idő alatt és úgyszólván tünetmentesen alakult ki egy makroskoposan és szövettanilag typikus fekély. A jelentkezett hányást, meteorismust, sőt a véres széket is az infectiónak tulajdonitották. A panaszok bizonytalansága és a tünetek esetleges hiánya szükségessé teszi a röntgenvizsgálatot, amivel már három hónapos gyermekben is ki tudják mutatni a fekélyfészket. Kezelésre a műtétet ajánlja, aminek jó eredményei vannak. A kóroktanra kitérve érinti az eddigi theoriákat és a maga részéről a fekély keletkezését azzal magyarázza, hogy a fertőzés megváltoztatta a szervezet általános reactiókészségét, ami viszont allergiás-hypertoniás arteriitishez vezetett. Ehhez szükséges még a vegetativ idegrendszer zavara is, ami esetében, ahol a családi anamnesisben nervosus dispositio szerepel, feltételezhetően megvolt. (K. 61.)

Takáts István dr.

Fiatalabb és idősebb csecsemők dysenteriájának almatherapiával befolyásolhatóságáról. *Gergely.* (Mschr. f. Khk. 81.) Négy hónaposnál idősebb csecsemőkön a következő eredményeket látta: toxicitásban nem adható, egyébként is először az exsiccosist, a szervezet megzavart vízháztartását kell egyensúlyba hozni. Az első 2 napon nyers almát Ringeres

teával, majd 3—5 napon keresztül az almán kívül daralevest is kaptak a csecsemők. Generalizált ekzemás csecsemőkön — nem tudni mi okból — az almadiaeta eredménytelen maradt, ettől eltekintve, szerinte az esetek csaknem 100%-ában kitünően bevált. A 4 hónapnál fiatalabb csecsemőknek kezdetben 12, 24, vagy 36 óráig csak megfelelő concentratiójú Ringeres teát ad, majd kis (10×10 g) adagokban nőitejet, ugyanakkor, vagy másnaptól kezdve 10×10 g hámozott almát. Néhány nap múlva a nőitejjel együtt az alma mennyiségét is kb. 50—100 g-ra emeli. Általában az almamennyiség a nőitej felét, vagy ⅓-ad részét tegye ki. Szerinte a csecsemők a nőitej—alma-keveréket szívesen eszik. Már 2—3 nap alatt feltünően megjavult a széklet és 2—3 hét múlva minden esetben át lehetett térni a normalis étrendre. 40 csecsemőt kezelt így. A diaetás kezelés után majdnem mindig bekövekező anaemia leküzdésére törekedett. (K. 60.)

Gerlóczy Ferenc dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Bőrbetegségek staphylococcus-toxoid-kezeléséről. *Rahold.* (Dermat. Wschr. 110. 6.) *Ramon* formalin és hőhatás útján staphylococcus-toxinból oly toxoidot állított elő, amely mérgező tulajdonságok nélkül is megőrizte antigen képeségeit. 74 különböző pyogen betegen alkalmazta a szerző az igy készült toxoidot (staphygent). Az eredmény különösen furunculosis eseteiben volt jó. További hónalj- és bőrabscessusokban és felületes pyodermák különböző alakjaiban. Sycosis coccogenes, akne nekrotika, folliculitis abscendenesben azonban az eredmények nem voltak kielégitők. Az egyes befecskendezések nyomán általában nagy helyi- és általános visszahatások jelentkeztek. (Sz. 44.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A psoriasis okáról, kóroktanáról és gyógyitásáról. *G. K. Higoumenakis.* (Dermat. Wschr. 1940. 15. sz.) 18 éves kutatás eredményéről számol be, amit a psoriasis fertőzéses eredetének bizonyitása céljából végzett. Az öröklékenységet elveti és azt tartja, hogy e fertőzés az együttélés következtében keletkezik. Hasonlóképen magyarázza a házastársak psoriasisát is; annak hogy nem mindenki kapja meg psoriasisos házastársától a betegséget, okát abban látja, hogy nem mindig van meg a fertőzés létrejöttéhez szükséges hámsérülés. *Lindenberg* és saját kisérletei szerint psoriasisos betegekből vett vérnek tengeri malac heréjébe történt befecskendezése után 4—6 hétre az állat hátán psoriasishoz hasonló elváltozások keletkeznek. A fertőzés állatról állatra könnyen átvihető. A kisérletek eredménye mellett még egyéb körülmények is, igy a jelenségek szétszórtsága, záradéktestecskék jelenléte a négynapos jelenségekben, a fertőzéses eredetet bizonyitják a szerző szerint. A folyamat gyógyitásában a korszerű gyógyeszközök váltogatásával és főleg a hosszú, a látszólagos gyógyulás után legalább 1 évig tartó gyógykezeléssel kiván eredményt elérni. (Sz. 47.)

Kovács Zsigmond dr.

Virusok okozta betegségek a bőrgyógyászatban. *S. Wolfram.* (Dermat Klin. Wschr. 1940. 15.) Továbbképző előadás keretében tárgyalja a különböző virusok okozta elváltozásokat, amiknek a kutatását az újabb eljárások, mint az elemi testecskék kimutatása a Herzberg-féle viktóriakék festéssel és a Hagemann—Gerlach-féle fluoreskáló mikroskoppal, igen jótékonyan befolyásolják. A szürhető virusok által okozott bőrbetegségek két csoportba sorolhatók. Az elsőbe tartozókban csak a bőrre szorítkozó folyamat, a második csoportban lévők egy részében az általános fertőzésnek van bőrtünete is, mig másik részében a jellemző bőrelváltozások találhatók a bőrön. Az első csoportból az acanthoma infectiosum, a molluscum contagiosum, a verrucák és a condyloma acuminatum jön szóba. A második csoportból a következőket említi: a himlőt, a himlőojtáskor előforduló betegségeket, mint vacciniás és postvacciniás kiütés, a komolyabb korjóslatú, vér útján tovaterjedő vaccinia generalisata, az ekzemás bőrön történő ojtás után bekövetkező ekzema vaccinatum és a paravaccina; a himlő-csoportba tartozó tehenészcsomót; a száj- és körömfájást; a különböző herpeseket és a varicellát. Megemlékezik végül arról az elméletről, mely szerint a pemphigust és a dermatitis herpetiformist is szürhető virus hozza létre. (Sz. 48.)

Kovács Zsigmond dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Allergie, ein Lehrbuch in Vorlesungen. Összeállitotta és kiadta *W. Berger* és *K. Hansen.* (Georg Thieme, Leipzig. 1940. 728. oldal, 138 részben szines ábrával. Ára: füzve 54, kötve 56 RM) *Pirquet* allergia-tana az elmúlt emberöltőben a kórélettan és az emberi kórtan nem egy fejezetét forradalmasitotta. Alaptétele — az allergen — antitest kapcsolódésával kiváltott shok, vagy ennek töredéke — teljesen tisztázta néhány régóta ismeretes kórképnek fejlődésmenetét. (Serumbetegség, szénaláz, csalánhimlő, Quincke-oedema, stb). De akad ma is még a kórtannak sok oly fejezete, (asthma, ekzema, fertőző betegségek, rheuma, a keringési szervek allergiás betegségei, stb.), amelyekben az allergiának a szerepe nem ítélhető meg teljesen. Ennek a ma is hullámzó kérdéstömegnek tankönyvbe sürítésre vállalkozott 6 munkatársával a könyv két szerkesztője. Az *általános részben Berger* bevezető előadása után *Schmidt* az allergia kisérleti alapjait, *Berger* az allergia functiós kórtanát, *Klinge* kórbonctani nyilvánulásait, *Hansen* az exogen és endogen allergéneket, *Klinge* a fertőzéses allergák szöveti képét, *Hanhart* az öröklés és alkat szerepét, *Hansen* a kórhatározás és a klinikai megitélés kérdéseit tárgyalja. — A *részletes* rész a serum, a gyógyszer és a pollenokozta allergiás betegségek után *(Schmidt* és *Hansen)* sorra veszi a rhinitis vasomotorica *(Bagde)* az asthma *(Berger),* az erek és a szív *(Berger),* az emésztőszervek és az idegrendszer *(Hansen),* az ekzema *(Schreiner),* az izületek *(Berger)* és a szem *(Rhiem)* allergiás vonatkozásainak klinikáját.

A könyv szerkezetéből következik, hogy az ismétlések elkerülhetetlenek, hisz minden előadás önálló, kerek egész, amely a külön szakma szemüvegén át figyeli a felmerülő kérdések allergiás feltételeit és kórformáit. Ez magyarázza meg a könyv feltünően nagy terjedelmét is. A szerkesztők előszavukban hangsúlyozzák, hogy a tételes tankönyv formájától el kellett térniök, hogy bemutathassák azt az „átértékelő folyamatot, amelyet az allergia tana az orvostudományban elinditott; nem érhették be befejezett ismeretek előadásával, — bár ezekből is van már jócskán —, hanem mindenütt ki kellett emelni a problematikát." Ezt a feladatot kitünően oldja meg e munka.

A szerkesztők elfogulatlanságára vall, hogy minden előadónak módot adtak nem egyszer ellentmondó egyéni kutatásának és véleményének bemutatására. A figyelmes és önálló ítéletre képes olvasó igy az ellentétes vélemények mérlegelésével tiszta képet alkothat a még vitás kérdések minden árnyalatáról. E vitakérdések sokoldalú megvilágitása teszi érdekessé és élvezetessé a néha túlméretezett fejezeteket. Unalmas és száraz tankönyv helyett igy kap elmélyedésre és gondolkodásra serkentő munkát az olvasó.

Manninger Vilmos prof.

La maladie hypertensive. *A. Dumas.* (Masson et Cie, Páris, 1939. 132. oldal. Ára: 0.75 $). A hypertoniát, — mint önálló kórképet — chronikus, progressiv folyamatnak tartja, amelynek első functionalis szakasza, a hypertension solitaire" megfelel az ú. n. essentialis hypertoniának. Második szakasza a szervi elváltozásokat, elsősorban a vese elváltozásait hozza magával és megfelel a nephrosklerosisnak. A harmadik szakaszban a vérnyomás fokozatos csökkenése mellett különböző szervek elégtelensége kachexiához vezet, ha intercurrens ártalom nem válik végzetessé.

Mindhárom szakasz tünettanát, diagnostikáját és complicatióit nagy részletességgel ismerteti. A francia klinikusok osztályozási traditiójának megfelelően megkülönboztet 1. rosszindulatú, gyors kifejlődésü; 2. peripheriás, arterialis; 3. kardialis; 4. renalis; 5. tartósan „solitaire" jóindulatú és 6. ú. n. pseudo-tumoralis (intracranialis tumor tüneteit utánzó) kórformákat. Tisztára a klinikai tünetek alapján igyekszik támpontot nyújtani a betegség prognosisához. Hosszú fejezet foglalkozik gyakorlati szempontból a therapia lehetőségeivel, beleértve a műtéti beavatkozásokat is, amely utóbbiakról nagy fenntartással nyilatkozik.

Fornet Béla prof.

Repos physiologique du poumon par hypotension. Dans le traitment de la tuberculose pulmonaire. *F. Parodi.* (Masson et Cie, Paris. 232. oldal, 63 kép és ábra.) Ez a beható tanulmány tulajdonképen a szerző tüdőmechanikáról irt művének folytatása. *Donders* classikus theoriájával szemben azt tartja, hogy nincsen praeformált pleurarés és negativ nyomás, hanem ezek csupán a melihártyalemezek művi szétválasztásának pillanatában keletkeznek. Azt állitja, hogy a gázdiffusio nem befolyásolja az endopleuralis nyomást. Fejetetejére állitott helyzetben végzett röntgenfelvételekkel

igyekszik bizonyítani a tüdő súlyának befolyását a tüdőmechanikára. Egyéni módon magyarázza a hypotensiv-, az electiv-, a kétolali és a contralateralis légmellet. A rekeszbénításról azt tartja, hogy ennek következményeként az ellenoldal activálódik, következőleg csak szigorúan egyoldali folyamatban javalt. *Parodi* ergomanometriás vizsgálattal, illetve a depressio statica megfigyelésével olyan beszűrődéses elváltozást vél megállapíthatni a tüdőben, ami röntgenvizsgálattal észre sem vehető. Ezirányú kutatásait ergothermometriával egészítette ki, mellyel a pleuraürben uralkodó hőmérséket méri. A canül-alakú thermoelem kisebb hőemelkedést jelez a beszűrődött terület felett, még pedig azért, mert —egyéni véleménye szerint — ott az oxydatio kisebb. *Országh* és *Dubóczky* ezzel ellenkező kisérleti eredményre jutott. Szerző bizonyítékai inkább biztatóak, mint meggyőzőek és ha az itt ismertetett munkája az első művének nem is éppen „Parodi"-ája, új gondolataival termékenyítő hatású lehet.

Puder Sándor dr.

Allergie und Tuberkulose. *Franz Ickert.* (Georg Thieme Verlag, Leipzig-Drezden, 1940. Ára: 5.60 P.) A szervezetet teljes egészében beteggé tévő fertőző bajok cyklikus megnyilatkozása már jóval a fertőző csírák felfedezése előtt ismeretes volt. Erre az ősi megismerésre épült fel *Ranke* gümőkór-stadiumbeosztása, *Koch Róbert* óta a legjelentősebb esemény a tuberculosis-kutatás terén. *Ranke* a stadiumbeosztás tengelyébe az allergiát helyezte. A fogalom *Pirquet*-től származik. A vele foglalkozókat az e téren a lényeges mezében mindúntalan kisértő látszólagos jelenségek gyakran megtévesztették, ami a Pirquet-féle termékeny munkahypothesis felhigulásával, elsekélyesedésével fenyegetett. A lényeget élesen szemelőtt tartva főleg *Ranke, Doerr, Roessle, Redeker* építették tovább és alapozták meg az allergia tanát. Ezek és saját kutatásai eredményének felhasználásával ismerteti *Ickert* a gümőkor allergiás vonatkozásait és megkapó módon világit rá a constitutionak az allergiára gyakorolt befolyására. Az allergiás és a gümőkór vonatkozásainak ismerete csak terjedelmes szakmunkák fáradságos tanulmányozása árán volt mindezideig a tárgykörrel állandóan nem foglalkozók számára elnyerhető. *Ickert* a fölényes mesterségbeli tudás és az önálló kutatások értékes eredményeinek birtokában a lényeget, hiánytalanul sűrítve és mégis könnyen érthető, sőt élvezetes formában hozza tudomására az olvasónak, aki ezáltal könnyűszerrel iktathatja ismeretkörébe az allergia bonyolult munkahypothesisét.

Kanócz Dénes dr.

Das Asthma und seine Behandlung. *M. Bickel.* (Der Arzt als Erzieher-sorozat 52. sz. 3. kiadás. Ottó Gmelin, München. 1939.) Mintegy 110.000 asthmás beteg van Németországban és az asthma miatt állandóan rokkantak száma a tüdőgümőkóros rokkantságnak közel egyötöde: következésképen e bajnak nagy nemzetgazdasági jelentősége van. Lényeges haladás az asthma gyógykezelésében az utóbbi esztendőkben nem mutatható fel és minthogy keletkezése és lefolyása rendkívül változatos, a gyógykezelésnek ezekhez kell gondosan hozzásimulni. Az értelmesen megírt füzet röviden ismerteti az asthmával kapcsolatos kóroktani és kezelési kérdéseket, kiemelve a hörghurut gyógyításának fontosságát és nem csupán a beteget, hanem a gyakorlóorvost is helyesen tájékoztatja.

Puder Sándor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 10-i ülése.

Bemutatás:

Rigler A.: *Teljes gyomorkiirtás gyógyult esete.* A cardiáig felterjedő gyomorrák miatt teljes gyomorkiirtást végzett. A beteg gyógyult. A gyomornak a vele szomszédos mirigyekkel együtt történt eltávolítása után a nyelőcsövet a vékonybéllel oesophago-jejunostomia útján egyesítette, a felhúzott jejunumkacs kétszára közt pedig Braun-féle sipolyt készített. A kiirtott gyomordaganat linitis plastica typusú, infiltráló, kifekélyesedett s a szomszédos nyirokcsomókban áttételt képező rák volt. A beteget a műtét után intravenás cseppinfusióval és tápcsőrékkel táplálták. Műtét után 7 héttel 7 kg-ot hizott.

Előadások:

Baráth J.: *Új módszerek a peripheriás ütőérbetegségek felismerésében.* Az ütőerek functionalis vizsgálatához nem elégséges csupán a tágulékonyság vizsgálata, hanem az elemi alapfunctiók: összehúzódás és tágulás együttes vizsgálata szükséges. Előadó régebbi vizsgálatai alapján az ergotamint (gynergen) használja a concentratiót képesség vizsgálatára: $^1/_2$—$^3/_4$ mg gynergent ad intramuscularisan és 25—30 perc után az oscillometriás görbék viselkedését vizsgálja. A tágulás vizsgálatában a *Razgha* és *Váll* kisérleteiben jól bevált natrium nitrosumot találta legalkalmasabbnak, azonban nagy adagokat ad belőle (0.10 g) intramuscularisan. Ha az oscillometriás vizsgálat semmi érlökést nem mutat, akkor nicotinsavval (0.025 g) még mindig élénk kipirulást lehet előidézni, sok esetben a nyakon, arcon és a végtagokon. Az ismertetett eljárásokkal a következő megállapítások tehetők: kezdődő érbetegségekben a gynergennel erős szűkület idézhető elő, azonban a tágulékonyság jól megtartott. Súlyosabb érfali elváltozások esetében mind a tágulás, mind a szűkülés csökkenni kezd és olyan súlyos kórképek alkalmával, amelyekben az érfalak merev kötegekbe ágyazottak és hegesedettek (pl. a Winiwarter—Buerger-féle thromboangiitis obliterans egyes képeiben) sem oscillatio nincs, sem a concentratiós-dilatatiós képesség nem észlelhető. A collateralisok jó működése és a kis ütőerek ép volta mellett a végtagütőér elzáródása esetében is lehet azonban még élénk kipirulást látni nicotinsav adása után. Gyakorlati szempontból az ergotin és az ergotaminkészítmények vasospasmust előidéző hatására kell rámutatni, mely azonban tüszőhormonnal legtöbbször jól megszüntethető. A nicotinsav fent ismertetett hatása miatt a vétagütőerek betegségeinek kezelésére alkalmasnak látszik. Az ismertetett funcitonalis módszerekkel esetleg a sebészi indicatiók határai és lehetőségei is jobban meghatározhatók.

Baráth J.: A nicotinsav hatását illetőleg előadó saját kisérletei és görbéi, valamint állatokon közvetlenül az agyvelőn *(Moor)*, embereken a szemfenéken tett megfigyelések alapján *(Tita)* a kis ütőerek tágulását tartja valószínűnek. Figyelmeztet arra, hogy a vegyület neve zavaró; a B_2-vitaminnak e chemiai componense nincs összefüggésben a nicotinnal.

Bereczky Á.: *A tetanus therapiája.* A szfőv. Szt. László kórházban 10 év alatt előfordult 201 tetanus-eset kapcsán ismerteti az újabb kórszövettani leleteket *(Benedek* és *Juba)* ezeknek jelentőségét a therapiás lehetőségek szempontjából, majd az elért gyógyeredményeket. — A felvételre került 201 esetből 75 halt meg, ami 37.3%-os nyers halálozási százaléknak felel meg. A 24 órán belül meghaltak levonásával 27.1%-ra tehető a reducált halálozás. A legjobb eredményt a sorozatos lumbalpunctiókkal intralumbalisan bevitt antitoxin adta. Az így kezelt betegek halálozása 6.5%, a súlyos esetekben 10% volt, szemben az intralumbalisan nem kezeltek 35, ill. 53%-os halálozásával. Optimalis összes dosisnak a 200—300.000 I. E. látszik a betegség első 3—4 napjára elosztva. A localis sebészi ellátásnak igen nagy, a beteg sorsára döntő jelentősége van. Minden sebészi beavatkozást és a lumbalpunctiókat is evipan-narkosisban végezték. A tüneti kezelésben a venás és izomba adott magnesiumsulphuricum vált be legjobban. Venásan szabott adagja nincs, igen lassan befecskendezve az izommerevség és görcsök megszüneséig adandó a hatás tartósságát ugyanakkor izom közé adott adagokkal biztosítják. Ilyen bénulás mellett a légzésbénulás veszélye elkerülhető. Lobelint és calciumot ajánlatos készen tartani. Magnesiumhatás alatt a beteg jól táplálható.

Milkó V.: *Bereczky* kartárs előadásában megemlékezett a merevgörcs avertin-narkosis therapiájáról, melynek kedvező hatásáról hozzászólónak is több esetben alkalma volt meggyőződni. Az utolsó német sebészcongressuson *Läwen* újólag hangsúlyozta ennek az eljárásnak jelentőségét. Nagy előnye az aether- és chloroformnarkosis felett, hogy technikája a lehető legegyszerűbb s úgyszólván korlátlanul megismételhető, miután a tetanusos betegek az avertin óriási adagjait is jól tűrik. Ilyenformán csaknem permanens narkosisban tarthatók s a betegség legsúlyosabb stadiumát úgyszólván átalusszák. Az avertin-narkosis kitünő tüneti eljárás, mely a betegek kínjait a minimumra csökkenti; a görcsök megszüntetésével megakadályozza a végzetes kimerülés bekövetkezését s ezáltal közvetve a gyógyulás útját egyengeti. Hozzászóló tehát az avertin-narkosist a merevgörcs súlyos eseteiben továbbra is alkalmazandó, értékes eljárásnak tartja.

Juba A.: A sorozatos liquorlebocsátás nagy gyógyító jelentőségére *Benedek* prof.-nak a világháborúban tett tapasztalatai hívták fel a figyelmet, később (1934.) *Benedek* és *Pap* összetet gyógyító eljárást dolgoztak ki, melyben a sorozatos és nagymennyiségű liquorlebocsátás vezető szerepén kívül intralumbalis antitoxin adagolásnak, továbbá intralumbalis

magnesiumsulphat és natrium-bromatum nyújtásának is szerepe volt; még igen rövid incubatiójú esetekben is — tudvalévőleg a malignitás az incubatiótól nagymértékben függ —, jó, teljes gyógyuláshoz vezető eredményeket értek el. *Benedek* prof. és hozzászóló vizsgálatai szerint a tetanusban elhalt egyének mesodermalis apparatusában, elsősorban a gyöki idegek kötőszövetében súlyos, a reticuloendothelialis apparatus fokozott méregtelenítő tevékenységét elősegítő beszürődések észlelhetők, még az is hozzáveendő, hogy a sorozatos liquorlebocsátás a hydrostatikus és reflectoros viszonyok megváltozása révén ezen saját szervezeti védekezőtevékenységet is mélyrehatóbbá teszi.

Bossányi A.: Az előadó jó eredményeit hajlandó az antitoxikus savó *massiv* adagjainak tulajdonitani. A massiv adagok hatása nemcsak fajlagos, de a physikalis-chemiai is és a megkötésnek még csak I. phasisában (adsorptio) lévő toxin leválasztását is elősegíti. Nemcsak a toxinmennyiség neutralizálására kell tehát törekedni, de úgyszólván a toxin utolérésére is, ami úgylátszik a massiv adagokkal sikerülhet.

v. Novák E.: Teljesen zárni csak azt a sérülést lehet, amelyet egészében, mintegy rosszindulatú daganatot sikerül az épben kimetszeni. Súlyosan fertőzött sérülés esetén a védőadag sokszorosát tanácsos nyújtani és egy hét múlva a befecskendezés megismételhető. Megismétlendő a sérülés területében végzett javító beavatkozások előtt. Nagy előny, hogy ha a tetanusos beteg felvételekor gyomorsipolyt készítünk. Megőrizhetjük erőállapotát és kikapcsoljuk az oly gyakran görcsrohamokhoz vezető nyelést. Igen hasznos az állandó intravenás cseppentő csőre. Könnyen juttathatunk be savót, vagy egyéb gyógyszert a keringésbe és modunkban van az így adagolt adrenalin-mennyiségekkel a serumbetegséget megelőzni. Jó hatású az eunarcon, elvetendő a carbol-befecskendés. Ugyanígy céltalan és veszedelmes közvetlenül a mozgató-központba fecskendezett védősavó. Érdekes megfigyelés, hogy tetanus-betegség gyakran jelentéktelen sérülések után keletkezik, mert ezeket elhanyagolják. Kifejezett hatása van a tetanus-kórokozóra a jódnak. A csukamájolaj, perubalzsam ellenben hatástalan.

Máius 17-i évzáró közgyűlés.

Illyés G. (elnök) megnyitja a közgyülést: Mai közgyülésünk elég közel esik ahhoz a terminushoz, midőn az egész ország lelkesedéssel ünnepelte Kormányzonkat, *Horthy Miklós* Őfőméltóságát húszéves országlásának évfordulója alkalmából. Amidőn most a Királyi Orvosegyesület évzáró közgyülésére összejöttünk, örömmel ragadjuk meg az alkalmat arra, hogy Horthy Miklós kormányzó úr Őfőméltóságát ez alkalommal hódolatteljesen és mély tisztelettel üdvözöljük. Mi minden történt azon húsz év alatt, mióta az ország kormányzását és vezetését átvette, azt illetékesebbek már többször kifejtették. Mi azonban — úgy mint mások is — benne látjuk azt a szilárd és biztos alapot, melyen az ország a háborus romok után az újjáépités útjára lépett s Tőle várjuk, hogy a mai nehéz és bizonytalan időket átélve, minket megint a napos oldalra átvezéreljen. Az Isten áldása kirésje tovább ténykedését s tartsa meg Őt a Gondviselés erőben, egészségben minél hosszabb ideig.

Örömmel állapithatom meg, hogy egyesületi életünk a mai zavaros, bizonytalan időkben is élénk volt. Sorozatos előadásainkra felkért kíváló előadóink az újabb aktuális kérdésekkel foglalkoztak s tájkoztatták hallgatóságukat. Ezen előadássorozatunkkal arra törekszünk, hogy a mai időkben, midőn sok tagtársunk nem is juthat hozzá, hogy a külföldi tudományos eseményeket figyelemmel kisérje, felkért kíváló szakelőadók szájából összefoglalva hallja meg azt, hogy mi történt azon szakmában, ami a gyakorlóorvost is érdekelheti. Ezenkívül sok érdekes bemutatást s előadást hallhattunk, tehát nyugodtan állithatjuk, hogy aki tudományos üléseinket rendszeresen látogatja, az az orvostudományok fejlődésével lépést tart s tájékozódhat mindenben, ami ezen a téren külföldön is történt.

Ennek tulajdoníthatjuk azt, hogy a mai nehéz időkben, mindőn a megélhetés gondjain kívül a mindennapi élet százféle baja és körülményessége nyom mindegyikünket, mégis eljárnak üléseinkre.

Mintha mindenki érezné a mai bizonytalan időkben azt, hogy csak akkor állhat szilárd alapon s tud létezni bármely körülmények között, ha magát nélkülözhetetlenné tudja tenni azáltal, hogy tudásával, szerzett tapasztalataival, munkakészségével, mint orvos bármikor helyt áll, mert jó orvosra eddig szüség volt s ezután is mindig szükség lesz.

Manapság mindenkinek teljes erővel és lelkesedéssel kell helyt állnia ott, ahová őt a sorsa rendelte. Megkívánja ezt a közösség érdeke, de saját szempontunkból is az odaadó kötelességteljesités adja meg azt a megnyugtató érzést, amelyre szükségünk van, hogy a mai háborús időkben a sok megpróbáltatást, a sok bajt és gondot kitartással, türelemmel s a jobb jövőbe való bizakodással elviselhessük.

Ezután a következő tagoknak kiosztja az aranydiplomát: *Béla Pál, Gruber Sándor, Mayer Árpád, Novotny Lajos, Sümegi József.* Az aranydiplomások nevében *Gruber Sándor* mond néhány szóban köszönetet. Az Orvosegyesület jutalomdíjainak kiosztása következik: a Balassa-díjat a bizottság *Kisfaludy Pál*nak, a Tauszk Ferenc-dijat pedig *nemes Balogh Ernő* prof.-nak ítélte oda.

Főtitkár és főpénztáros jelentései után elnök bejelenti, hogy egy indítvány érkezett az ülésnapoknak szombatra leendő áttétele tárgyában. A közgyülés nagy szótöbbséggel újra a pénteki napok mellett dönt, amit az elnök elfogadottnak jelent ki.

Új tagok választása után elnök bejelenti a tisztikar lemondását. *Vajda Károly* korelnök veszi át az elnöklést és javasolja, hogy az eddigi tisztikart újabb két évre válaszszák meg. A közgyülés ezt egyhangúlag elfogadja

Temesváry Rezső főkönyvtáros 42 évi működés után lemondott e tisztségéről és elnök ajánlatára a közgyülés *Korbuly Györgyöt* választja meg a tisztségre. — Elnök az egyesület nevében is köszönetet mond *Temesváry Rezső* főkönyvtárosnak, amiért olyan hosszú időn keresztül nemcsak gondos őre volt az Egyesület könyvtárának, hanem sok és fáradságos munkájával felvirágoztatta és gazdaggá tette azt.

A Közkórházi Orvostársulat május 8-i ülése.

Bemutatások:

Csiky-Strausz Á: *Idült vállizületi ficam véres repositiója Dollinger szerint.* A 68 éves nőbeteg 3 hetes jobboldali mellső vállficammal, 2 ökölnyi haematomával jelentkezett. A két izben rausch-ban próbált vértelen helyretétel nem sikerült. A haematoma miatt felszívó kezelés, majd a baleset után egy hónappal *Dollinger* szerinti véres repositio, azon módosítással *Fáykiss* által, hogy a csonthártya letolásával a musculus subscapularis inának csak alsó rotjait kellett átvágni. A sebbe steril carbo medicinalis por hintetett. Lázatlan gyógyulási időszak; 3 héttel a műtét után abductio 30°, elevatio előre és hátra 45°, rotatio kifelé 20° volt.

Kárpáti I.: *Hypertonia esete a vena spinalis ant. thrombosisával.* 66 éves férfibeteg esete, kiben a fennálló arteriosklerosist és súlyosan decompensált myodegeneratio cordist a vena spinalis ant. thrombosisa complicálja következményes myelomalakiával. A gerincvelő-laesio a VI. háti segmentum magasságában keletkezett, minek következtében paraplegia, areflexia, a processus xyphoideusig terjedő anaesthesia vizelési és székelési zavarok keletkeztek.

Előadások:

v. Gönczy I. és Pilter S.: *Diuretin injectio angina pectorisban.* Az angina pectoris (a. p.) körjelzése és gyógykezelése terén ujabban jelentkező és jól megalapozott irányzatok és eredmények vázolása után rátérnek azon kisérletek és klinikai megfigyelések ismertetésére, melyeket anginás betegeken részben roham alatt, részben rohamon kívül adott diuretin injectióval kapcsolatban végeztek, illetőleg tettek. Az alkalmazott adag diuretin (theobromin-natrio-salicylicum) 10%-os oldatának 10 ccm-e volt (néha 15, ritkán 20 ccm), amely érbe adva lúgos kémhatása ellenére is csak ritkábban okoz érfalizgalmat. A diuretin i. után rendszerint 1, 3, 6, 10, 15, esetleg 25—30 perc múlva sorozatos pulsusszámolást, vérnyomásmérést (R. R.) oscillometriás (Pachon oscillometer) és ekg.-vizsgálatot végeztek. A systolés nyomás az esetek többségében esett, kisebb számban emelkedett. Minden esetben emelkedett az oscillometriás index éspedig a kiindulási értékhez képest 25, illetőleg 100%-kal; az oscillatiós görbe pedig jelentékenyen kibővült azon értágulat következményeképen, melyet a szer a végtagizomzatban okoz és amelynek fokát előzőleg már más szerzők is *(Razgha A.)* pontosan megállapították. Az ekg. ST. szakaszának süllyedése, ivelt-sége injectio után csökkent, amit a szívizom-csekélyvérüség-, oxygenszegénység javulásának jeleként foghatunk fel. Az anginás fájdalmak injectio után már 1—2 perc múlva csökkennek, esetleg meg is szünnek. A hatás ismételt diuretin-injectióval, esetleg annak natrium-nitrosum injectióval combinálásával még fokozható. Bár a szer hatása jó és áldásos, azért mégis csak átmeneti jellegű és más tartósabban, gyökeresebben ható szert, mint a strophantin *(Edens)* nem pótol.

Torday Á.: A diuretin i. v. alkalmazásától, mint értágító szertől néhány esetben a vérnyomás csökkenését látta. A betegek legtöbb esetben jól tűrték. Foglalkozik azzal a

MALTIRON

Krompecher Budapest, Nádor-u. 15.

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az íróhoz hasonló fehérjedús, zsírszegény, szénhydrátokkal kiegészített gyógytápszer.

Hasmenéses bélzavarok kezelésére.

kérdéssel, hogy angina pectoris pathogenesisében mennyi ben van szerepe a coronaria insufficientiának és mennyiben a szívizomzat betegségében. Hivatkozik számos esetre, amelyben annak jelenléte ellenére a panaszaik mégsem állianak fenn. Az anatomiai elválozások nélküli esetekben, továbbá a rendes vagy fokozott vérnyomással járó esetekben a koszorús erek nagyobb laesiója alig tételezhető fel. Természetesen az arteriosklerotikus elváltozásokkal járó esetekben testi megerőltetés (Heberden-féle alak) vagy psychés emotiók a spasmusra haljam fokozása által a rohamok kiváltását elősegíti. A görcskészségnek jelentékeny szerepe van a pathogenesisben, de ennek lényegét nem ismerjük. Ezen állapotra ideiglenesen kedvező hatású a diuretin, de az állapot tartós javulása, főleg a strophantin kis adagjától remélhető.

Mező B.: Az Orvosegyesületben már többízben beszámolt azokról a kisérleteiről, amelyek arra irányultak, hogy a sympathicotonián alapuló betegségek 5—6 naponként megismételt adrenalin-mentes pantocain érzéstelenitésével a sympathicus tonusát csökkentse és a sympathicus okozta érgörcsöt tartósan megszüntesse. 6—8 megfelelő helyre alkalmazott érzéstelenítéssel elérte azt, hogy a más kezeléssel ellenkező functionalis zsugorhólyagok, a végtagok trophicus zavarai, a belorvosi kezelésre nem gyógyuló gyomorfekélyek, Raynauld-kór, stb. meggyógyultak. Legidősebb esetei már 4—5 hónaposak, s panaszmentesek. E jó eredmények alapján igen valószínűnek tartja, hogy a ganglion stellatum sorozatos adrenalinmentes érzéstelenítésével a tisztán spastikus angina pectoris cyklikus anaesthesiás kezelését megkisérlendőnek tartja.

Piri L.: *Pankreas sebészi megbetegedései differentialdiagnostikai szempontból.* Röviden vázolja a pankreas sebészetének történetét, majd megemliti a pankreas-betegségek kórismézése nehézségének okait. Külön tárgyalja a fedett és nyilt pankreas-sérülések, a heveny pankreas elhalás, a heveny és idült pankreasgyulladás, a pankreas apoplexia és a pankreas-daganatok klinikai és laboratoriumi tüneteit. Felhívja a figyelmet a kórelőzmény, a röntgen- és a laboratoriumi vizsgálatok fontosságára. Végül beszámol a Szent István közkórház II. sebészeti osztályán az utolsó hét évben végzett hasnyálmirigyműtétekről és azok eredményeiről.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 23. és 24. sz. *Gebhardt K.* és *Stumpfegger L.:* Adatok a háborús lövési sérülések ellátásához. — *Haymann L.:* A fülkürt, illetve középfül hurutja. — *Brügger H.:* Gümős ellágyult és sipolyos nyaki mirigyek kezelése. — *Loebell H.:* Mediastinalis emphysema a légcső és hörgők idegen testei kapcsán. — *Heymer A.* és *Jürgens K. H.:* Adalék a pneumonia epidemiologiájához. — *Jung H.:* Hugyany és rhodan a sebkezelésben. — *Hattingberg I.:* A fájdalom problemája klinikai szempontból. — *Voss St.:* A cukorterhelési görbék értékesitése friss koponyasérülések esetén. — *Duns P.:* A túlhevülés nélküli tiszta napszúrásról. — *Gaspero H.:* Condensviz gyógyfürdőkről. — *Brüning H.:* Zsidók a német fürdőhelyeken a XVIII. század végén. — *Wymer I.:* A paronychia chronica klinikája és kezelése. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 24. sz. *Fanconi:* A konyhasó klinikai és therapiás jelentősége. — *Sarre* és *Weygand:* Intramuscularis digitalistherapia. — *Kienle:* Atrioventricularis vezetési zavarok kezelése természetes gyógymódokkal. — *Umber:* Diabetes és sebészi beavatkozás. — *Meessen:* Hypochloraemiás uraemia háborús szolgálati ártalmak folytán. — *Schläger:* Vérátömlesztés kapcsán felmerülő jogi kérdések. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 23. és 24. sz. *Lucksch F.:* C-vitamin és gyomorműködés. — *Huber P.:* Contracturák műtéti kezelése. — *Singer R.:* Adat az ütőeres érrendszer átvárzési zavarainak kezeléséhez. — *Breuer A.:* A gyomor- és nyombélfekély gyógyszeres kezeléséről. — *Birkmayer W.:* Sportorvosi vizsgálatok eredményei a bécsi testnevelési főiskolában. — *Hamburger F.:* Az étvágyról. — *Cicovacki D.:* Csillagalakú börteleangiektasiák májcirrhosisban és ezek diagnostikus jelentősége. — *Dibold H.* és *Kirchhofer G.:* Incidensek prontosil és ulironkezelés után végzett vérátömlesztések kapcsán. —

Medizinische Klinik, 24. sz. *Krantz W.:* Különböző testtájak bőrbetegségeinek kórismézése. — *Clauberg K. W.:* Ragályos betegségek és léghajózás. — *Karitzky B.:* Műtét utáni szövődmények. — *Krabbel M.:* Izületi sérülések kezelése a háborúban. — *Löhr H.:* Néhány háború járvány (vérhas, typhus, grippe) megelőzése és kezelése. —

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére az Országos Természettudományi Tanács elnökévé *Vámossy Zoltán dr.*-t a Pázmány Péter Tudományegyetem nyug. ny. r. tanárát, alelnökévé *Mihailich Győző dr.*-t, a József Nádor műszaki és gazdaságtudományi egyetem ny. r. tanárát az 1936—40-ig terjedő időszak hátralévő részének tartamára kinevezte. — *Roth Zsigmond dr.* rendelő intézeti főorvos nevét *Mihályfalvy*-ra változtatta. —

Szabadságon lévő egyetemi tanárok és consiliarus kartársak névsorának közlését megkezdjük. Kérjük az érdekelteket, hogy szabadságuk idejét szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

A vidéki egyetemeken az orvoskari Dékán és karijegyző választások értelmében az 1940—41. tanévre a szegedi Tudományegyetemen dékánná *Veress Elemér*, kari jegyzővé: *Baló József*, a pécsi Tudományegyetemen dékánná: *Duzár József*, kari jegyzővé: *Gorka Sándor*, a debreceni Tudományegyetemen dékánná: *Jonkovich László*, kari jegyzővé *Jeney Endre* professorokat választották.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Walter v. Brunn* egyetemi ny. r. tanár, a lipcsei egyetem orvostörténeti intézetének igazgatója június 28-án, pénteken délután 1/4 7 órakor a Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének (VIII., Esterházy u. 9.) tantermében „Die Geschichte der Kriegschirurgie" cimen vetitettképekkel kisért előadást tart.

A Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete ezévi nagygyülését június 6—8-án tartotta *Zimányi Vidor dr.* főtörzsorvos elnökletével. Referens: *Kiss Ferenc* prof. volt. A jövő évi nagygyülés helye Pécs. Az ujonan megválasztott tisztikar, elnök: *Szekér Jenő dr.*, alelnök: *Madi-Kovács Ferenc dr.* és *Bánhidy Ferenc dr.*, főtitkár *Szende Béla dr.*, titkár *Ajkay Zoltán dr.*, pénztáros *Kepes Pál dr.* — A jövőévi referátum a következő: *„A nyelőcső heges szűkületei gégeorvosi sebészorvosi és gyermekorvosi szempontból".* —

Gyógyfürdőkre vonatkozó vasuti kedvezmények. Budapesti gyógyfürdők *belföldi* látogatóinak menetkedvezménye:

ALBROMAN-CHINOIN

SEDATIVUM

10 és 20 tabletta

84. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1940 június 29.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.
Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:
a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára". *Romániában: Borsos Béla dr.* Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Slovákiában: Eleőd Z. Solt O. H.* Dunabank, Bratislawa. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivataba.

Előfizetési díj: az **„Orvosi Hetilap"**-ra és az Orvostudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dínár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltség (összesen 32 P) félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy hóra 2 50 pengő. — A **„Magyar Orvosi Archivum"** egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dínár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL
a szív és vérkeringés gyógyszere

FERTŐZŐ-
BETEGSÉGEKNÉL

«A Sympatolt, mint egy intravénásan injiciálható analepticumot, – mely shocknál igen gyors hatásu, – a fertőzőbetegségek lefolyása kapcsán fellépő szivzavaroknál a legjobb eredménnyel alkalmazzuk.»

Hegler, Dtsch. med.Wschft. 1931. 522.

«Legujabban különösen jó tapasztalatokat szereztem a legyengült vérkeringés kezelésénél /fertőzőbetegségek kapcsán/ egy másik adrenálin-deriváttal, a Sympatollal.»

Leschke, Med.Welt, 1932, 375 o.

INGELHEIM

C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim am Rhein
Tudományos iroda: Budapest V., Ferenc József-tér 5/6 félemelet 5

84. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1940 június 29.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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:

Sarkady László: Pfeiffer-féle mirigyláz. (329—330. oldal.)

Csillag Miklós: Vizsgálatok synthetikus oestrogen-anyagokkal. (331—332. oldal.)

Deutsch Ernő: Osteomyelitis infectiosa. (332—333. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (53—56. oldal.)

Irodalmi szemle: (333—335. oldal.)

Könyvismertetés: (335. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (335—338. oldal.)

Rejtő Sándor: Megjegyzés Ajkay Zoltán cikkéhez. (O. H. 23. sz.) (338. oldal és a borítólap III. oldalán.)

Lapszemle: (a borítólap III. oldalán.)

Vegyes hírek: (a borítólap III. és IV. oldalán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár.)

Pfeiffer-féle mirigyláz.

Irta: *Sarkady László dr.*

A mirigylázat először 1889 szeptemberében *Pfeiffer Emil* wiesbadeni orvos mutatta be a kölni természettudományi egyesület ülésén. A bemutatás óta számtalan tapasztalat és leírás igazolta *Pfeiffer* helyes megfigyelését és a külföldi irodalomban e kórformáról, valamint a hozzá közelálló s vele sokszor könnyen összetéveszthető betegségről igen sok közleményt találunk.

A betegség lényege, hogy ismeretlen ártalom behatására sporadikusan, endemiásan lép, nyirokmirigy megnagyobbodás, láz és jellegzetes vérkép (lymphoblastok, plasmasejtek) keletkezik. Az esetek 80%-ában 12 éven aluli gyermekeken, főleg az 5—9 éves fiukon észlelhető. Inkább tavasszal és ősszel látjuk. Két főformája ismeretes: 1. általános mirigyszövetduzzanat (Pfeiffer-typus); 2. anginás typus. Igen ritkán észlelhető az ú. n. leukaemiás forma is. Prodromalis szaka rövid és tünetszegény. A kezdő szak már gazdagabb tünetekben: nyelési fájdalom, pharingitis, köhögés, torticollitisig fokozódó tarkófájás, orrvérzés jelentkezhet. 24—48 óra múlva már megjelenhetnek a mirigyduzzanatok, előbb a parotis tájékon, azután az áll alatt, a tarkón, később testszerte. Közben megjelenik a láz, amely sokszor 40 C°-ot is elér, máskor pedig teljesen láztalanul folyik le a betegség, typusos lázmenet azonban soha nincs. A mirigyduzzanat kemény, nem genyed el. A lép megnagyobbodása annyira hozzátartozik a kórképhez, hogy enélkül a mirigylázat nem is állapíthatjuk meg. Nem ritka a máj megnagyobbodása sem, amihez néha sárgaság járulhat. Mint igen súlyos szövődmény megjelenhet a nephritis is. A Pfeiffer-féle forma adja az esetek négyötöd részét, a többi csupán mint ritka változat jelentkezik, amilyen pl. a mediastinalis és az abdominalis localisatio. Leírtak scarlatiniform, rubeoliform, polymorph exanthemával járó alakokat, a kiütések alakja azonban nem jellemző. A betegség bármelyik szakában előfordul angina, amely lehet follicularis, lacunaris diphtheroid és ulcerosus jellegű. A kórokozó mindezideig ismeretlen. Incubatiós szakát 5 naptól 3 hétre tehetjük. Belépési kapu az orr-garat lymphatikus szövete, vagy talán a gyomor-bélhuzam. Az élőben exstirpált mirigyek leukaemiás szöveti képre emlékeztetnek (hyperplasia, sinusok gyulladása), bár az eltérés ettől sokféle lehet, aminek oka, hogy a kimetszés a betegség más- és más szakában történik. Kimutatták, hogy a gyermekek mirigyláza azonos a felnőttek lymphoid sejtes anginájával. Az elkülönítés igen nehéz. Az első időben a typhushoz hasonlít: láza, leukopeniája, relativ lymphocytosisa és tapintható lépe van a betegnek. A diagnosisra ebben a szakban a typhusra történő haemokultura positivitása ill. negativitása adhat irányt. Mivel pedig a Wassermann-reactio sok esetben átmenetileg positiv, feltétlen el kell különítenünk a luestől is. Igen gyakran összetéveszthető, különösen a kezdeti szakban a grippével, postanginás lymphadenosissal és diphtheriával. A diagnosist kétes esetekben csupán a Hanganatziu—Deiersche agglutinatiós reactio dönti el, amennyiben a megfigyelés és a kisérletek alapján a betegségre jellemzőnek látszik. *(Leendorff.)* A reactio nem specifikus heterophil antigenek kimutatásán alapszik, amit erősen higított betegsavóval és mosott birkavörösvértestekkel (haemaglutinatióval) végezhetünk el.

A mirigyláz legjellemzőbb tünete a vérelváltozás, amely valószínűleg valamilyen lymphotrop virus hatására következik be. A vérképet lymphablastos, plasmasejtes reactio jellemzi. A lymphocyták száma absolute is megnövekedett, közöttük számos éretlen, sokszor nem is diagnostizálható sejtalak van, amelyek hasonlítanak a plasmasejtekhez. A leukocyták száma 10—25 ezer, sőt ennél több is lehet. A relativ lymphocytosis 60—90%, mely a betegség 5—9napján kulminál. A lymphocytosis oka valószínűleg a lymphás szövet hyperplasiája, ill. hyperfunctiója. Az eosinophilek sohasem tünnek el teljesen, sőt a reconvalescentiában nagyon megszaporodhatnak. Az erythropoesis rendes. Igen fontos, szinte diagnostikus jelentőségű, hogy a thrombocyták száma a betegség alatt mindvégig változatlan marad. — A lymphocytosis a betegség lezajlása után hetekig, hónapokig megmaradhat. Éppen emiatt hasonlít a heveny leukaemiához, amivel igen gyakran összetévesztik. *(Türk).* Az elkülönítés csak a vérkép alapos ismerete alapján lehetséges. A gyorsan bekövetkező anaemia minden esetre a mirigyláz ellen szól. A kettő között kórbonctani szempontból csupán intensitásbeli különb-

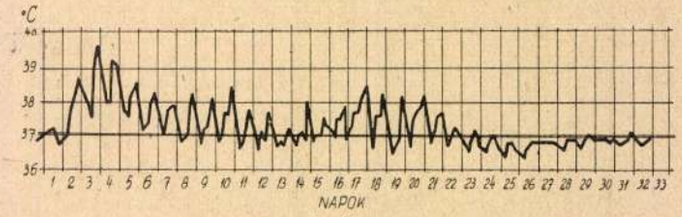
séget vesznek fel. A kettő közötti összefüggést sem bizonyítani sem tagadni határozottan mindaddig nem lehet, amíg mindkettő kórokozóját meg nem ismerjük.

A betegséget épen ezért jelenleg nem is mint specifikus kórokozó okozta fertőző betegséget, hanem, mint tünetcsoportot fogjuk fel. Ez a tünetcsoport több szerző szerint bizonyos belső adottság (constitutio) következménye. Az ilyen betegeken bizonyos behatásokra olyan rendellenes, ú. n. lymphatikus reactio jelentkezik, amely a fent ismertetett vérképi elváltozásban nyilvánul meg. *Eismeyer* és *Putschár* ugyan felteszik a közölt typusos mirigylázas esetük alapján, hogy az alkatnak nem lehet szerepe, minthogy betegünknek időközben támadt peritonsillaris tályogja a lymphaemoid vérképet leukocytosis felé tolta el. Sokan vannak azonban, akik bizonyos ártalom behatására vezetik vissza a megnyilvánuló lymphatikus reactiót. *Bland* pl. amellett foglal állást, hogy lenni kell valamilyen specifikus kórokozónak u. i. ő a betegséget emberről nyúlra, nyúlról majomra tudta átvinni. A kórokozó valószínűleg belégzéssel, vagy a tápcsatornán át jut a szervezetbe, azonban ettől eltérő úton is bekövetkezhet a fertőzés. *Wendt* közleményében pl. emlékeztet *Haberfeld*nek 1914-ben leírt kullancscsípés okozta betegségére, amelyet Középbraziliában figyelt meg. Itt egy kullancsfajta csípése után az egyéneken általános mirigyduzzanat, lépdaganat, a vérben lymphocytosis (lymphoblast, plasmasejt) keletkezik.

A betegség prognosisa jó. A gyógyulás ideje 2—6 hét. A kezelés tüneti, nagy láz esetén chinin-pyramidonkeveréket kúpok alakjában ajánlhatunk.

Érdekesnek látszik, hogy míg a külföldi irodalomban számos ilyen sporadicusan, endemiásan mutatkozó Pfeiffer-féle mirigylázat írnak le, addig a magyar irodalomban idevonatkozó közleményt nem találunk. (*Heister, Weber—Bode, Jakobsohn, Piccoli, Leender, Schultz, Badley, Lange, Studer, Tschilow, Angelini*). *Boros* prof. haematologiai könyvében megemlíti ugyan, hogy voltak ehhez a kórképhez tartozó esetei, de ezekről részletes közlést nem ismerünk. Mi kb. egyidőben (december, január) két esetet észleltünk, amelyeket az alábbiakban ismertetünk. Sajnos részletes vizsgálatokkal nem rendelkezünk, miután a betegeket csak magánpraxisban észleltük és nem volt alkalmunk mindenre kiterjedő klinikai és laboratoriumi vizsgálatokat végezni.

1. eset. B. L. 21 éves férfi. Kórelőzménye a 17 éves korában végzett tonsillektomián kívül semmi említésreméltót nem tartalmaz. 1939. XII. 17-én fejfájásról, különösen tarkófájásról és általános rosszullétről panaszkodott. Physikalis vizsgálat a gyanut typhusra irányította, mivel kissé megnagyobbodott, tömttebb lépet tapintottunk. A következő napon végzett vérvizsgálat gyanunkat csak megerősítette, u. i. 5200 fehérvérsejtet, 42%-os relativ lymphocytosit és aneosiniphiliát találtunk. A typhus-bacillus tenyésztésre történt haemokultura azonban negativnak bizonyult A vérkép vizsgálatakor feltünt, hogy a lymphocyták nagyrészének széles plasmája és habos szerkezetes magja van. A beteg ebben az időben fülelőtti és áll alatti mirigyduzzanatot vett észre, mely kissé fájdalmas is volt. Ennek nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottunk, mivel a betegnek nem lévén tonsillája, másodlagos mirigyek duzzanatának fogtuk fel. A következő napokban a láz két hétig majdnem septikus volt. A lázmenetet egyébként az 1. ábra mutatja. Két hét múlva (1940. I. 2.) megismételtünk a vérvizsgálatot, amikor 12.000 leukocytát és 78%-os lymphocytát találtunk. A sejteknek azonban csak kisebb része volt kis lymphocyta, legtöbbje az éretlen sejtek tulajdonságai mutatta. Voltak keskeny, sötét plasmaszegélyű vacuolás magvú sejtek. Ezek mellett szélesebb plasmájú alakok, melyeket monocytákhoz hasonlíthattunk legjobban, sokszor pedig egészen differentiálatlan sejteket találtunk. Elvétve egy-egy plasmasejt volt látható, máshelyen pedig csupán a mag látszott, a plasma eltünt. A vörösvérsejtek száma 4.800.000, 94%-os haemoglobinnal, a thrombocyták száma 270.000, az oxydase-reactio negativ. Ekkor gondoltunk először a Pfeiffer-féle mirigylázra. Valóban a fül mögötti, az áll alatti, tarkótáji, hónaljárki nyirokcsomókat tapinthatónak találtunk, a lép pedig 2 ujjal haladta meg a bal bordaívet és kissé tömötteb volt. Inguinalis mirigyeket nem sikerült tapintani. I. 10-én a fehérvérsejtszám 8.300, 73%-os lymphocytosis. A sejtek alakja, mint előbb. Ez időtől kezdve a beteg láztalan. (l. 1. ábra.) — I. 17. Fehérvérsejtszám 7800. A kenetben 60% lymphocyta igen sok éretlen alakkal. A beteg ekkor már annyira jól érezte magát, hogy felkelt. Lépe és nyirokmirigyei azonban még tapinthatók voltak. I. 27. 51%-os lymphocytosis. III. 28. Fehérvérsejtszám 8800, lymphocyta 32%, segment 60%. Vörösvérsejt 4.600.000 haemoglobin 90%. A beteg teljesen egészségesnek érzi magát, mióta pedig felkelt, hizott is. Lépe, nyirokcsomói nem tapinthatók.



1. ábra.

A beteg kezdetben lázcsillapítókat, később roboransokat (Fowler-oldat) kapott.

2. eset. M. K. dr. 25 éves orvosnő. Gyakori tonsilitise miatt 15 éves korában manduláját eltávolították, egyébként teljesen negativ. Jelen betegségére vonatkozóan előadja, hogy ez év január első napjaiban kissé levertnek érezte magát és tarkóján tompa fájást érzett. Azt is észrevette, hogy állalatti nyirokmirigyei kissé megduzzadtak. Láza nem volt. Nem tulajdonított nagyobb jelentőséget az egésznek, csupán a másodlagos mirigyek gyulladásának gondolta a mirigyduzzanatot. Közérzete azonban pihenésre sem javult. I. 9-én mért először 37.3 C° lázat. Ekkor fehérvérsejtszáma 20.000 volt 72% lymphocytával. A lymphocytáknak csak egy része kis lymphocyta, a nagyobb rész fiatal, éretlen sejtalak volt. Aneosiniphilia. Ugyanekkor már nemcsak az állalatti, hanem a nyaki, occipitalis, hónaljárki és az inguinalis mirigyek is tapinthatók voltak. A mirigyek kemények, alig nagyobbak azonban borsónál, babnál. A lép fel- és lefelé kissé megnagyobbodott. I. 12. Leukocytaszám 12.000-re esett, ebből 62% lymphocyta, 17% segment. I. 21. 7800 fehérvérsejtet, 60% lymphocytát és 30% polymorph magvú leukocytát találtunk. I. 27. 31%-os lymphocytosis mellett 41%-os segment. A betegség alatt csak subfebrilitás volt (37.3 C°). Mellkasátvilágítással a tüdőben semmit nem találtunk. Közérzete már I. 15-én annyira jó volt, hogy munkáját el tudta látni, a vér- és nyirokmirigyelváltozások azonban, azután is tartottak. Január végén ellenőrző vizsgálat: a lépet tapintani nem lehet és a nyirokmirigyek duzzanata is megszünt. Kezelése a betegség alatt csupán tüneti volt.

Mint igen figyelemreméltó tényt kell megemlítenünk, hogy az egyik betegnek 4, a másiknak 10 év előtt manduláját már eltávolították. Ezek szerint az előbbiekben jelzett behatolási kapú egyrésze a fertőzés keletkezékor, amik a mandulákra vonatkozna, betegeink esetében elesett.

Pfeiffer-féle két mirigylázas esetünket azért ismertettük részletesen, hogy felhívjuk a figyelmet a betegség valószínűleg elég gyakori előfordulására. Nem tartjuk ugyanis még azt sem kizártnak, hogy sok „influenzának" kórjelzett betegséget, mikor igen gyakran anginát, mirigyduzzanatot, lymphocytosist találunk, talán ebbe a kórképbe tartozónak kell ítéinünk.

Erjedéses dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár nagyszerűen bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A Caphosein mindazon követelményeknek megfelel, melyet az orvostudomány a tejfehérjekészítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjéit, (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javalt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár.)

Vizsgálatok synthetikus oestrogen-anyagokkal.

Irta: *Csillag Miklós dr.*

A tüszőhormon gyógyító hatásának a modern orvostudományban jelentékeny szerep jut, különösen azóta, hogy a sikeres gyógykezelés feltételei, a szükséges adagok nagysága, az adagolás módja, időpontjának a cyclushoz viszonya, mindinkább ismertekké válnak. A tüszőhormon indokolt mértékbeni igénybevételének azonban nagy akadálya az, hogy az általában tekintélyes adag alkalmazásának legtöbbnyire hosszú ideig kell történnie, a tüszőhormon előállítási költsége és így forgalmi ára is magas, ilyenformán a kezelés költséges volta következtében a gyógykezelés a rászoruló betegek nagy része számára szinte hozzáférhetetlen. Ezen okok miatt mindenképen indokolt az a törekvés, hogy a tüszőhormont valamilyen, az eddigitől eltérő módon, olcsóbban állítsák elő, vagy pedig a tüszőhormon helyettesítésére más, tüszőhormon-hatású, olcsóbban előállítható anyag kerüljön forgalomba.

A nagymolekulájú szerves vegyületek, mint amilyen a tüszőhormon is, biologiai- és gyógyító hatásukat nem az egész molekulájuknak, hanem csupán a molekula egy-két atomcsoportjának köszönik. Ha tehát az ilyen vegyületeknek a chemiai szerkezete és ebből a gyógyító hatást létrehozó atomcsoportja ismertté válik, lehetőség nyilik az eredeti vegyülettel esetleg csupán néhany atomcsoportban megegyező, egyébként attól lényegesen eltérő összetételű, de vele mégis egyező hatású gyógyszer synthetikus úton történő előállítása. Az újabban előállított ú. n. stilben-származékok is lényegesen eltérnek chemiai szerkezetükben az eredeti tüszőhormontól, jóllehet élettani hatásaikban mutathatnak hasonlóságot. E csoport alapvegyületének, a stilboestrolnak a biologiai hatását tettük vizsgálat tárgyává, annak eldöntése céljából, hogy mennyiben felel meg ez a vegyület a tüszőhormonnak és alkalmas lehet-e annak helyettesítésére.

A vizsgálandó anyag és a tüszőhormon hatásának összehasonlításakor a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. alkalmas-e a stilboestrol ugyanolyan élettani hatások kiváltására, mint a tüszőhormon;

2. mekkora mennyiség vált ki belőle a tüszőhormon egységének megfelelő hatást;

3. a stilboestrol által létrehozott hatás hosszabb, vagy rövidebb idő alatt zajlik-e le, mint az élettani forrásokból származó tüszőhormon-készítményeké.

A tüszőhormon kimutatására leggyakrabban alkalmazott eljárás az Allan—Doysi-féle, a rágcsálók hüvelyi oestrus-reactiójának kiváltása. Annak a megállapítására törekedtünk tehát, hogyan viselkedik a stilboestrol a reactio kiváltása szempontjából. A hazai stilboestrol készítményt a Wander-gyár bocsátotta rendelkezésünkre, melyet „*metrokrin*" néven hoz forgalomba.

Kisérleti állatul castrált patkányt használtunk a következő kisérleti beállításban: 12 patkány 0.5 γ, 13 patkány 0.3 γ, 25 patkány 0.25 γ *stilboestrolt*, 25 patkány 1.5 γ, 13 patkány 1.0 γ és 12 patkány 0.6 γ *ketohydroxyoestrint* kapott 24 óra alatt 3 egyenlő részre elosztva. Egyező hatást a 0.25 γ stilboestrol és az 1.5 γ ketohydroxyoestrol által értünk el, amennyiben mindkét esetben az ezt az adagot kapó 25 patkányból 19 került oestrusba.

A metrokrin oestrogen hatásának vizsgálata castrált patkányon. Hüvely-oestrus reactio.

	Adag nagysága γ	Állatok száma	Oestrus %
	0.25	26	73
	0.3	13	30.7
Metrokrin	0.5	12	75
	0.6	12	8.3
	1.0	12	20.8
Ketohydroxy-oestrin .	1.5	25	76

Az oestrus bekövetkezése után az állatok hüvelyváladékát rendszeresen tovább ellenőriztük, míg csak ez a dioestrusnak megfelelő képet nem mutatott. Ezáltal a reactio időbeli lefolyásáról is tiszta képet nyertünk. Az oestrus az állatok legnagyobb részén 60—70 óra között következett be, 96 óra múlva szűnt meg és 180 óra elteltével már valamennyi állat, (amely 0.25 γ kapott) dioestrusban volt.

A metrokrin hatására keletkező hüvely-oestrus reactio időbeli lefolyása.

Adag nagysága	Az adagolás kezdete óta eltelt idő	A reactio minősége
0.25 γ	48 óra	oestrus 66.0%
0.25 „	84 „	„ 56.3 „
0.25 „	96 „	„ 8.3 „
0.25 „	108—180 óra	meta-dioestrus
0.25 „	180 órán túl	dioestrus

A stilboestrol segítségével tehát az Allan—Doysi-test épúgy kiváltható, mint más tüszőhormonkészítményekkel, a stilboestrolból ugyanolyan hatás kiváltásához patkányokon súlymennyiségben kb. 6-szor kevesebb kell, mint ketohyroxyoestrinból. A reactio időbeli lefolyása ugyanolyan, mint a ketohydroxyoecstinnel.

A hüvelyi oestrus képét azonban nem csak a tüszőhormon hozhatja létre és ez a kép nem mindig biztos jele az oestrus jelenlétének, mert a hüvelynek ú. n. cornificatiós állapotát is jelenheti, mely utóbbi egyéb körülmények között is létrejöhet. Ezért annak eldöntése céljából, hogy az elért eredmény kétségtelenül tüszőhormon-hatás-e, a stilboestrollal a tüszőhormon más biologiai hatásának előidézésére is törekedtünk.

Ismeretes, hogy a tüszőhormonnal az Allan—Doysi-reactio kiváltásához szükséges mennyiségnél nagyobb adagokkal castrált és infantilis rágcsálókon ú. n. méhoestrus jellegzetes képe is kiváltható. A méhoestrus abban áll, hogy a méh és a méhkürt megvastagodik, vérbővé válik és a hatás tetőpontján, amely az első injectio beadásától számított 44—48 óra múlva jelentkezik —, benne víztiszta folyadék halmozódik fel, melynek feszítése következtében a méh üvegszerűen átlátszóvá válik. Castrált patkányokon a mi coloniánkban a méhoestrus kiváltásához ketohydroxyoestrinből kb. 4.8 γ szükséges.

Ennek a reactiónak a kiváltását különböző nagyságú stilboestrol adagokkal 48 castrált patkányon kisérletük meg. A patkányok 0.35—6.0 γ stilboestrolt kaptak 24 óra alatt 3 egyenlő részletben. 48 óra múlva aether-narkosisban a patkányok hasát megnyitottuk és a méhet megtekintettük. A méhoestrust megfelelő adagokkal tudtuk kiváltani. A legkisebb adag, mely a kisérleti állatok legalább 75%-án a méhoestrust még kiváltotta, 0.95 γ volt.

A méhosetrus időbeli lezajlásának megállapítása céljából az állatok egy részén 24—48 óra múlva újra hasmegnyitást végeztünk. Az állatok méhének megtekintéséből megállapítottuk, hogy 24 óra múlva, tehát kb. 72 órával a hormonadagolás megkezdése után nagyobb adagoknál az állatok átlaga a positiv méhoestrus reactio határán volt, míg 96—100 óra múlva már valamennyi állaton lezajlott a méhoestrus.

Méhoestrus vizsgálata castrált patkányon.

Adag nagysága	Vizsgálat ideje óra	Állat száma	Reactio értékjele 5-6	3-4	1-2	+ %	Állag
6 γ metrokrin	48	6	—	1	5	**84**	**2.3**
6 „ „	72	3	—	1	2	66	2.2
6 „ „	96	3	3	—	—	—	5.0
4 „ „	48	6	—	—	6	**100**	**2.0**
4 „ „	72	4	—	2	2	50	3.0
4 „ „	96	3	3	—	—	—	4.5
0.95 „ „	48	11	—	2	9	**82**	**2.1**
0.95 „ „	64	9	—	5	4	44	2.7
0.95 „ „	72	7	3	4	—	—	4.0
0.62 „ „	48	8	—	7	1	**12**	**2.9**
0.62 „ „	64	6	0.5	5.5	—	—	3.6
0.62 „ „	72	4	2.5	1.5	—	—	4.7
0.35 „ „	48	5	—	4.5	0.5	**10**	**3.6**
0.35 „ „	64	6	—	4.5	1.5	25	3.0
0.35 „ „	72	4	4	—	—	—	5.6

A metrokrin-stilboestrol tehát a méhoestrus kiváltására is alkalmas, a reactio kiváltásához szükséges stilboestrol mennyisége 5—6-szor kisebb, mint a ketohydroxyoestriné. A reactio időbeli lefolyása a ketohydroxyoestrin hatásával megegyezőnek bizonyult.

Következő kérdésünk az volt, hogy a vizsgált anyag alkalmas-e a méhnyálkahártya olyan természetű előkészítésére, amely után sárgatesthormon képes azt praegravid nyálkahártyává átalakítani. Köztudomású, hogy a sárgatesthormon a nyúl méhére semminemű hatást nem gyakorol, ha e hormont egymagában adjuk. Ha azonban a nyúl előzőleg 4—7 napon át bizonyos mennyiségű tüszőhormont kapott és azután adagoljuk a sárgatesthormont, a kivágot nyulméh szövettani képén a praegravid szaknak (progestional proliferation *Corner—Allen)* megfelelő átalakulást tapasztalunk.

Az elmondott hatás elérésére 4 infantilis nyúlnak 6 napon át, 6 egyenlő részletre elosztva 10, ill. 25 γ metrokrin-stilboestrolt, majd egy napi szünet után valamennyinek 6 napon át 1—1 mg progesteront adtunk. A 14. napon az állatokat megöltük, méhüket kivágtuk és szövettanilag feldolgoztuk.

Valamennyi nyúlméh a praegravid szaknak megfelelő szövettani képet mutatta.

A stilboestrol tüszőhormonszerű chemiai és biologiai szerepét méginkább megerősítheti annak a bizonyítása, hogy ezt a hatást is éppúgy, mint a tüszőhormon hatását, a sárgatesthormon megbénítani (antagonisálni) képes.

E hatás vizsgálata céljából 8 infantilis patkánynak 0.6, ill. 1.0 γ stilboestrol és 1 mg progesteron keveréket adtunk 24 óra alatt 3 egyenlő részletben. 48 óra elteltével az állatok hasát megnyitottuk, méhüket megtekintettük, amikor is megálalpítahtó volt, hogy ezen állatok közül egyiknek a méhe sem mutatta az oestrusnak megfelelő elváltozásokat, míg annak a 4. patkánynak a méhe, amely csupán stilboestrolt kapott, kivétel nélkül oestrusba került.

A vizsgált anyagnak toxikus hatása észlelhető nem volt. Azok az állatok, melyeket a kisérletek folyamán meg nem öltünk, a kisérlet után 4 héttel még valamennyien életben voltak. Leghosszabb ideig, 6 napig, a nyulak kaptak stilboestrolt, ezeken sem volt az adagolást követő 8. napig, — a kisérlet befejezéséig — semminemű ártalmas hatás észlelhető.

Eredményeinket összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a metrokrin-stilboestrol biologiai hatása a vizsgált szempontokból a tüszőhormonénak megfelel. A reactiók időbeli lefolyása is ugyanolyan, mint a ketohydroxyoestrin által kiváltott reactióké. Quantitativ szempontból patkányokon a metrokrin hatása ennél lényegesen erősebb, a hüvelyi és méhoestrus kiváltásához egyaránt 5—6-szor kisebb adag elegendő belőle. A synthetikus anyagnak az alkalmazott dosisban toxikus hatása nincs.

A *metrokrin* tüszőhormon-szerű biologiai hatását négyféle szempontból vizsgáltuk. Mivel az emberen elérhető gyógyeredmények a tüszőhormon-készítményeknek azon hatásain alapulnak,amelyeket vizsgálat tárgyává tettünk, a metrokrin, mely e biologiai követelményeknek megfelel, klinikai kipróbálásra és alkalmazásra megfelelő készítménynek tekinthető.

A Bródy Zsigmond és Adél gyermekkórház fertőző osztályának közleménye. (Főorvos: Deutsch Ernő.)

Osteomyelitis infectiosa.*

Irta : *Deutsch Ernő dr.*, főorvos.

A 14 éves jól fejlett és táplált fiún két napos lázas időszak után kezelőorvosa az alsó végtagok bénulását állapította meg; kórisme: *Heine-Medin* és ezzel a diagnosissal vettük fel kórházunk fertőző osztályára. Egy napi tartózkodás után megállapítható az alsó végtagok paraplegiája és anaesthesiája, mely a regio genitalis- és sacralisra is átterjedt (az anaesthesiás terület felett egy hyperaesthesiás sáv), retentio urinae et alvi, has, hát és az alsó bordaközti izmok bénulása. Kórisme: *myelitis transversa.* A kórisme alátámasztására lumbalpunctiót végeztünk, (mely beavatkozás a véglegen kórisme tudatában a fertőzés tovavitelének veszélye folytán ellenjavalt.) Az eredmény negativ: víztiszta, normalis nyomással ürülő liquor cerebrospinalis, csekély sejtszaporulat.

Hirtelen inspiratorikus dyspnoë állott be, a has behúzódott, baloldalt a diaphragma magasan állt. (Röntgen által is igazolt paral. n. phrenici sin.) Az említett túlérzékeny sáv erős fájdalmasságig fokozódott, a VIII. és IX. háti csigolya magasságában a bőr kissé tésztás tapintatú s a kopogtatási hang tompa.

Wullstein—Wilms: „Lehrbuch der Chirurgie"-ben *J. Riedinger* a következőképen értekezik esetünket illetőleg a csigolyák osteomyelitis infectiósáiáról: „Die Diagnose ist in Fällen schwerer akuter und allgemeiner Erkrankung ohne deutliche Ausbildung der Phlegmone anfangs schwer". Igy esetünkben is csak lassan alakult ki a csigolya-osteomyelitis kórisméjének gyanúja.

Az ismételt röntgenfelvétel negativ eredménnyel járt. Csakhamar hullámzás keletkezett a VIII. és IX. hátcsigolyák táján a hát izomzatába terjedve és a tompulat a bal mellkas felett. A tályog punctiójakor a tű érdes felületű csontot ért. A genyből staphylococcus pyogenes aureus tenyészett ki.

Ezekután a végleges kórisme: *osteomyelitis vertebrae* VIII. et IX. propagatum ad cavum canalis vertebralis. Phlegmone perivertebrale. — Pyothorax lateris sin.

Az egész lefolyás egy hónapot tartott. A végleges kórismét a betegség negyedik hetének elején sikerült felállítani, de sebészi beavatkozást a beteg felette súlyos állapota folytán nem végeztethettünk. A halál súlyos sepsis közepette kifejlődött szívbénulás folytán folytán állott be. A tüneti kezelés katheterezés, glanduitrin és szívstimulánsok alkalmazásából állott.

A boncoláskor *(Erőss G. és Berceller I.)* kiderült, hogy a folyamat a csontvelőben illetve a szivocsos csontállományban kezdődött (más első-

*) A Magyar Gyermekorvos Társaság április 16-iki ülésén tartott bemutatás nyomán.

leges gócot nem sikerült kimutatni) és innen terjedt át a tömör csontállományra és a csonthártyára. — Ezt igazolja az is, hogy a csontvelő szine az élénkvöröstől egész a szürkésvörösig változott — a gyulladás korának megfelelően —, míg a legrégibb helyen már genyes beolvadásokat találtunk. Ez a beolvadás terjedt át a tömött csontállományra és hatolt ennek üregein és ércsatornáin keresztül a csont felszinére — a csonthártya alá. Itt már azután szabadabb terjedési teret kapott, a csonthártya alatt geny gyült meg, mely a csontban, illetve a csontvelőben lévő központi genyes góccal összeköttetésben állott. A csonthártyán keresztül a geny sipolyjáratokat képezett a lágyrészekbe és igy okozta a hátizomzat genyes phlegmosus beszűrődését. Az izomzatba bemetszve abból sürú sárga geny ürült. A VIII. és IX. hátcsigolyák tövisnyújtványai és harántnyújtványa csonthártyájától megfosztott és feltünően érdes felületü. A harántnyújtványok átfürészelése után kitünik, hogy a gerinccsatorna üregét epiduralisan fel egész a nyaki gerincoszlopig sürű zöldessárga izzadmány tölti ki. A kemény- és lágyburkok között izzadmány nincs, a lágyburok kissé bővérü. E folyamat megfelel a *H. Pelte* által leirt, a csigolyák osteomyelitise következtében keletkezett pachymeningitis spinalis externának, mely az epiduralis területre és a lágy agyburkokra terjed át s az igy termelt geny színvonala fokozatosan emelkedve, fokozta a gerincvelő összenyomásának tüneteit. A VIII. hátcsigolya magasságában a gerincvelő állománya feltünően lágy, a metszéslapról szinte kibuggyan, mi a gerincvelő összenyomása folytán létrejött keringési zavarnak és másodlagos oedemának tudható be (kórszövettani elváltozás nem mutatható ki), mi teljesen *Bornstein* megállapitásainak felel meg.

Az osteomyelitis infectiosa vertebrarum felette ritka kórképével sokan foglalkoztak. *André Martin* a *Nobécourt* által kiadott „Traité de médecine des enfants"-ban joggal ir az e tárgyra vonatkozó „legteljesebb confusióról" s kiemeli a kórkép ritkaságát. *Lorenz, Kirchhoff, Volkmann* és *Verebély* hasonlóképen nyilatkoznak e betegségről.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

Az orr-garatür tuberculosisa. Koch-positiv köpet negativ röntgenlelet mellett. *J. Watkins Trenis.* (Amer. Journ. Med. Sci. 1940. 199. 3.) Szerző két esetet ismertet, ahol Koch-positiv köpet mellett a tüdőn és a gyomor-bélrendszerben röntgennel és egyéb vizsgálatokkal nem lehetett tuberculosisos elváltozást kimutatni és a betegek panaszai nem feleltek meg a tuberculosisnak. Mindkét esetben a baciliusürités forrása az orrgaratür, illetve a hátsó nyaki nyirokcsomók izolált tuberculosisa volt. Ismeretlen aetiologiájú gyakori adenoid toroklobokban és minden Koch-positiv köpet esetén ha egyéb vizsgálattal az ürités forrása nem állapitható meg, érdemes megvizsgálni tüzetesen az orrgaratürt is. (G. 35.)

Dőgl Tibor dr.

Autohaemagglutinatio hyperchrom anaemiában. *S. Krauter.* (Wien. Klin. Wschr. 1940. 14.) Paroxismalis haemoglobinuria egyes vérserumoknak azon tulajdonsága, hogy hidegben (0—5 C°) saját vérsejtjeiket agglutinálják. Ennek a hidegönkicsapódásnak folytatásaként igen ritkán (a világirodalomban kb. 33 eset ismeretes) előfordult a jeelnség szobahőmérsékleten is. (25—31 C°). Ezt a közönséges vörösvérsejtszámlálóskór kórismézhetjük már, mert a vörösvérsejtek összecsomósodnak és csak melegitett eszközökkel és oldattal lehet azokat megszámolni. Az önkicsapódás főleg haematolienalis kórképekkel fordul elő. A szerző hyperchrom hyperaciditással járó vérszegénységet ir le, az alsó végtagon angiosarkoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex Kaposi-val. A beteg vörösvérsejtjeit A-csoportbelinek találták, a serum antitestjét AB csoportúnak. A beteg vérsavója 31—31.5 C° között kicsapta saját vérsejtjeit, valamint minden másfajta emberi vérsejtet is, továbbá tengerimalac, nyúl, sertés, szarvasmarha vörösvérsejtjeit. Galamb, béka és birka vörösvérsejtjeit nem agglutinálta. A beteg máj- és egyéb kezelésre alig javult, egy év múlva hirtelen 39 C°-os láz, kábultság, teljes étvágytalanság és ikterus. A kórházi felvétel után nemsokára beállt a halál, úgy hogy sajnos további vizsgálatokat nem végezhettek. A boncolás genyes bronchitisen kívül súlyos vérsejtszétesést és haemosiderosist derített ki. (B. 48.)

Kuchárik József dr.

Hypophysis-átültetés diabetes insipidusban. *E. Rissel.* (Wien. Klin. Wschr. 1940. 16.) A szerző 39 éves diabetes insipidusban szenvedő nőbeteg esetét közli, ki öt éve beteg, öt éve menopausa, 20 kg testsúlygyarapodás. Másirányú eredménytelen kezelés után két borjú hypophysisét transplantálták a beteg musculus rectusának fasciája alá. A kezdeti nagyfokú hypoglykaemia után ötödik napra vércukor 74 mg%, vérnyomás 120-ról 140 Hgmm-re emelkedett, vizeletmennyiség normalis, menstruatio. A beteg teljesen jól érzi magát. (B. 47.)

Szinna Ferenc dr.

Methaemoglobin képződése sulfanilamid hatására. *Fox-Cline.* (J. Clin. Invest. XIX. 1.) Sulfanilamid hatására (in vitro) a hb. nem alakul át methaemoblobinná, csak ha fény éri. Fény hatására a sulfanilamidnak egy kékszinü bomlástermeke keletkezik, ez a bomlástermék okozza a methaemoglobin-képződést, míg maga egy barna anyaggá változik át. Kisérleteiket in vivo és in vitro végezve spectroskoposan vizsgálták a fentemlitett anyagokat. Ugy találták, hogy a sulfanil-származékok okozta cyanosist is nagyrészt a fentemlitett kék anyag okozza. (G. 34.)

Juvancz Iréneusz dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET.

Rovatvezető: *Lippay-Almássy Artur.*

Dum-dum lövedékek hatása. *Thöle.* (Veröff. aus. d. Geb. d. g. Heeres-, Sanität-vesens. 1939. 110.) Az olasz-abesszin háborúban mindkét fél, akárcsak a világháborúban is, azzal vádolta az ellenséget, hogy az 1907. évi hágai megállapodás ellenére dum-dum lövedéket használt. Az ismét korszerü kérdéssel kapcsolatban közli a szerző a világháborúban holt anyagok, vágóhidra szánt marhán és lovakon végzett kisérleteit. A monographia-számba menő tanulmány végkövetkeztetései a következők: a dum-dum (d. d.) lövedék hatása éktelenedésén alapszik. Minél nagyobb a szövetek ellenállása; annál nagyobb a lövedék hatása összehasonlitva az éleshegyü lövedékekkel a dum-dum lövedék szélesebb területen roncsol, az éles lövedék pedig inkább a mélybe hatol. Az angolok hirhedt aluminiumhegyü lövedéke csak akkor válik d. d.-má ha hegyét lövés előtt letörik. Másfajta lövedékekből is alakitható mesterséges d. d., ha a lövedék magja ólom. Igy a francia egynemü lövedék, a D-balle sohasem válhat dum-dummá. A klinikai lelet alapján következtethetünk d. d.-lövésre, ha lágyrészsérülés esetében a kilövés helyén több sebnyilást találunk, ha a kilövés roncsolt szövetcafatain ólomtól származó szürke elszineződést észlelünk, vagy ha a kilövési seb közelében a lövedéknek bentrekedt, feitépett, a talpi gyürűvel még összefüggő acéltokjára akadunk. Ha csont is sérült, akkor a röntgen adhat felvilágositást; d. d.-lövés esetén a tört csont előtt s mögötte is tömeges ólompontoktól származó árnyékot látunk. A műtéti feltárás akkor nyújt támpontot, ha kis belövési nyilás alatt kiterjedt roncsolt nyilás üreg van. Számos ólomnyom, és több lőcsatorna igazithat bennünket útba. Boncoláskor a csontokon, koponyán kiterjdt szürke elszineződést és roncsolást állapithatunk meg. (L. 19.)

Lippay-Almássy dr.

Conservativ irányzat a hadisebészetben és a bekebeli gyakorlatban. *Chiurco.* (Giorn. di Med. Milit. 1940. 4.) A csukamájolaj és a vele készült kenőcs a spanyol és a keletafrikai háborúban mindenféle lőtt sérülés kezelésére elsőrangúan bevált. Ép oly jó szolgálatot tesz a bekebeli baleseti sebészetben is, sőt a szerző állatkisérleteinek tanusága és klinikai tapasztalata alapján, szinte minden seb gyógyitásában is, pl. végbélsipoly, csontvelőgyulladás, fekélyes bélhurut, gyomor-bélfekély, stb. esetében. A háborús sérülések közül különösen kedvező eredményeket értek el az olaszok a csukamájolajas kezeléssel a végtagcsontok és az izületek

lőtt sebeinek ellátásakor. Sebtakarítás után drótextensióban helyreigazították a törvégeket, a tátongó sebet megtöltötték csukamájolajas kenőccsel és körkörös gypskötésben rögzítették a sérült végtagot. Minden alagcsövezést elhagytak. Hasonlóképen ellátták a traumatikus eredetű csonkokat is. Ezzel az eljárással igen sok végtagot sikerült megmenteni az amputatiótól; még gázüszök jelentkezése alkalmával is, amikoris nyomban a heveny tünetek lezajlása után a fenti, *Löhr* által bevezetett kezelést alkalmazták. Számos gázüszök fertőzést arra vezettek vissza, hogy (Spanyolországban) gyakran és feleslegesen használták az érleszorító gummipólyát. A gázüszök többnyire comb- és alszárlövési sérülésekhez csatlakozott; az azonnal megejtett széles feltárás után hyperollal bőségesen öblítették a sebüreget, belsőleg prontosilt, visszérbe pedig napi 60 ccm-ig felmenően gázoedemaserumot adtak. (L. 18.)

Lippay-Almássy dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József* és *Benedek Andor.*

A sárgatesthormon védőhatása a terhességre a terhes méhen, illetve környezetében végzett műtétek esetén. *A. Reist.* (Zbl. f. Gyn. 1940. 3.) A sárgatesthormon védőhatásáról a terhes méhen, illetve a környezetében végzett műtétek eseteiben — kevés közlemény áll rendelkezésre. Ilyen műtétek: petefészektömlő kocsánycsavarodása, a méh falában ülő myoma, heveny féregnyulványgyulladás, hátrahajlott és incarcerálódott terhes méh kiemelése, stb. A terhességben végzett műtétek a tapasztalat szerint gyakran vezetnek vetéléshez. *Schmid* 308 terhességben operált féregnyulványgyulladás összehasonlításából azt találta, hogy 139 esetben, tehát az esetek csaknem felében a terhesség megszakadt. Szerző 10 év alatt féregnyulványgyulladás 6 esetében végzett műtétet és ezek közül 2 alkalommal vetélés következett be. 10 esetben a terheségben petefészekdaganatot távolított el, ezek közül 5 terhessége megszakadt. A terhességben végzett myomamütétek kilátásai a terheség szempontjából általában jobbak: szerző 4 esete közül vetélés 1 esetben sem következett be. Nagy gyűjtőstatistikákból *Tröll* 30%, *Brindeau* 40% gyakoriságban észlelte a vetélés spontan megindulását. Saját eseteit ismerteti, melyek közül egyikben az eltávolított petefészektömlő falában az egész sárgatest bennfoglaltatott. Kielégítő mennyiségű proluton adása mellett — 51 mg —, sikerült a terhesség kiviseltetése. (B. 9.)

Ábrahám János dr.

A női nemzőszervi rák elleni küzdelem orvosi szempontból. *Watkins.* (Amer. Journ. Obts. et Gyn. 1940. 39. 3.) A Schiller-próba és a kolposkop értékéről 11 vezető intézet véleményét összegezi. A Schiller-próbával nem tudták elérni *Schiller* szép eredményeit a felületes rák korai felismerésében. A próbát általában bizonytalan értékűnek tartják. A kolposkop értékére vonatkozólag is kedvezőtlenek a leletek nehéz értékelhetősége miatt. A rák megelőzésében igen fontosnak tartják a méhnyak szülési sérüléseinek és egyéb kóros állapotainak sebészi kezelését. A méhnyakleukoplakia esetén a gyökeres eljárás hívei. Hangsúlyozzák az időszakos ellenőrző vizsgálatok, valamint az orvosok alapos kiképzésének fontosságát a rák korai felismerésében. Egyelőre a makroskopos vizsgálat, a gyanus részek kimetszése és górcsövi vizsgálata, ill. a méhkaparás a legmegfelelőbb kórjelző eljárás. Kívánatos a rák korai tüneteiről a nők minél szélesebbkörű felvilágosítása, lehetőleg már a felsőbbiskolás korban. (B. 10.)

Kriszt József dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Gyulladásos szövetek helyi érzéstelenítése az otolaryngologiában. *Sprenger.* (Mschr. f. Ohrenhk. 74. 5.) A felfogás, vajjon gyulladt szöveteket lehet-e helybeli infiltratiós érzéstelenítésben operálni, vagy sem, még nem egységes. Sokan ellene vannak az eljárásnak, mondván, hogy a befecskendezéssel bakteriumok és toxinok préseltetnek a vérpályába és nyirokutakba, ami által nemcsak localis rosszabbodás következik be, hanem sepsis is kifejlődhet. Mások ezt tagadják, sőt az eljárást előnyben részesítik, mivel az érzéstelenítő folyadéknak baktericiditást tulajdonítanak. Az innsbrucki fül-, orr- és gégeklinikán 1935-től kb. 400 esetben végezték a peritonsillaris abscessus megnyitását infiltratiós anaesthesiában, de complicatió sohasem fordul elő. 1935-től 121 esetben ugyancsak infiltratiós anaesthesiában végezték az abscess tonsillektomiákat is — akárcsak a banalis tonsillektomiát — és hátrányát sohasem látták. A fülsebészetben, ha a trepanatio narkosisban elvégzését a beteg állapota ellenjavalja (öregedés, szívbaj, stb.), nem szabad idegenkedni a helybeli érzéstelenítéstől még azon esetben sem, ha a mastoiditis subperiostalis abscessussal szövődött. Szerző 35 eset közül egyszer sem látott complicatiót és a sebgyógyulás is normalis volt. A helybeli érzéstelenítés minden előnye mellett is mellőzni kell egyes esetekben, mint pl. az ajak-, orr- és arcfurunculusok incisiójában, ahol tekintetbe kell venni az e területen előforduló tágabb nyirokutakat, a laza kötőszövetet, amelyen át a fertőzés könnyebben haladhat előre. Összefoglalva azt lehet mondani, hogy a helybeli érzéstelenítés *körülírt* gyulladásos folyamatok esetében veszélytelen; megfelelő eljárással teljes érzéstelenség érhető el és a sebgyógyulásban sem mutatkoznak zavarok. (A. 21.)

Ajkay Zoltán dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Atypusos poliomyelitis-esetek és azoknak aetiologiai vonatkozása az infantilis akrodyniához. *Mayerhoffer.* (Ann. Ped. 1939. 153.) Az atypusos poliomyelitis-esetek bizonyos formáihoz, különösen, ha az agy is résztvesz a betegségben, közvetlenül kapcsolódhat akrodynia is. Az ilyen akrodyniával szövődött enkephalo-poliomyelitis eseten a gyógyulási szakban gyakran látjuk a hyperaemiás, meleg, erősen izzadó és később hámló tenyér- és talpfelszint mutató tünetcomplexumot. E tüneteknek a poliomyelitishez közük nincs. Aránylag sok akrodyniával társult enkephalo-poliomyelitis esetben észlelt a poliomyelitis tüneteinek kifejlődése előtt banalis enteritist. A direct *(Debré)* és az indirect *(Mayerhoffer)* alimentaris eredetű akrodynia és sok más akropathia (ergotismus, pellagra, chronikus arzérmérgezés, stb.) közös aetiologiai momentuma a meneskephalon (infundibulum) bántalmazottságában keresendő. (K. 59.)

Voltay Béla dr.

A járványos agyhártyagyulladás kezelése sulfanilamidkészítményekkel, különösen sulfopyridin eubasinummal. *Säker.* (Klin. Wschr. 1939. 18.) A járványos agyhártyagyulladás 6 esetében alkalmazta a sulfopyridin eubasinum készítményt. A kezelés hatására a betegség igen rövid idő alatt (1—2 hét) tökéletesen meggyógyult. E tekintetben az eubasinum messze felülmúlja az összes többi sulfamid készítményeket, annyival is inkább, mert utóbbiakkal ellentétben az eubasinum aránylag könnyen bediffundál a liquorba s így ott elég magas sulfamid concentratio érhető el vele. Emellett természetesen ajánlja az eddig használatos eljárások további alkalmazását is a meningitis therapiájában. (K. 58.)

Geldrich János dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Adatok a Kaposi-féle betegség casuistikájához. *W. Bruns.* (Dermat. Wschr. 1940. 14.) A sarkoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex *Kaposi* tünetei és megjelenési alakjai rendkívül tarka kórképet takarnak. A bőrjelenségeken kívül megfigyelték a legkölönbözőbb belső szervek hasonló betegségét is. Ellentmondó nézetek vannak a betegség kórokotanát illetőleg is. A kezelésben ezideig nem akadtak biztosan ható szerre. Két kórtörténetet ismertet, amelyek közül az egyik megfelel a betegség classikus képének. Az 54 éves férfibeteg mindkét lábhátán, penisén jelentkezett a betegség, s a szöveti kép is jellegzetes volt. Röntgenbesugárzásokkal sikerült a betegséget kedvezően befolyásolni. A másik eset némi eltérést mutatott a „classikus" képtől. Mind a klinikai, mind a szöveti kép a haemangioma symmetrica mellett szólt. A beteg arcán és homlokán helyezkedtek el a betegség tünetei. Hepatopsont, arsent és röntgenbesugárzást kapott és nagyon szépen javult. (Sz. 50.)

Nagy Imre dr.

Megjegyzések a gonorrhoea chemotherapiájához. *H. Fischer* prof. (Dermat. Wschr. 1040. 14.) A go. új chemotherapeuticumai hatásosságát ma már alig vitatják. Más kérdés az, hogy igazi gyógyulás áll-e be, vagy csak álgyógyulás. Mindig találunk olyan eseteket, melyekben a kezelés után végzett szabályos provocatio ellenére, hetek után kiujulás észlelhető. Szerző intézetében a go. kezelése a következő módon történik: miután a diagnosist mikroskopos vizsgálattal megállapították, a váladékot táptalajra ojtják s az eredmény rögzítése után kezdik el a chemotherapiás kezelést, amelynek minden napján górcsövi és tenyésztési ellenőrzést végeznek mindaddig, amig a táptalajokon a gono-

coccusok már nem nőnek ki. A gyógyszer adagolását ekkor beszüntetik, de az ellenőrzést folytatják. Ha egy idő múlva ismét kimutathatók, az annak a jele, hogy az alkalmazott gyógyszer hatása csak annyira csökkentette a gonococcusok életfelételeit, hogy azok a táptalajon kinőni nem tudtak, de elpusztításukra nem volt elegendő. Az utóbbi időben észleltek olyan eseteket, amelyekben a lappangási idő ellenőrizhetően három hét, vagy ennél is több idő volt. Szerző véleménye szerint lehetséges, hogy a fertőzési források ulcron, ill. albucid-kezelésben részesült nők voltak, akik partnerüket az e szerek által legyengített gonococcusokkal fertőzték meg. Ezért kellett a betegség kitöréséhez hosszabb idő. (Sz. 49.)

Nagy Imre dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A húgyhólyagba jutott idegentestek atypusos eltávolítása. *F. J. Weber.* (Wien. Klin. Wschr. 1940. 7.) Az eszközök és műszerek tökéletesítése, különösen pedig a műtéti cystoskop és Young-féle idegentest-fogó óta a hólyagba jutott idegentestek eltávolítása általában nem nehéz feladat. — A használatos eljárások akár a húgyvezetéken, vagy ha így nem sikerül, magas hólyagmetszés útján egyaránt célravezetőek. Nők mellső hüvelyboltozatán keresztül is a hólyagba juthatunk, férfiakon az urethrotomia is szóbakerülhet. Mindig azt az utat kell választani, amely a betegre nézve a legkíméletesebb. Ilyen eljárás kétségkívül a vértelen transurethralis eljárás, tehát hacsak lehet ezt kell választani. Szerző ezután két esetet ismertet, amikor a cystoskopon keresztül bevezetett idegentestfogóval nem sikerült az igen vékony és síkos idegentestet eltávolítani és már-már sectio altát akart végezni, amikor utolsó kísérletnek vakon egy igen karcsú polypfogószerű horgatian műszert vezetett a hólyagba és ezzel az idegentestet óvatosan kitapintva, azt onnan eltávolította. Gyakorlott orvosnak, mielőtt sectio altát végezne, ajánlja ezt az atypusos eljárást. (O. 36.)

Péteri László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Pesti medikus. Irta: *Bártfai Roland,* (Kapható: Pfeifer Ferdinándnál, Budapest. Ára: 2.— pengő.) Minden orvos művészlélek, mert a legszebbel: az emberrel foglalkozik, annak titkait kutatja s a test rejtelmein át a lélekbe lát. A kiválasztottaknak a kifejezésbeli készség is megadatott, zenében, alakítóművészetben, vagy költészetben, hogy alakot, hangot tudjanak adni a lelkükben felcsendülő harmóniának és átéléseknek. — Ilyen kedves kis versesfüzet ennek a tanáraira, szigorlataira, küzdelmes tanulóéveire, cimborára olyan finom lélekkel emlékező medikusnak könyve is, mit nem lehet meghatottság nélkül olvasnunk. *Lenhossék, Bokay János* és *Árpád, Jendrassik, Dollinger* és többen elevenednek meg a strófák fénysugara alatt lelkünkben és rokonszenvünk még nő a már meglett orvos lantja pengetésekor, mikor a világháborúról, kórházáról, kisfiáról énekel, vagy Kassát s a szétdarabolt hazát siratja. Aki szereti pályáját, testtel-lélekkel orvos, sok gyönyörűséget fog találni *Henszelmann Aladár* verseiben.

Vámossy prof.

Il tracoma. Irta: *Lorenzo Bardelli* prof. (Marzocco, Firenze.) A firenzei egyetem emeritált szemésztanára *Bardelli* senator a trachoma diagnosisáról, gyógyításáról s megelőzéséről 188 oldalas könyvet adott ki. Az első részben a betegség anatomiájával s pathologiájával foglalkozik, a második részben a klinikájával, a harmadikban a gyógyítással s a negyedikben a megelőzésével. E könyv német *(Peters),* francia *(Morax),* angol *(Mac Callan)* monographiák méltó társa. Olaszországban, különösen Sardegnaban, Siciliában es Pugliában nagyon elterjedt. Olasz temperamentummal az orvosokat mozgósítani akarja a betegség ellen, melynek jelentőségét hangsúlyozza. A megelőzés fejezetében a mi eljárásunkat is ismerteti. A könyv értékét a nagyszámú ábra (64) nagyon növeli. A trachoma jelentőségét nem szabad lekicsinyelni. A baj kezdetben gyógyítható, később tartósan megrontja a látást s a munkaképességet csökkenti.

Grósz Emil prof.

La mécanique pulmonaire. Irta: *F. Parodi.* (Masson et Cie, Paris, 224 oldal, 53 rajz és táblázattal. Ára: 36 fr.) Ez a lényegében véve újszempontú munka a tüdő élettanának és kórlélektanának mechanikus kérdéseit vizsgálja a collapsustherapia nézőpontjából. A mellkasnak belégzéskor elő-

álló tágító hatása maradék nélkül vitetik a tüdőre, annak ellenére, hogy a tüdővel semmiféle anatomiai összefüggésben nincsen. A mellhártyaüregre statikus és dinamikus erők hatnak: 1. *a depressio statica,* mely a tüdő felületére vonatkozik és ez a subathmosphaerikus intrathoracalis nyomás. Szerző szerint a depressio statikát nagyrészben a *tüdő súlya* és csak kis mértékben az athmosphaera okozza; 2. *A depressio dinamica,* mely nem más, mint a tüdő ellenállása az őt vongáló erőkkel szemben. *Parodi* a tüdő működésének mechanismusára vonatkozólag azt valija, hogy: *a tüdő voltaképen mechanikai működésű szerv.* Való, hogy a tüdőnek *egyik* fontos működési szerepe mechanikus és ez az ő *retractiós* képessége, amit *Orsós* vizsgálatai értelmében a tüdő nagy mechanikus jelentőségű széles kötegeivel, a transmissiós távkötegekkel (trajectorialis vázrendszer) hoz létre. Klinikailag a pleuraüregben a negativ nyomás növekedése mindig együtt jár a tüdő súlyának kóros megnagyobbodásával, amit a szerző magaszerkesztette ergomanometerrel mér. A tüdő kinematikájában az interlobaris résnek tulajdonítja a legfontosabb szerepet (csúszó izület). Bár *Parodi* eredeti vizsgálatai és gondolatai nem tekinthetők feltétlenül végérvényes ténymegállapításnak, a phthisioklinika számára kétségtelenül gyümölcsözők lesznek.

Puder Sándor dr.

Die Chirurgie. *Kirschner—Nordmann.* (VII. kötet, 5—6. füzet, 1—296. oldal, 1939.) 1. A sebészet két legfontosabb területét, a féregnyulvány és az epeutak sebészetét foglalja magában, *Laeven, Burghard* és *Heller* feldolgozásában. A kórbonctani alapoknak nagyon részletes előrebocsátása és megtárgyalása után alapos klinikai megfigyelések gyűjteménye, melyek alapján a legújabb szempontok és a legutóbbi idők tapasztalatai alapján állítják fel a műtéti javallatokat. A gyógyításban elért eredményeket a közelmúlt nagy gyűjtőstatistikáinak számaival igazolják és számos jólsikerült ábrával illustrálják egyrészt a bonctani és kórtani viszonyokat, másrészt a műtéti beavatkozásokat. Az egyes fejezetek áttekinthetősége igen jó, a beosztások világosak, egyszerűek és így az általános sebészi gyakorlatban jól hozzáférhető segédeszközül szolgálnak.

Általános sebészet. II. (7—8. füzet. 177—520. oldal.) A röntgen és radium sebészeti alkalmazását dolgozza fel *Oberdallhoff* és *Ewald.* Az élősdiek okozta betegségek sebészetét *Hosemann,* a bőr sebészetét *Hellner,* az izmok és inak sebészetét *Müller* a nyirokszervekét *Neupert* dolgozza fel. A röntgendiagnostika főbb alapelveit és typusos képeit kitünően sikerült ábrák érzékeltetik. Nagyon alapos a sugárkezelés betegségek szerint közölt módja és az elérhető eredmények összefoglalása. Az élősdiek okozta sebészi jelentőségű betegségek teljes alapossággal, az élősdiek természetrajzával, valamint a szerző saját tapasztalatából említett sok eset kórlefolyásának közlésével tarkított. A bőr betegségeinek sebészete a legújabb gyógyeljárások eredményeit is magában foglalja, különösen érdekes a legutobbi időkben végzett rádiumkezeléseknek eredménye, amit jólsikerült ábrák illustrálnak. Az izmok és nyirokutak sebészetének feldolgozását különösen érdekessé teszi az a nagy klinikai tapasztalat, amivel a szerző a mondottakat alátámasztja. A füzetek ára egyenként 20 RM.

ifj. Verebélyi Tibor dr.

A Közkórházi Orvostársulat május 22-i ülése.

Bemutatás:

Kallay F.: *Highmore-empyema 3 hetes csecsemőn.* Az empyemát genyes orrfolyás, az arc duzzanata és pírja s a protrusio bulbi alapján kórismézték. A röntgenfelvételen a melléküregeket nem sikerült differentiálni. Az állandó 38—39 C°-os láz ellenére radicalis beavatkozásra nem volt szükség. Conservativ kezelésre (borogatás, naponkinti genykiszivás, orrba ½%-os protargol-cseppek) gyógyulás 4 hét alatt. Orrváladékból staphylococcus aureus nőtt ki. Az empyema valószínűleg nátha kapcsán keletkezett, bár a szülőutakból is történhetett a fertőzés. Az elmult 15 év irodalmából 5 hasonló eset ismeretes, ezek is idősebbek, 2—3—8 hónaposak voltak.

Campian A.: Heveny fertőző betegségben elhalt kisgyermekek boncolásakor 1—10 év között a melléküregeket 62%-ban találták betegnek. A melléküreggyulladás tehát gyakoribb, mint általában élőben megállapítjuk. Ennek oka az, hogy különösen fertőző betegségben, de heveny náthában is ezek tünetei elfedik a kórképet s hogy a melléküreglob rendszerint jóindulatú és spontan gyógyul. Fenti esetben a szövődmények alapján lehetett a bántalmat élőben diagnostizálni.

Meák G.: Az irodalomban ismertetett fogcsirgenyedéseket legnagyobbrészt sinus maxillaris genyedéseknek tartja, amelyek előrehaladott alakjukban a felső állcsont genyedésének képében veszélyeztetik a csecsemő életét. Az áthajlási redőben végzett tág bemetszések a geny levezetését lehetővé teszik és elegendők. A fogcsirok megőrzése legyen a beavatkozás egyik legfontosabb szabálya.

Előadás:

Fejér Á.: *A fajlagos oltóanyagokkal gyógykezelés jelenlegi helyzete a belorvostanban.* A bakteriumok okozta nem fertőző jellegű betegségekkel foglalkozik. *Hilgermann* pneumococcusokkal végzett kisérletei, *Neuber* prof. actinomykosis-gyógyítása, *Small* sikeres kezelése a rheumás karditisben bizonyítják, hogy egyrészt a szervezet és a kórokozók küzdelmében a bakteriumok nem pusztulnak el mindig az ellenanyagtermelődés szempontjából optimalis módon és hogy másrészt a helyes vaccinakezelésben döntően fontos, hogy a szervezet hypo- vagy hyperregialis állapotával állunk-e szemben. A koltisek, a tüdő bizonyos betegségei és az ú. n. focalis-toxikus betegségek példáján a parenteralis vaccinakezelésen kívül a Besredka-féle antivirus- és a bakteriophag-kezelést tárgyalja. Megállapítja, hogy az antiviruskezelés, bár alkalmazása egyszerű, még nem kellőképpen méltányolt. A phag-therapia körülményesebb ugyan, de érdemes lesz vele újra foglalkozni, mert az *adaptált* phagokkal elért eredmények igen biztatóak.

Kalocsay K.: Kiegészitésül a fertőző betegségek vaccinakezelésének eredményét ismerteti: 1. Pertussisban a méregtelenített s igy nagy csiraszám bevitelét lehetővé tévő v.-k. (petein, phytosan) a hurutos szakban vagy a görcsös szak legelején hatásosnak látszanak: bár a hatás megítélése nem könnyű, a tünetek feltünő enyhülése s a betegség megrövidülése egyes esetekben kétségtelenül megállapitható, jóllehet vannak, főleg csecsemők között, teljesen reflectaer esetek is. A korai szakban a vaccina ajánlatos, annál inkább, mert a reactiók enyhék; 2. A vérhas v.-kezelése (dysbacta) nem sokat igér; 3. A Bang-lázat v.-kezeléssel meg lehet rövidíteni: 4—5 injectio után (10—100 millió csira bőr alá) a láz legtöbbször oldódik. A reactiók viharosak; 4. A hastyphus kezelése nagy óvatosságot igényel, mert ártalmas, sőt végzetes hatású is lehet. Csak friss esetekben adandó, legfeljebb a 12. napig. Alacsony dosisok! (100—150 millió csira i. v.) Contraindicatiók: hyperpyrexia, nagyobb meteorismus, száraz nyelv, nem kifogástalan keringés. Kritikus és maradandó defervescentia 20—30%-ban s egyébként is legtöbbször közérzetjavulás, alacsonyabb lázszint. Fenti cautelák mellett 50 eset közül egy sem halt meg. Az általános gyakorlat számára még nem érett.

A Debreceni Orvosegyesület március 28-i ülése

Bemutatások:

Kiss I. és **Faits K.:** *Spleno-hepatomegalia osteosklerotica.* Osteosklerosissal kapcsolatban kifejlődött spleno-hepatomegalia esetet mutat be 69 éves nőben, aki egyébként genyes mediastinitisben halt meg. Klinikailag vérszegény nem volt, a vörösvérsejtszám 4.600.000 Feltünő volt azonban a magvas elemek nagy száma (100 fehérvérsejtre 27), a kifejezett mikrocytosis és mikrovolumnia. A fehérvérkép 8600, illetve 4600 fehérvérsejtszám mellett kifejezett balratolódást mutatott 2% myeloblasttal és 8% myelocytával. Boncoláskor a lép 860, a máj 2010 g. Az összes szivocsos csontok erősen megtömörültek, velőállományuk nem préselhető ki. A csöves csontok velőüre beszűkült. A szöveti vizsgálat a lépben, májban és néhány tájék nyirokcsomóiban myeloid átalakulást derített fel, igen sok megakaryocyta jellegű sejttel, aránylag kevés magvas vörösvérsejttel, emellett a lép reticularis rostjai kifejezett felszaporodást mutattak. A csontvelő reticuluma erősen megszaporodott, a szivocsos csontok velőüregei szűkek, sejtszegények, a csontgerendák vaskosak, szélükön sokszor osteoid szegély látható. Teljesen hasonló jellegű az elváltozás a csöves csontokban is. A csontvelő sejtjei nagyobbrészt magvas vörösvérsejtek, myeloid elem igen kevés van. Az eset olyan osteosklerosisos compensáló spleno-hepatomegaliának felel meg, amelyben anaemia még nem fejlődött ki, csak a magvas elemek megjelenése és a qualitativ leukaemiás vérkép jelzi a csontvelő működésének zavarát. A vérkép az aleukaemiás myelosisra emlékeztet s az irodalmi adatok átvizsgálásával kapcsolatban arra a következtetésre jutnak, hogy az aleukaemiás myelosis-esetek egy része az osteosklerosisos myeloid spleno-megaliák csoportjába tartozik. A betegségnek az élőben felismerése annyiban lenne fontos, amennyiben a lép besugárzása haszonnal nem járhat.

Kiss I.: *Nyirokcsomó-melanosis. (Pautrier.)* A *Pautrier* és *Woringre* által újabban (1932., 1937.) leirt és „reticulose lipomelanique"-nak nevezett nyirokcsomó-elváltozásokkal foglalkozik egy boncolt eset kapcsán. 55 éves férfi, súlyos, egész testére kiterjedő erythrodermiája fokozatosan súlyosbbodó cachexiás tünetek között egy év alatt halálhoz vezetett. A bőr kifejezett sötétbarna festenyzése mellett feltünő volt a külső- és belső lágyéki, valamint a hónalji nyirokcsomók sötétbarna színe. Szöveti vizsgálatkor az irhában lobos beszűrődés mellett igen kifejezett melanin-festékfelrakódás volt megállapitható, míg a bőr hámsejtjeiben pigment csak alig volt. Az említett nyirokcsomókban a kéreg reticulosisa mellett igen dús pigment-lerakódás található, főleg a folliculusok környékén, részben a sinusokban, részben a lymphoid-állományban, sejtekben vagy szabadon. A pigmentrögök igen gyakran rajta ülnek a reticularis rostokon. A pigment az összes melaninkémléseket adta, de általában durvább rögökben fordult elő, mint a bőr hámsejtjeiben mutatkozni szokott. A pigment mellett kifejezett zsírlerakódás is észlelhető volt, helyenként pedig vaspigmentet is talált. Az említett nyirokcsomókon kívül egyebütt pigment még a mikroskopos készítményekben sem volt található. A bemutatott eset az első, amelyben generalizált dermatosisban a pigment eloszlása boncolás kapcsán a nyirokcsomók nagy részében vizsgálatra került. Ennek alapján megállapítható, hogy a pigment csak a felszinhez közel eső nyirokcsomókban rakódik le s úgy látszik, onnan nem sodródik tovább más nyirokcsomókba. A nyirokcsomók pigmentatiója a dermo-epidermalis pigment-anyagforgalom zavarának következménye.

Rávnay T.: Ismerteti az eset klinikai tüneteit, amelyek között legfeltünőbb az erythrodermiás bőr sajátságos sepiabarna színe és erős beszűrődése volt.

Borsos-Nachtnebel Ö.: *Bronchus-diphtheria.* 20 éves leány esetét mutatta be, aki 12 napi magas lázzal járó betegség után fulladásos tünetek között halt meg. Boncoláskor a gégétől kezdve a jobb tüdő főbronchusába, s a legkisebb bronchuságakba is beterjedő, összefüggő, vaskos, szinte bőrszerű álhártya volt látható. A bal tüdőben az álhártya csak a főhörgőben és néhány ágában alakult ki. Az álhártya a légcsőben több helyen eléggé könnyen levált, a kisebb bronchusokban igen erősen tapadt. Foglalkozik a bronchusnyálkahártya nyálkamirigyeinek szerepével. Ezekben helyenként fokozott nyálkaképződés volt látható, itt az álhártya jóval lazább és könnyebben levonható. Másutt viszont az álhártya fibrinfonalai beterjednek a nyálkamirigyekbe, s itt a fibrinlepedék igen gyorsan tapad. Ezért kiköhögésre nem igen kerülhetett sor. Az álhártyában sok diphtheriabacillust találtak. Felnőttben az ilyen bronchusdiphtheria aránylag ritkán fordul elő.

Előadások:

Borsos-Nachtnebel Ö.: *A parenteralis higanymérgezések pathologiájához.* Előadásában 5 esettel foglalkozik. Ezek közül 3 hyperacut parenteralis higanymérgezés, 2 esetben gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban fejlődtek ki szívbajos egyénekben higanyhatásra utaló bélelváltozások. Előadásának lényege a bélelváltozások kifejlődésének tanulmányozása. — Az igen gyors lefolyású esetekben egyikben a méreg a húgyhólyagból, másikban a hasüregből került felszívódásra, a harmadik esetben a méreg behatolási helye biztosan nem volt felderíthető, de kizárható volt az oralis eredet. Mindegyik esetben a béltünetek uralták a klinikai képet, klinikailag azonban a béltünetek nem voltak magyarázhatók, mivel a mérgezés fennállásáról tudomással nem bírtak. A boncolási elváltozások közül is a bél betegsége állott előtérben, a szervek általános vérbősége mellett. A vesékben egyik esetben sem volt elváltozás kimutatható. A béltünetek, amint azt utólag megállapították 5, 9, 24 óra múlva jelentkeztek s a halál 31, 18, 33 óra alatt állott be.

A bélelváltozások mindegyik esetben igen súlyos vérzéses, részben pörkös, esetleg fekélyes bélgyulladás formájában jelentkezett, 2 esetben az egész vastag- és végbélre kiterjedve, míg egyik esetben a vakbél és a felhágó vastagbél alig tüntetett fel eltérést, s a betegség a legsúlyosabb a lehágó vastagbélben és a végbélben volt. A szöveti kép előterében a keringési zavarok állanak, az ereknek, elsősorban a submucosa venáinak enormis tágulásával, stasisával és helyenként rögösödésével. A submucosa súlyos vizenyője és vérzéses beszűrődése tűnik még fel. A nyálkahártya keringési zavarai kevésbbé súlyosak, az elhalások inkább a felszines részekre szorítkoznak, a mélyebb területekben elég jól megtartott részletek vannak, jó magfestéssel. A szokatlanul súlyos bélelváltozások a méreg bejutása után vehemens gyorsasággal fejlődtek ki, igen súlyos for-

mában jelentkeztek, holott általános nézet szerint a higanyos bélelváltozások kifejlődése csak több nap után szokott bekövetkezni. Ennek gyakorlati jelentőségét külön kiemeli. A chemiai vizsgálat mindegyik esetben esetenként változó ,de jelentős mennyiségű higanyt mutatott ki. A bélelváltozások gyors kifejlődésében valószínűleg szerepe lehetett a méreg szokatlan behatolási helyének.

A bél szövettani vizsgálata alapján a Kaufmann—Rickerféle felfogáshoz csatlakozik, amely szerint a bélelváltozások kifejlődésében elsősorban a higany kiváltotta keringési zavaroknak — értágulás, stasis, thrombosis, vérzés, vizenyő —, van szerepük, míg a kiválasztott higany helyi hatása csak mérsékeltebb fontossággal bír. A gyógyszeres kezelés kapcsán kifejlődött bélelváltozások ugyanolyan jelentőségűek voltak, mint a nagyon acut módon lefolyt három mérgezéses esetben. Ezt úgy magyarázza, hogy a kezeléssel kapcsolatban bizonyos fokú cumulatio keletkezik, s ennek következtében bizonyos időpontban az amúgy is súlyos keringési zavar folyamán — mindkét esetben súlyos szívbaj — hirtelen kialakulhat az acut higanyos bélelváltozás ismertetett anatomiai képe.

Április 4.-i ülés:

Bemutatás:

Almássy Gy.: *Acut aorta-aneurisma.* 38 éves férfi. Komoly beteg még nem volt, luest tagad. Jelen betegsége a megelőző napon keletkezett. Reggel még egészségesen kelt fel. Fivérével együtt kiment a vásárra, hol fivére vette észre, hogy jobb arca duzzadt. Később a bal is megduzzadt és a jobb erősebben. Másnapra feje , nyaka, mindkét felső végtagja erősen duzzadt és kékesen elszíneződött. Déli 2 órakor járni nehezen és csak támogatással tudott. Fulladt. Pulsusa 90, rhythmusos. Láztalan. Feje, nyaka és mindkét felső végtagja erősen duzzadt, cyanotikus, szinte szilvakék. Az elváltozás ráterjedt a hátra, mellre az emlőbimbók magasságáig, kifejezettebb jobboldalt. Röntgen: a mediastinum jobb oldalán árnyékoltság. Szív: aortás, megnagyobbodott. A hátsó mediastinum árnyékolt. Tüdőben pangás nincs. Rekeszek a VI. borda magasságában jól kitérnek. Boncolás: az aorta-ív kezdete jobboldalt kiöblösödött, rajta gyermekökölnyi tágulat, mely a vena cava sup. beszájadzását erősen szűkíti és a jobb tüdőkapuhoz nyomja. Kétségtelen, hogy az ascendensen talált gyermekökölnyi tágulat nagyrészt régikeletű. Hogy azonban a kórképet, mely nem egészen 48 óra alatt halálhoz vezetett megmagyarázzuk, fel kell vennünk, hogy a tágulatnak egy része, amely a vena cava sup. és anonymát comprimálja, acutan keletkezett. Miután az aorta egy rétegében sem lehetett szakadást kimutatni, a „plustágulat"-ot az érfal-ellenállóképesség hirtelen csökkenése kellett, hogy létrehozza.

Borsos-Nachtnebel Ő.: A bemutatott esetet intézetében boncolták. A boncolási lelet alapján nem oszthatja bemutató azt a nézetét, amely szerint az aorta aneurysmája esetleg részben acut módon jött volna létre. Egyszerű lueses alapon kifejlődött aorta-aneurysmáról van szó, amely lassú növekedés közben az előadó által leírt tüneteket idézte elő. Éppen ezért a bemutatás címét sem tartja megfelelőnek, miután nem az aneurysma jött acut módon létre, hanem csak arról van szó, hogy egy lueses aorta-aneurysma gyorsan lezajló acut tüneteket idézett elő.

Sarkady L.: *Pfeifer-féle mirigyláz.* Két esetet mutatott be. Az első 21 éves férfi, a második 25 éves nőbeteg. Mindkettőn typusos kezdet és tünetek: lép-, mirigyduzzanat, vérképelváltozás. Az első azonban septikus lázmenet és 10 hét alatt már gyógyult. A másodikon a láz 37.3 C°-ig emelkedett csupán és három hét alatt már teljesen egészséges lett. Az esetek érdekessége, hogy mindkettőn 4, illetőleg 10 év előtt tonsillektomiát végeztek, továbbá, hogy egy időben, egy városrészben, de egymással sohasem érintkező egyéneken jelentkezett ez a ritka betegség.

Előadások:

Ebergényi S.: *A császármetszés utáni szülések kórjóslata és a hegrepedés veszélye.* (Egész terjedelmében megjelenik a Nőorvosok Lapjában.)

Április 11-i ülés.

Előadás:

Jeney E.: *A debreceni egyetemi hallgatók egészségügyi vizsgálata az 1938—39. évben.* 738 férfi és 62 nőhallgatót vizsgáltak meg. Csak a férfihallgatók adatai nyertek statistikai feldolgozást, a nőhalgatók adatait csak a további adatgyűjtések után használják fel. A korszerinti átlagos testsúlyok középső értéke: 64.14 kg. (var. coëf.: 10—11.) A korszerinti átlagos testmagasságok középső értéke: 172 cm (var. coëff.: 3.5). Buffon—Rohrer-index: 1.25—1.43 (var coëff.: 4—11.7). Vitium cordis 2.1%, hypertrophia cordis 15.85%, sportszív 1.86%. A szívelváltozások kb. 6-szor gyakoribbak voltak a férfi, mint a nőhallgatók között. Ez a sportorvosi ellenőrzés fokozására és arra int, hogy általában a testi erőfeszítések megengedhető mértéke revisió alá vétessék. Activ tbc. 0.75%, inactiv tbc. 4.04%, gyógyult tbc 6%, albuminuria 3%, gerincoszlopferdülés 2.54%, hernia inguinalis 0.75%, műtétileg kezelt hernia inguinalis 3.58%, varicositás complexum 18.25%, (varicokele 8.23%, varicositas cruris 1.79%, nodus haemorrhoidalis 8.53%). Lúdtalp 18.26%, kryptorchismus 1.64%, ametropia 31.37%, szintévesztő 5.03%, akne vulgaris 20%, seborrhoea 11.07%, lepothrix 11.43%; hyperhydrosis 2.67%, gonorrhoea 7.61%, ulcus molle 1.0%, lues 0.89%, positiv Wa.-r. 0.65%. — Ideges tünetek 16%, beszédzavar 0.84%, idült középfülgyulladás 0.67%, hypaesthesia acustica 0.26%, rhinitis chr. hypertrophica 1.56%, orrsövényelhajlás 14%, mandulakiirtás 9.88%. Teljesen ép fogazat 2.0%, cariesmentes fogazat 16.2%, caries 63.8%, hiányos fogazat 64.6%, tömött fog 73.7%. — A testi hibákban, szervi szívbajokban, súlyos tüdőbajban, érzékszervi és beszédzavarokban szenvedők legnagyobb része nem alkalmas egyetemi tanulmányokra. A chr. betegségben szenvedők kezelése az egyetemi betegápolási alapot súlyosan terheli. A felvétel előtti egészségügyi vizsgálat ezért gondos megfontolás tárgyát kell képezze.

Hüttl T.: Felhívja az előadó figyelmét, hogy érdemes volna ezeket a vizsgálatokat fajbiologiai szempontokra tekintettel is kiegészíteni, miként az tudomása szerint Budapesten és Szegeden is megtörténik.

Dobay M.: A nagy százalékban előforduló varicokele, varicositás, nodus haemorrhoidalis kétségkívül bizonyítja a status varicosus complexum örökölhető voltát, valamint a pes planus gyakori megjelenése is a kötőszövet veleszületett, örökölhető gyengeségét bizonyítja. A fiatalkor e gyakori, néha súlyos elváltozása azt tenné szükségessé, hogy a hallgatóság egyetemi felvétele előtt essen át egy általános orvosi vizsgálaton, mert e betegségben szenvedők nem tekinthetők százszázalékos munkaerőnek.

Pap K.: Az egyetemi vizsgálatok mellett megkezdődtek a középfokú iskolákban is a vizsgálatok. Jelenleg *Hüttl* prof. megbízásából a helybeli középiskolai tanulókat orthopaediai szempontból nézi át. Eddig 2000-en felüli vizsgálat történt A részletes beszámolóval őszre készül el.

Április 18-i ülés.

Bemutatások:

Szabó J.: *Kézigránátrobbanás okozta tömegszerencsétlenség.* (Egész terjedelmében megjelent az O. H. 1940. 22. számában.)

Ruzicska Gy.: *Mola intravenosa (destruens) hüvelyfali áttételképződéssel.* 36 é. nő, pecsételő vérzések, terhesnek érzi magát. A hüvelybemenet területén az elülső falon szederszerű, kékes, vörhenyes a hüvelyfallal összekapaszkodó csomó. A méh IV. hónapos terhességnek megfelelő. A hüvelyfali képleteket kimetszik; s a kórszövettani vizsgálat alkalmával meglepetéssel látják, hogy a csomót alkotó vérömlenybe beágyazva jellegzetes molás chorionbolyhok keresztmetszete látható. A vérömleny széle mentén a bolyváztól teljesen független, önállóan burjánzó, chorialis, nagy sejtcsoportok találhatók. A kórisme ezek szerint a véráram útján elhurcolt molás chorionbolyhokból kiinduló chorionepitheliomás hüvelyfali áttétel; ezért a méhet függelékeivel együtt eltávolítjuk. A méhürben molás tömeg, a méhizomzatban azonban chorionepitheliomás beszűrődés nem volt. A folyamat találó elnevezése mola intravenosa. A beteg életének megmentése szempotjából gyökeres műtét. Sima gyógyulás, az ellenőrző vizsgálaton panaszmentes.

Extraamnialis terhesség, mint a vetélés ritka oka. A női klinikán magától lezajló V. hónapos vetélést észleltünk. A felnyitot, sértetlen petezsákban 25 cm hosszú, macerált, torzult helyzetben összepréselt fiumagzatot találtunk. Wa.-r.: negativ.). A magzat jobb bokájára amnionköteg hurkolódik, amely egyik végével az épen maradt chorion belfelszínén tapad, másik vége pedig a megrepedt és a köldökzsinőr köré visszahúzódott amniomzsák széléhez húzódik. A magzat a megrepedt és visszahúzódott amnionzsák következtében extraamnialisan helyezkedik el. A boka körül hurkolódó amnionkötegbe a köldökzsinőr csavarodott bele és a köldökzsinór leszorítása által a magzat fulladása következett be. Az amnionköteg a magzat testével semmiféle közvetlen összefüggésben nincs és így az nem amnio-foetalis (Simo-

nart-köteg). Az extraamnialis terhesség igen ritka, a bemutatott eset, mint a vetélés ritka oka érdekes. A magától lezajló vetélésekben az elvetélt peték gondos vizsgálatával gyakran találunk olyan elváltozásokat, amelyek a vetélés okai. Természetesen akár a kivülről ható erőművi behatásokat (hacsak azok nem túlerősek), akár a magzat fokozott saját mozgásait tételezzük fel az amnion megrepedés okául, az elsőleges ok az amnion fejlődési rendellenességében rejlik.

Kétoldali genyes kürtzsák intrauterin terhesség mellett. 26 éves másodszor terhes nő hathetes vérzéskimaradással jelentkezett, igen heves alhasi fájdalmakkal, amelyek rövid ideje tartanak, subfebrilis. II—III. hónapos, myomgócoktól torzított terhes méh mellett tömeges adnexumokat találunk; baloldali kisökölnyi nagyságban. A szünni nem akaró fájdalmak heves hashártya tünetek és az igen csekély hőemelkedések mellett adnextorsióra is gondolunk. 12 napi megfigyelés alatt teljesen láztalan, de a bal méhfüggelék területén jelzett heves alhasi fájdalmai időnként kiujultak. Ezért azzal a tervvel határoztuk el a műtétet, hogy a lehető legteljesebb conserválás mellett a terhesség és a petefészek megtartásával végezzük el azt. A műtétkor az eredeti tervünk ellenére a kétoldali genyes adnextumor miatt, dacára az asszony fiatal korára, csonkításokra kényszerültünk. Mindkét kürt feszes, megvastagodott genytömlővé alakult át Ezek felszabadításakor a nagyobb, balodali kürt genytömlője megrepedt és sűrű, sárgás geny buggyant elő. (Gramnegativ diplococcusokat tartalmazott). Ilyen módon a myomgócok eltávolítása igen veszélyes lett volna, de nem is volt remélhető, hogy a kétoldali genyes adnextumor és a myomgócok enucleatiója után a terhesség továbbviselődjön, újabb terhességet pedig a genyes kürtgyulladás kizárt és a genyes kürtzsákok visszahagyása szintén súlyos életveszedelmet jelentett volna az asszonyra nézve. Ezért könyszerűségből kellett az amputatiót elvégezni, mint a betegre nézve kedvezőbb megoldást. Elhatározásunkat támogatta az is, hogy a betegnek élő gyermeke van. A petefészek állomány egy részét sikerült megmenteni. Sima gyógyulás, ellenőrző vizsgálatkor panaszmentes. A körtök szöveti képe tályogképződéssel járó heveny kürtgyulladásnak felel meg.

Ökrös S.: *Elvérzés gyomor-varixból.* Féléve gyengélkedő, sovány, 6 éves leánygyermek hasra-esett. Vérhányás miatt a gyermekklinikára került, ahol 19 napig ápolták. Ez idő alatt gyakran volt gyomorvérzése. Boncoláskor a gyomornyitó nyálkahártyájában felszinesen fekvő gyűjtőértágulaton két tűszúrásnyi repedést találtak.

Jankovich L.: A rendkívül ritka eset magyarázatául inkább az idült hashártyagyulladást (esetleg régebben lejátszódott pleuro-peritonitist) szerepeltetné, mint a fejlődési rendellenességet. Az általános portalis pangás folytán lehetséges, hogy a gyermeknek már régebben voltak legalább is rejtett vérzései, úgy hogy az elszenvedett trauma (hasraesés telt gyomorra) csak kiváltó oknak tekinthető, amely közvetett módon, esetleg rázódás útján idézte elő a varixrepedést, ill. a tömegesebb vérzést.

Május 9-i ülés:

Bemutatások:

Szeleczky Gy.: *A vena axillaris tágulatai.* (Kézirat nem érkezett.)

Heger F.: *A kismedencében fekvő kétoldali dystopiás vese.* 28 é. férfi évek óta ulcus duodenivel áll kezelés alatt. 2 hónap óta több alkalommal heves köldökkörüli görcsök, karzsibbadás és szívzavarok. Physikalis, laboratoriumi és cystoskopos vizsgálatok negativ eredményűek. A pyelographia igen mélyen fekvő, dystopiás patkóvesét mutat, mely aránylag ritkább módon a felső polusokon érintkezik. A köldök körüli görcsök, melyek angiospastikus panaszokkal társultak, minden bizonnyal veseeredetűek.

Jáki Gy.: A vese nem éppen ritka fejlődési rendellenességeiben a betegség viszonylagosan igen gyakori. A tünetcsoport igen változatos. A kórismézés a pyelographia, de különösen a kiválasztásos urographia ismerete óta könnyű. Tárgyalja a műtét javalatait, annak lehetőségeit és módjait.

Papp K.: *A veleszületett csípőficam kezelése.* A testegyenészet megelőző irányzatának szép példájaként a csecsemők korán felismert félficama, vagy ficama megállítható, ill. gyógyítható egyszerű távolító tartásban. A helyretétel és rögzítés mellett újabban jelentős szerep jut az ú. n letornásztatásnak, mert ez az eljárás óvja egyedül a fejecset sekély vápa és gyenge elsőleges stabilitás esetén — az újraficamodástól. A classikus vértelen kezelés mellett bizonyos esetekben véres műtét szükséges. Az ú. n. biztosító, segítő és enyhítő (palliativ) műtétek közül külön említést érdemelnek: egyrészt a vápatetőképzések, melyeket manapság nemcsak a gyakori újraficamodás esetén, hanem a megelőzésben, a késői félficamodás meggátlására is használnak; másrészt a combcsont szögtöréses műtétei *(Schranz)* eredményesen segítenek a helyre nem tehető, idős ficamokban, mert biztosítani lehet általuk mind a combcsont megtámasztásának, mind a farizomzat működését a szépérzéket is kielégítően, mert a már messziről feltünő kacsázó járást is csökkenti.

Jáki Gy.: Egyik helyretevési módot sem lehet egyedül célravezetőnek tekinteni, mert egyik esetben ez, a másikban az eredményes s ez a ficam fokától függ. Az utókezelésben fontos szerepe van bizonyos idő után az activ tornának.

Megjegyzés Ajkay Zoltán dr. cikkéhez. (O. H. 23.)

(„Szokatlan lefolyású otogen agytályog és meningitis")

A közleményben 60 éves betegről van szó, kinek *baloldali* heveny középfülgenyedését sebészileg ellátták s a beteg a műtét után 10 nappal meghalt *jobboldali* agytályog miatt. Szerzőnek, a fülklinika által jóváhagyott véleménye szerint ez a jobboldali agytályog a baloldali középfülgenyedésből „áttétel módjára" fejlődött. Felveti ugyan szerző a kérdést, hogy „nem a jobboldali otitis okozta-e a tályogot", de ezt a feltevést két érv alapján elveti. Ezekhez az érvekhez volna megjegyeznivalóm. Első érve „hogy a polypus eltávolítása után a jobboldali fülfolyás megszünt". Az a körülmény, hogy a polypus eltávolítása után egy otitis 10 napon át száraz marad (tovább észlelni nem volt alkalmuk), egyáltalán nem jelenti egy chronikus otitis gyógyulását, különösen nem olyanét, melyről az anamnesisben megemlíti, hogy „ez a füle gyakran folyik", ami azt is jelenti, hogy sokszor folyik. Minden fülorvos látott már otogen szövődményt olyan chronikus otitisek esetén, amelyek a vizsgálatok idejében szárazak voltak. Második érvét pedig a limine el kell utasítanunk. Szerző azt mondja, „hogy a kórbonctani vizsgálat a j. o. sziklacsontot épnek találta." Erről szó sincsen. A boncolási jegyzőkönyv közölt részében csak annyi áll, hogy „a jobb processus mastoideus üregrendszere is szabad." Emiatt azonban lehetett duzzadt a nyálkahártya a középfül üregrendszerében, sőt lehettek járatok a középfülből a dura felé is: mindezt csak szövettani készítmények alapján lehetne tagadni. A makroskoposan felvésett vagy felfürészelt és utána vízsugárral letisztított sziklacsontról azt megállapítani, hogy ép volt, nem lehet. A kórboncoló ilyen megállapítást nem is tett. De ellene mond az „áttétel módján", a baloldalról történt fertőzés feltevésének mindaz, amit az agy vérérrendszerének berendezéséről (Angioarchitektonik) az újabb kutatások megállapítottak. *Pfeifer R. A.* alapvető munkájára hivatkozom, aki az agyvelő fordított áramirányú véredényeinek felfedezésével magyarázatát adja annak a ténynek, hogy miért oly gyakori agyban a retrograd

CAPHOSEIN

a tej fehérjéit (casein, lactalbumin, lactoglobulin) tartalmazó dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítmény.

a dyspepsiák kiváló gyógyszere

Rendelhető: az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

Krompecher Budapest, Nádor-u. 15.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az aranykezelés dermatologiai javalatai és bőrártalmai.

Az aranykezelésről vallott felfogásunk az utóbbi években meglehetősen átalakult; részben a javalatok változtak meg, mert egyes betegségek eseteiben, ahol a kezelés kezdetben sikeresnek igérkezett, e kezelést elhagyták, másrészt új kórképek gyógyításában alkalmazták. Megváltozott az aranyhatásról vallott felfogásunk is s ez indokolttá teszi a kérdésnek újabb szempontok szerinti összefoglalását.

Az aranykezelésnek ma két nagy alkalmazási területe van: az egyik a gümőkóros betegségek, a másik az idősült sarjadzások csoportja.

Az aranykészítményeket kezdetben *Koch* kisérletei nyomán tbc. ellen kezdték alkalmazni; *Koch* már 1890-ben azt találta, hogy az aranycyán vegyületek kétmilliós higításban is gátolják a tbc.-bacillus fejlődését mesterséges táptalajon. *White* 1891-ben tapasztalta az aranynatriumchloridnak a tüdőtuberculosisra gyakorolt jó hatását. Nagy haladást jelentett az, amikor *Feldt* organikus kén-arany vegyületeket állított elő, ami a krysolgan, majd a mai napig is legjobbnak bizonyult Solganal B felfedezéséhez vezetet. Utóbbinak az összes aranykészítmények között a legelőnyösebb therapiás indexe van.

A kezdetben feltételezett direct parasitocid hatást *Molgaard* is támogatta; ő a mérgezési tüneteket is a széteső bakteriumtoxinoknak tulajdonította. Nézete ellen szól az a körülmény, hogy a legjobb gyógyulást azokban az esetekben látjuk, ahol az óvatos adagolás mellett a szervezet ellenanyagtermelésének fokozására idő és alkalom nyílik, nem pedig gyorsan emelkedő, nagy adagokban, ahol pedig a parasiták szétesése a legnagyobb fokú volna, közvetlen hatás esetében. *Feldt* szerint az arany katalisálja az activ mesenchymát, amely fajlagos ellenanyagtermeléssel közvetve pusztítja el a kórokozókat. Kisebb adagok serkentik, nagyobbak bénítják az ellenanyagképzést.

Míg *lupus vulgarisban* az aranykezelés nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket és ma inkább csak kisegítő módszernek tartjuk a roncsoló-, fény- és diaetáskezelések mellett, addig az erythematodesnek különösen felületes alakjaiban elsőrangúak az eredmények. A javulás a pir csökkenésében, a beszűrődés és túlszarúsodás visszafejlődésében mutatkozik. A kezelés talán sehol sem igényel olyan óvatosságot, mint éppen e betegség gyógyításában. A capillaris-reactiók ugyanis külső (fény-, hőhatás) és belső (gyógyszer, anyagcseretermékek) behatásokkal szemben rendkívül fokozottak és különösen túladagolás esetén a folyamat gyorsan és ugrásszerűen szétterjedhet. Az ilyen esetek elég gyakran magas láz, hasmenések, hányás, fejfájás és fehérje-vizelés közben halállal végződnek. A szétszóródás sajnos ritkán már egészen kis adagokra is bekövetkezhet: így pl. *Fessler* esetében 0.001 g triphal után; az ilyen esetek azonban ritkák és többnyire mégis túladagolás következményei. Ajánlatos tehát g. 0.001-ből kiindulva g. 0.003—0.005-ön keresztül legfeljebb 0.1—0.2 g-ig emelkedni adagonként.

Nagy reményeket fűztek régebben a *syphilis* aranykezeléséhez. Az antimon, cadmium, vanadium mellett, *Levaditi* az aranynak állapította meg spirochaetocid hatását. Különösen malignus és seroresistens lues esetében, továbbá harmadlagos és idegrendszeri syphilisben alkalmazták meglehetősen nagy (0.1—1.0 g.) adagokban. Egy-egy kúrában 5—6 g-ot adtak. E kezelésre a spirochaeták már 2—3 nappal az első injectio után eltüntek a primaer affectusból, amely 1—2 g arany-mennyiség után fejlődött vissza. A maculás formák 5—7 nap alatt tüntek el és néha 24 óra múlva typusos *Herxheimer* reactiók mutatkoztak. A syphilis aranykezelését ma már elhagyták, mert bebizonyosodott, hogy a bismuth és Salvarsan sokkal erélyesebben ható antilueticumok.

Az aranykezelés nagy jelentőségre tett szert újabban a fertőző és idült, gyulladásos és sarjadzásos folyamatok gyógyításában. Különösen a *sklerómát* és *actinomykosist* kell kiemelnünk, mely betegségek gyógykezelésében a *Neuber* prof. kidolgozta eljárás szerint az aranykezelést fajlagos activ és passiv immunisáló eljárásokkal együtt alkalmazzuk. A nagyon leromlott anergiás betegnek előbb csak aranyat adunk, mert ezzel fokozzuk a szervezet természetes ellenállóképességét és megindítjuk a szervezet immunanyagtermelését. Eme ösztönző hatás eredményekép a beteg az anergiás állapotból az allergiásba jut, amikor is elkezdjük a vaccinakezelést. A legsúlyosabb esetekben azonban sklerómás, illetőleg actinomykosisbetegek vértransfusiójával, vagy passiv fajlagos serum-therapiával kell a talajt az arany- és vaccinakezelésre előkészíteni. Az arany az arsenhoz hasonlóan roborálja a szervezetet, továbbá érzékennyé teszi a kórokozókat a fajlagos ellenanyagokkal szemben; de nem hanyagolható el a granulatióra gyakorolt direct sensibilisáló és beolvasztó hatás sem, mely közvetve szintén a kórokozó elpusztítására vezet. Az adagolást skleroma és actinomykosis esetében óvatosan kell végezni 0.01—0.3—0.5 g adagolásban összesen 3—5 g összmennyiségben a testsúly, a klinikai tünetek és a gyógyulás szerint. Csak kis anyagok serkentik, a nagy adagok bénítják, kifárasztják a szervezetet.

Hasonlóan jó eredményt adott az aranytherapia malariával társítva *Neuber* prof. két filariosis esetében; továbbá fajlagos vaccinakezeléssel együtt blastomykosisban. Érdekes megfigyelés, hogy még kiterjedt sklerómás gócok is felpuhulnak felnőtteken 4.5—5 g., gyermekeken 2—3 g Solganal B. összmennyiség adása után. A *lymphogranuloma inguinale* legjobb gyógymódjának ma az arany-therapia és fajlagos vaccina együttes adagolását tekinhetjük. *Leprakezelésben* ennek tbc.-hez hasonólósága és nehéz befolyásolhatósága miatt az aranykészítményeket már régen alkalmazzák. Ma már mint kisegítő módszert használjuk a CO_2- és az antileprolkezelés kiegészítéseképen.

Az aranytherapia sem mondható veszélytelennek. Ártalmait 2 csoportra oszthatjuk: 1. a nyálkahártyán és bőrön jelentkező; 2. belső szervi ártalmakra.

A nyálkahártyatünetek rendszerint bőrtünetekkel kapcsolatosak. Legfontosabbak a *stomatitisek*, melyek fehéres vonalszerű rajzolatukkal a száj lichen-jelenségeit utánozzák. Mérsékelt fájdalmak is jelentkezhetnek, de fokozott nyálazást, mint pl. a higany, vagy bismuth stomatitisekben nem találunk. Sokkal ritkábbak a bullosus, ulcerosus és nekrotikus formák.

A bőrön mutatkozó elváltozások igen sokfélék és eredetűket illetően célszerűen oszthatók 3 csoportba, amelyeket azonban nem lehet mindig élesen elválasztani egymástól. Az első csoport ártalmai veleszületett, vagy szerzett túlérzékenységen alapulnak. A másodikban in-

toxicatio szerepel, végül a harmadiknak jól jellegzett tüneteit leginkább a *Millian* leírta biotropismussal, lappangó kórokozókra vagy kórfolyamatokra izgató hatással magyarázhatjuk.

Leggyakoribbak a *dermatitisek*, amelyek mint a salvarsankezelésben is látjuk, a legkülönbözőbb formákban jelentkezhetnek. Általános rosszullét, levertség és láz közepette viszketés és erythemás foltok keletkeznek, melyek összefolyva mind nagyobb területeket foglalnak le. Ismerünk urticaria-, morbilli-, scarlatszerű, erythemás, pityriasis roseára hasonlító képet. Súlyos esetekben a generalisált exfoliativ dermatitisek is előfordulnak, amelyek fehérjevizelés, anuria tünetei közben súlyos vesegyulladás következtében halált okozhatnak.

Gyógyulás esetén a dermatitis után kopaszság, a körmökön Beau-féle vonalak maradhatnak vissza. Sajátos tulajdonság a pigmentatióra való erős hajlam, mint a lefolyt gyulladásnak maradványa. A felhalmozott pigment jól kimutatható a hámsejtekben és a chromatophorákban, sőt kivételes esetben sikerült az aranynak chemiai kimutatása a bőrben, lilás, áttünő rögök alakjában. A pigmentatio néha a kúra befejezése után hónapokkal kezdődik, évekig fokozódhat, azután akár az egész életre állandósulhat.

Leírtak tenyéri és talpi szarútúltengéseket is, így verruca, cornu cutaneum-szerű képződményeket és pityriasis rubra pilarisszerű tüneteket. Az arany-dermatitisen átesett egyének kb. 25%-ban positiv eredményt adtak a *„Laeppchen"*-próbával *Schwatt* és *Rest* megállapítása szerint. A positiv reactio apró, gombostűfejnyi hólyagcsák alakjában jelentkezik. E vizsgálatok szerint legalább 25%-ban allergiás alapon keletkeznek a dermatitisek, e számot azonban nagyobbra kell becsülnünk, mert nem minden túlérzékenység mutatható ki a fenti módon.

A harmadik csoportba végül a *tuberculidek* és az *erythematodes* fellobbanásait és a *lichen-szerű* jelenségeket sorolhatjuk. Ismervén az aranynak a tbc.-hez affinitását, a biotropismust feltétlenül elfogadhatjuk a tuberculidekre és erythematodesre vonatkozóan. Más a helyzet a lichenoid auridoknál. A lichen planus eredetét nem ismervén, felvetődik az a kérdés, hogy biotropismusban vagy ú. n. „reaction cutanéeben" keressük-e a magyarázatot? Reaction cutanée-t, a bőrnek szövettanilag és klinikailag is jellegzett visszhatását a legkülönbözőbb nem fajlagos behatásokra, sokat ismerünk a dermatologiában és a különféle kiváltó okok közül az arany is lehetne az egyik. Az arany kiváltotta lichenoid képek között a typusos lichen planustól a lichen corneusig, sőt az egyes jelenségekben a lichen obtususut utánzó papillomatosus erythrodermákig minden alakot megtalálunk. Olyan észleletek, melyek az egyes alakoknak egymásba átmeneteléről tanuskodnak, a második felfogás mellett szólnak, mert a spontan lichenek ilyen átalakulást nem mutatnak.

Paravenás arany-injectiók nyomán keletkezhetnek a salvarsanhoz hasonlóan helyi ártalmak, de jóval ritkábbak és könnyebb lefolyásúak lesznek. Előfordulnak kékes elszineződések, tatuálások, melyekben az arany kimutatható, sőt igen ritkán thrombosist is leírtak, mely után gangraena állott be.

A belső szervi szövődmények közül csak megemlítjük a vérzékenységi hajlamnak hirtelen megnövekedését, ami metrorrhagia, purpura és orrvérzésben jelentkezhetik, az agranulocytosist, a hepatitiseket, átmeneti albuminuriák jelentkezését átmenettel a súlyos haemorrhagiás nephritisig. A veseparenchyma a nehéz fémsókkal szemben különben is rendkívül érzékeny, azért az auro-therapia is csak sértetlen veseműködés és állandó vizelet-ellenőrzés mellett alkalmazható. Az idegrendszer köréből rikán neuritisek, egész kivételesen hemiplegia előfordulását jelezték.

A súlyos szövődmények száma azonban az utóbbi években örvendetesen csökkenőben van, amióta az aranykezelést állandó vizeletellenőrzés mellett végezzük, kevésbbé mérgező készítményekkel. Ezek között legjobbnak a Solganal B olajos suspensioja bizonyult, melyet 0.001 g próbaadag után 0.01—0.05—0.1—0.2 g. intramuscularis befecskendezésben alkalmazunk, kivételesen és óvatosan 0.5 g-ig emelkedve. Egy aranykúrában 3—5—6 g aranysó összmennyiség adása szokásos.

A javalatok szigorúan állítandók fel. Súlyos dermatitisek esetén az eljárás hasonló a súlyos salvarsan dermatitiséhez: fürdők, nyugtató borogatások, kenőcsös kötések; belsőleg hashajtók, diureticumok, Karell-diaeta ajánlatosak. Mint a fémmérgezések esetén általában Nathiosulfatot (3—6 g naponta) belsőleg és i. v. injectiókban szoktunk adni. 0.5—1.0—2.0 g-t 10%-os oldatban i. v. injectiókban. A detoxin 4—8—20 ccm adagokban is hatásos szernek bizonyult.

ifj. Nékám Lajos dr.,
egyet. tanársegéd.

A célszerütlen művi légmellkezelés.

A művi légmellkezelés a tuberculosis gyógykezelésének ma ismert leghatásosabb eszköze. Mégis az aránylag kevés számban készített légmellek között elég gyakran találkozunk olyan esetekkel, melyeknek *fenntartása célszerütlen*, nem hoznak javulást, vagy gyógyulást, hanem éppen az ellenkezőjét. Félő, hogy a javalat és főleg a légmellkezelés fenntartásának szemléletében az egyéni szempontot a routine, az elmechanizálás fogja kiszorítani. Az Országos Társadalombiztosító Intézet pestszenterzsébeti tüdőosztályára az ország mondhatni valamennyi tüdőbeteggyógyintézetéből és kórházi osztályáról érkeznek betegek továbbtöltés végett. Ebből következik, hogy nem kis számban találhatók olyan légmellek, amelyeknek további fenntartása a mai tüdőkórtani felfogás értelmében célszerütlen. A discreditáló légmellek tekintélyes számú félesége miatt csak egy-egy jellemző esetre mutatunk rá. 1. *Basalis vagy hólyagos légmell.* Régi rostos felső-lebeny folyamatot a tüdőalapi léghólyag, mely 8 hónapig végzett töltések eredménye, nem befolyásolhat tovább. A befuvások folytatása célszerütlen. A beteg a légmellezés elhagyása óta, 2 és féléve panaszmentes. 2. *Fölöslegesen fenntartott légmell.* Példa: tisztára fibrosus elváltozás és mellhártya összenövés. A töltést már az első felvétel után, mely csak elégtelen részleges légmellet adott, célszerű lett volna abbahagyni, hiszen hatás nem várható és a beavatkozás nem veszélytelen. 3. *Antiselectiv légmell.* Selectiv légmellről akkor lehet beszélni, ha a befuvott levegő a góc felett ül; antiselectiv, ha — ami gyakori — a beteg területtől távol helyezkedik el. Ha utóbbi helyzet (mint a példa-esetben 5 hónapig) tartós marad, nem várható a további töltésektől eredmény és a kiegészítő műtét nem halogatható. 4. *Aktiváló légmell.* A légmellezés a gümős folyamatot fellobbanthatja. Nem szabad kritika nélkül légmellezést végezni, csak azért, mert a betegnek szabad mellhártyarése van. A mai gyakori sémás javallás sürgős felülvizsgálásra szorul. 5. *Elkésett légmell.* A 2 és fél hónappal az első javallás után megindított légmellezés a példa-esetben már megkésett, mert közben a baloldali üreg a jobb felső lebenyben terjedelmes szóródást létesített. 6. *Szalagos légmell.* Példa: bár a beteg a légmellezés kezdete óta jól érzi magát,

mégis a szalagleválasztást a kihuzott barlangra való tekintettel nem az első töltéstől számított 16 hónap mulva, hanem már 3 hónapra rá kellett volna végrehajtani. 7. *Caritativ légmell.* Súlyos kétoldali tüdőfolyamatokban a légmellezés fenntartása célszerütlen, mert javulás nem érhető el. Itt rosszul értelmezett humanismusról lehet beszélni. 8. *Izzadmánnyal szövődött légmell.* A példa-esetben (már elkésett üreges folyamat) a légmellezés subjectiv javulást eredményez, de a hozzátársult izzadmány subjectiv és objectiv romlást okoz. A legtöbb hasonló eset arról győzi meg a légmellezésben gyakorlott tüdőszakorvost, hogy különösen a kiterjedt folyamatokhoz társult izzadmányok határozott tüdőbeli rosszabbodást idéznek elő. Izzadmány létesítésének még a gondolata is elvetendő. 9. *Visszás (paradox) hatású légmell.* Iskolapéldája a *Hajnal Tibor* által közölt eset. 40 éves férfi 4 éve tüdőbajos (rostos-göbös folyamat, savós mellhártyagyulladással). Csapolják és légmellezik. Hányinger és hányás az izzadmány megjelenése óta. A gyómorzavart a művi légmell fokozza, ellenben a levegő leszivása azt a fennálló lázzal együtt szinte egy csapásra megszünteti. A beteg az utóbbi 3 éven át panaszmentes. munkabiró. 10. *Ál-légmell (pseudopneumothorax).* Jobboldali kiterjedt mellhártyakéreg következtében három helyen behatolva manométer-kilengést kapni nem sikerült, a röntgenfelvételen levegőpalást nem látszik, holott előzőleg a beteg két hetenként 200—200 ccm levegő-befuvást kapott. Ez nem jutott a mellhártyaüregbe, valószinüleg a tüdő egy bronchusába. Az ily ál-légmell erőltetése természetesen veszedelmes is, mert egyszer csak a vérpályába juthat a levegő. 11. *Veszedelmes légmell. Kováts F.* nevezi helyesen igy azt a légmellet, amely friss esetek szalagjait vongálva beolvasztja a beteg tüdőszövetet és másodlagosan üregképződést okoz. Fali fekvésü barlangok esetében a légmellezés szintén veszedelmes lehet. 12. *Láthatatlan vagy telíthetetlen légmellet,* melyben szabályszerű feszültségmérő-kilengés mellett többszáz ccm levegő bevítele után sem látható a röntgenernyőn légmell, célszerütlen fenntartani, mert igy a fokozott felszivóképesség miatt a beavatkozás legtöbbször hatástalan. A célszerütlen légmellek ezen csoportjai közötti átmenet gyakran felismerhető. Az ilyen légmellek mindenáron fenntartása nagy hiba és mielőbb más eredményes beavatkozásra, illetve gyógyeljárásra kell elhatározni magunkat.

Puder Sándor dr.
tüdőszakorvos.

Új, belsőleg adható bismuth-készítmény.

Amióta 1921-ben *Fourneau Levaditivel* együtt trypanosomiasisban szenvedő állatok gyógyitására a stovarsolt, ezt az öt vegyértékű arsen-készitményt sikerrel alkalmazta, majd syphilises betegeken *Levaditi, Yovanovich, Oppenheim, Raiziss* és *Severac, Gregor* és *Gastoneua,* stb. az ötvegyértékű arsenkészitmények szájon át alkalmazásával jó eredményeket ért el, a syphilises fertőzések bizonyos eseteinek belsőleg arsenkészítményekkel történő kezelése lassanként elterjedt. *Schreiber* és *Levaditi* a syphilis belsőleges kezelésére 4 javalatot állított fel: 1. az intravenás injectio kivihetetlensége; 2. tűtől vonakodó neurastheniás betegek; 3. állandóan utazó syphilises beteg; 4. mind az intravenás, mind az intramuscularis arsenobenzol készítményeket nem tűrő beteg. *Oppenheim* rámutatott az ötvegyértékű arsenkészítményeknek (spirocid) még az idegrendszeri syphilis esetében kifejtett különleges hatására. A magyar ötvegyértékű arsen antisyphiliticumok közül az Egger cég által előállított arsoral-al *Szentkirályi* szerzett jó tapasztalatokat, különösen a csongrád-vármegyei tanyavilág syphilises betegein. (O. Gy. K. 1938. 137.) A Wander gyár pallicid nevü készítményével *Wagner* ért el a külföld hasonló készítményeivel egyenrangú eredményeket. (O. H. 1938. 344.)

FAGIFOR „CITO"
Calcium-sókat tartalmazó jóizű mentholos kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2·30. pénzt. csom. P. —·96
CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest. XIV. Lengyel-utca 33.

A The Journal 1939. dec 16.-i számában (113. k. 2235. o.) a Council of Pharmacy and Chemistry, mint hivatalosan elfogadott, peroralisan adagolható bismuth antisyphiliticumot a *sobisminolt* bocsátotta útjára. 1933 óta kisérletezik *Hanzlik* egy Na-bismuthatot tartalmazó, vízben oldható keverékkel (Na-bismuthat + triisopropanolamin + propilenglycol). Felnőttek számára napi 3 capsulát ajánl *Hanzlik* bevételre. 1 capsula 150 mg fémbismuthot tartalmaz. Ezt a kezelést 10—12 hétig kell folytatni, amely megfelelne egy bismuth-kúrának. *Hanzlik, Sollman, Cole Henderson* és mások megfigyelése szerint a készítmény felszívódása kielégitő és az antisyphilises hatás is megfelelő. A kezelés folyamán némi gastrointestinalis zavarok jelentkezhetnek, azonban soha sem olyan súlyosak, hogy a kezelést abba kellene hagyni. Természetesen a gyógyszerészeti bizottság hangsúlyozza, hogy e szer hatásáról csak hosszabb megfigyelés után lehet végleges eredményt leszűrni. (A bizottság 3 évig tanulmányozta a sobisminol hatását.)

Meininger és *Barnett* a Stanford Egyetemen alkalmazták a sobisminolt friss és régi syphilisben szenvedő betegeken, az előbbieken nem kielégitő, az utóbbiakon jó eredménnyel. *Scholtz, Mc. Eachern* és *Wood* a los angelesi Southern California egyetemen a szerrel szerzett tapasztalataik alapján a sobisminolt egyenértékűnek tartják a többi injectiós Bi-készítménnyel.

A belsőleges antisyphiliticumok értékéről gyűjtött eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy ezek mai formájukban nem vehetik fel a versenyt az injectiós készítményekkel. Ezért a belsőleges készítmények a syphilises betegeknek csak egy kis hányadán alkalmazhatók, melyekről az ismertetés elején történt említés. (orvostól távoleső lakhely, utazás, injectiós készítményekkel szemben mutatkozó intolerantia, stb.). Figyelemreméltó *Robinson* és *Robinson* újabban megjelent közleménye az ötvegyértékű arsent tartalmazó acetarson-nak friss syphilisre kifejtett gyógyhatásáról. Tapasztalataink szerint hatása az arsenobenzolokénál lassúbb és kisebb, azonkivül a megfelelő adagok alkalmazása mellett gyakran észleltek kellemetlen mellék-tüneteket. A fentebb ismertetett javalatok mellett is tehát csak egyes congenitalis syphilis, késői cardiovascularis és idegrendszeri syphilis arsenobenzolresistens esetei (különösen azok, melyek a modern pyretotherápiával nem kezelhetők), lehetnek a belsőleges syphiliskezelés célszerü kiválasztottjai.

A „Journal" szerkesztője szerkesztői üzenet formájában rámutat arra a közegészségügyi veszélyre, melyet a peroralis antisyphiliticumok orvosi rendelés nélküli használata idézne elő. Közhellyé vált mondás a syphilidologusok között, hogy a rosszulkezelt syphilis rosszabb, mint a kezeletlen!

Szodoray Lajos dr.,
egyetemi magántanár.

A szemfájdalmak csillapítása.

Általában több szembaj jár némi kellemetlenséggel, de kifejezett szemfájdalmat csak a kötő- vagy a szaruhártyára kerülő idegentest, szaruhártyagyulladás, (beszűrődés, fekély) a szivárványhártya és a sugártest gyulladása, ophthalmia elektrica, heveny, vagy vérzéses zöldhályog és panophthalmitis okoz. A fájdalom hevességéről a szembaj súlyosságára következtetni nem lehet. Pl. a rendszerint simán meggyógyuló rheumás szivárványhártyagyulladás, különösen a kezdeti szakban, csaknem tűrhetetlen fájdalmat okoz úgyannyira, hogy a szem kezelésén kívül a fájdalom külön csillapítására is szorul, de ez az iritis szakszerü kezelésére rövidesen megszűnik.

A kötő- és szarúhártyára került idegentest eltávolításával egyszersmind az okozott fájdalmat is megszüntettük. A szarúhártya bántalmai közül legnagyobb fájdalmat a szarú beszűrődése és fekélye okozza. A szivárványhártya és a sugártest gyulladása rendszerint igen heves fájdalommal jár, a szem érintésre is igen érzékeny és a fájdalom a homlokra, halántékra, sőt az arcra is kisugárzik; a baj gyógyitásában a pupillatágito szerek alkalmazásán kívül általános fájdalomcsillapitó nyújtására is sor kerül. Az ophthalmia elektrica kezelésében a helyi érzéstelenítő becseppentéseket (cocain, pantocain) nélkülözni nem tudjuk. A legnagyobb fájdalmat a heveny és vérzéses zöldhályog okozza.

A szemgyulladás gyógyítása és egyben a szemfájdalmak csillapítása céljából mindenekelőtt borogatásokat alkalmazunk. Fájdalomcsillapítóan hat a hideg és jeges, valamint a száraz és nedves meleg borogatás. Hideg borogatásra az erek megszűkülnek, a vérnek a gyulladt szövetekhez áramlása apad, de megcsökken a leukocyták kivándorlása is; a vérerek megszűkülése folytán keletkező anaemia a gyulladt szövet idegeinek érzékenységét leszállítja és így csökken a fájdalom. A hideggel gyógyitás és fájdalomcsillapítás azonban mind szűkebb térre szorul, sőt szivárványhártya-, sugártestgyulladás, panopthalmitis, tenonitis esetén jelentkező fájdalmak ellen már egyáltalában nem alkalmazzuk, mely utóbbi esetekben a nedves és száraz meleg borogatások hatása jótékony.

A meleg borogatásokat a szem a legtöbb gyulladásos betegség alkalmával jól tűri. Kedvező hatása abban áll, hogy alkalmazására a vér- és nyirokerek kitágulnak, a nedvkeringés szabadabb lesz úgy, hogy a kóros, gyulladásos termékek, a leukocyták és bakteriumok gyorsan kiküszöböltetnek, mely folyamatok révén a szem érzékenysége és fájdalmassága is csökken. A nedves meleg borogatás kamillateával és borvizzel történik; a száraz meleg borogatást zacskóba kötött és jól felmelegített lenmagliszttel ajánlatos végeztetni. Szemborogatáshoz azért megfelelőbb a száraz meleg, mert az ilyen borogatás a meleget sokáig megtartja, míg a nedves meleg borogatás, — a víz hamar kihülvén —, csak az első percekben hatásos.

Fájdalomcsillapitóan hat a vérelvonás is. A régebben alkalmazott piócázás a halántékra, a fülmögötti és előtti tájra, ma már alig kerül szóba. Hasonlóképen a régmúlté a szembajokban alkalmazott köppölyözés, a kötőhártya scarifikálása, canthotomia, stb. Ezek helyett a mellékvese készítményeit használjuk szembecseppentés alakjában, melyek közül legjobban bevált a tonogen, suprarenin, epinephrin.. A vérelvonó szerek érzéstelenítőkkel együtt fokozottabb hatást fejtenek ki. Hátrányuk, hogy tágítják a pupillát és zöldhályogban alkalmazni nem tanácsos.

Fájdalomcsillapítóan hatnak a rádium kis adagjai is. De legjobb fájdalomcsillapítók az összes helyi érzéstelenítőszerek, a cocain és pótszerei. A cocain nagy hátránya, hogy a szaru felhámját sérti és ezért csak igen nagy óvatossággal ritka esetben alkalmazható. Csaknem érthetetlennek látszik némely kórházi szemosztálynak azon utóbbi időben követett eljárása, hogy idősült kötőhártyagyulladás ellen rendelt adstringens szerekhez cocaint kever, mely utóbbival nem is annyira az idősült hurutokban rendszerint meglévő igen csekély fájdalmat, mint inkább az adstringens szerek (zink, sulf., resorcin) becseppentésekor támadó, általában igen kis mértékű kellemetlenséget igyekszik csökkenteni. Adstringens szerekhez érzéstelenítőt adni szükségtelen. Nagyon fájdalmas szarúhártya-beszűrődésekben az atropinhoz kevert kis mennyiségű cocain igen jótékony hatású. alkalmazását azonban a szarú veszélyeztetettsége miatt, ha csak lehet kerüljük. Minthogy a cocain a pupillatágító izmot izgatja, a pupilla tágítását iritis, iridocyclitis esetében cocainnal fokozhatjuk, így a fájdalmat is csökkenthetjük, de rendszeresen alkalmazni ilyen célból nem szabad. Zöldhályogban a pupillát alig tágító holocain, diocain, pantocain fájdalomcsillapító hatása problematikus, ezért alkalmazása kerülendő.

Azok az igen nagy szemfájdalmak, melyeket heveny és vérzéses zöldhályog, szivárványhártya- és sugártestgyulladás és bizonyos fajta keratitis okoznak s melyek fájdalomcsillapítókra és érzéstelenítőkre nem szünnek, alkoholnak retrobulbaris befecskendezésével, vagy — külföldi szerzők szerint — a ganglion sphenopalatinum phenolisatiójával enyhíthetők, illetőleg megszüntethetők. E nagy fájdalmak a helyi sympathikus zavart, különösen az értágulás jelenségét kisérik; emiatt válik az alkoholisatio és phenolisatio szükségessé. Néha, mint keratitis neuroparalyticában, a sympathikus zavar látszik a fájdalom okának, más esetekben éppen a fájadalom idézi elő a sympathikus jelenségeket.

Fájdalmat okoz néha szembajokban a túlerős fény is, amit sötétebb szines védőüveg alkalmazásával tudunk megszüntetni. Sötét szobában tartózkodást ilyen célra tanácsolni nem szoktunk. Görvélyes szemgyulladásban szenvedő gyermekek sötét szobában tartása pedig egyenesen ellenjavalt, mert az mind a szembajra, mind a gyermek általános állapotára kedvezőtlenül hat. A vizsgálat könnyebb elvégezhetése céljából alkalmazzuk néha lymphás gyermekeken a cocain érzéstelenítést; egyébként érzéstelenítőt adni szükségtelen és helytelen.

Szemfájdalmat belsőleg adagolt fájdalomcsillapítószerekkel is lehet csökkenteni, illetőleg megszüntetni. Ecélra alkalmazhatók: acid. acetyl. salicyl., pyramidon, phenacetin, stb. és végső esetben morphium és pótszerei. A heveny rheumás szivárványhártyagyulladásban adott acid. acetyl. salicyl. a fájdalomcsillapító hatáson kívül specifikus hatást is fejt ki.

Bartók Imre dr.
szemészfőorvos.

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

I. évfolyam. 6. szám. Budapest, 1940 június 29.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.
Előfizetési díja az Orvosi Hetilappal együtt egész évre 26.— P.
Felelős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, IX., Högyes Endre-u. 7. sz. Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

Az Országos Közegészségügyi Intézet közleménye. (Igazgató: Tomcsik József ny. r. tanár.)

Meningitis cerebrospinalis epidemica Magyarországon.

Irta: *Tomcsik József dr.*, ny. r. tanár.

A járványos agyhártyagyulladás (meningitis c. e.) az utóbbi két évtizedben hazánkban a legritkább járványos fertőző betegségek közé tartozott. Volt olyan év, amelyben csak 24 eset került bejelentésre. A legmagasabb betegségi szám 1931-ben fordult elő 94 esettel.

Hirtelen változott meg a helyzet az elmúlt évben. 1939-ben már 508 és 1940 évben a mai napig (június 15.) 2512 betegséget jelentettek be. A járvány kifejlődését számszerűleg az 1. táblázatban összefoglalt adataink tüntetik fel.

1. táblázat.

Meningitis c. e. betegség és halálozás Magyarországon 1940 január 1-től június 15-ig 4 hetenként:

	Betegség:	Halálozás:
I.	79	14
II.	191	47
III.	420	79
IV.	798	137
V.	661	124
VI.	363	65
Összesen: . .	2.512	466

A fenti számok élénk bizonyítékát adják annak, hogy a meningitis c. e. oly járványt okozott hazánkban, mint azelőtt soha. Hétről-hétre követve előfordulását, eleinte azt hittük, hogy ez a járvány Kárpátalja visszacsatolása után kezdődött, onnan indult ki és a rendkívüli népmozgalom következtében a katonaság és a lengyel menekültek is szerepet játszottak terjesztésében. Más európai országokból származó újabb adatok azonban arra utaltak, hogy a meningitis c. e. járványos fellángolása nem különálló problemája hazánknak, hanem európai jelenség. Az év első 8 hetében, amikor Magyarországon 270 beteget jelentettek be, Németországban 1052, Jugoszláviában 525, Svájcban 164 és Angliában 2878 beteget észleltek. Különösen magas volt e betegség számának emelkedése Magyarországon, ahol az előző év hasonló szakában 27, Svájcban, hol 4 és Angliában, hol 383 eset fordult elő.

Visszatekintve a meningitis c. e. járványtanának múltjára, hasonló mérvű járványt alig találunk. Legnagyobb kiterjedést ért el az 1904—1905. évi New-York-i járvány, amelyben összesen 7000 beteget számoltak össze. Az 1914—1918-as években a világháború okozta viszonyok a meningitis számának nagyobbmérvű szaporodásához vezettek mind a katonaság, mind a civil népesség sorában. A háború után a járványos agyhártyagyulladásos esetek száma ismét csökkent. A 100 ezer lakosra számított morbiditási arányszám hazánkban, Ausztriában és Bulgáriában 1 alatt volt, Németországban, Csehországban, Hollandiában és Svájcban 1 és 2 között ingadozott; Lengyelországban és Görögországban már magasabb volt, de a legtöbb beteget Angliában észlelték, hol a morbiditás néha 9-ig is felszökött. Amerika egyes városaiban, így pl. 1929-ben Detroitban fordult csak elő oly magas morbiditas, mint amilyent a most folyó járványban észlelünk. Nem kímélte meg a meningitis c. e. a melegebb égövi országokat sem. Francia equatorialis Afrikában pl. 1938 első felében 3000-en felüli meningococcus meningitis halálesetet jelentettek.

E szeszélyes megjelenésű betegség járványgörbéje törvényszerű ingadozásokat nem mutat. Bizonyos szabályosságot csak az évszakos ingadozásokban észleltek, amely Középeurópában március április, vagy május hónapokban érte el maximumát. Ezt a törvényszerűséget hazánkban is megállapíthatjuk a jelenlegi járvánnyal kapcsolatban, amennyiben az esetek száma januártól (hetenként 17—23 eset) áprilisig (hetenként 200-nál több eset) fokozatosan emelkedett és attól kezdve enyhén csökkent. A legtöbb beteget országos viszonylatban április 1—7-ig, a fővárosban március 24-től április 14-ig észlelték. A középeurópai országokkal ellentétben Angliában a betegség maximuma inkább január és február hónapokra esett. Tropusi országokban az évszakos maximum a csapadékgörbével fordított arányban jelentkezik; száraz időben, különösen porviharban a légcsőhurutok szaporodásával emelkedik a járványos agyhártyagyulladás száma is. A múltbeli járványtani tapasztalatokból még azt a következtetést is levonhatjuk, hogy a rendkívüli mértékben elterjedt járvány rendszerint nem zajlik le egy év alatt, hanem 2—3 évre is kiterjedhet.

A járványos agyhártyagyulladás életkor és nem szerinti megoszlásáról közölt legtöbb adat az U. S. A.-ból származik. Ezek szerint a járványos betegség elsősorban gyermekbetegség, az összes esetek 80%-a 16 éven aluli, míg 40 éven felül ritka. Általában valamivel több a férfibetegek száma, mint nőké. Olyan adatokat is találunk (*Blackberry* és *Caudill*), amely szerint 25 év alatt kétszer annyi férfi-, mint nőbeteget jelentettek be, míg idősebbeken a betegséget a két nemen egyforma arányban észlelték. A hazánkban folyó járvány végleges következtetés levonására még nem jogosít fel, 2059 eset tanulmányozása kapcsán azonban már is megállapíthatjuk, a kor- és nem-eloszlás sajátosságait.

2. táblázat.

1940 január 1-től június 15-ig bejelentett meningitis c. e. esetek megoszlása kor és nem szerint:

	♀	♂
1 éven alul	110	69
1— 9 éves	503	348
10—19 „	300	233
20—29 „	227	60
30—39 „	78	45
40 éven felül	40	46
Összesen:	1.258	801

Mint a táblázatból láthatjuk az amerikai statistikai adatokkal ellentétben hazánkban a járványos agyhártyagyulladás kevésbbé kifejezetten gyermekbetegség. Az összes esetek közül csak 50% esik a 10 éven aluliakra és 24%-ban a 30 évesnél idősebbeken fordul elő. Ennek okát abban is kereshetjük, hogy az elmúlt két évtized-

ben hazánkban rendkívül alacsony volt a betegség száma és ennek következtében a lakosság átvészelése alacsony volt. Az alacsony átvészelés következtében valószínűleg nagyobb a felnőttek között a fogékonyak száma, mint Amerikában. A betegek között csak 39% nő volt. Különösen feltünő a férfiak betegsége a 20—29 éves életkorban.

A folyó évi járvány szeszélyes és gyors terjedése mellett is jellegzetes területi megoszlást mutatott. A legerősebben fertőzött vármegyék a betegségi arányszám csökkenő sorrendjében a következők voltak: Ung, Bereg–Ugocsa, Beregi kirendeltség, Borsod, Abauj-Torna, Csanad, Zemplén, Bihar, Máramarosi kirendeltség. A járvány tehát hazánk északkeleti részében volt a legkiterjedtebb, csak az Alföld déli részén fekvő Csanád—Arad—Torontál vm. képez ebből a szempontból kivételt. A legkevésbbé fertőzött vármegyék: Gömör, Komárom, Hajdú, Nyitra, Tolna. Általában legkevesebb eset a Csallóközben és a Dunántúl déli részén fordult elő. A 100 ezer lakosra számított morbiditás a legkevésbbé fertőzött vármegyékben (Gömör) 4.7, a legfertőzöttebb vármegyében (Ung) 66 volt. Városaink közül legtöbb esetet Miskolc, Sopron, Ungvár és Kassa jelentettek. Budapest évszakos görbéje az országos átlagnak megfelelt és a morbiditási arányszám szempontjából középhelyen állott.

Az elmúlt évben kezdődött járvány először nyújtott lehetőséget hazánkban a járványos agyhártyagyulladás kóroktanának részletesebb tanulmányozására. Ezt a munkát elsősorban az Országos Közegészségügyi Intézet és vidéki vizsgálóállomásai végezték. Az Országos Közegészségügyi Intézet központi intézetében *Grüner Géza* 448 liquor-vizsgálatról számolt be. A beküldött 448 liquorból mind mikroskopos vizsgálattal, mind tenyésztéssel 86 negativ volt. 334 esetben meningococcust, 28-ban pedig különféle kórokozót sikerült kimutatni. Az utóbbi csoportba tartozó vizsgálati anyagból 12 esetben pneumococcus, 8-ban streptococcus haemolyticus, 4-ben tuberculosis bacillus, 3-ban staphylococcus, 1 esetben pedig influenza bacillus tenyészett ki. Az irodalom adatai szerint ezek közül mindegyik okozhat meningitist. *Williams* és *Gosling* közölték a legkiterjedtebb tanulmányt errevonatkozólag 1932-ben. A New-York város közegészségügyi laboratoriumában feldolgozott meningitis esetekből származó 2674 liquorban 7.5%-ban szerintük pneumococcus, 6.5% streptococcus, 3.6%-ban influenza bacillus és 1%-ban staphylococcus volt a kórokozó. Az esetek többségében a mennigitist meningococcus, vagy tuberculosisbacillus okozta. Általános felfogás szerint azonban a járványos agyhártyagyulladást elsősorban a meningococcus okozza. *Grüner* vizsgálataiban a vegyes kórokozók magas száma mégis bizonyos meggondolásra késztet. Ha ugyanis átszámítanánk az általa észlelt vegyes kórokozókat a hazánkban ez évben előfordult meningitis betegségekre, akkor azt találnánk, hogy csupán ezek a vegyes kórokozók kétszer annyi esetet okoztak volna ennek az évnek az első felében, mint az utolsó két évtized legfertőzöttebb éveiben. Felmerül az a kérdés, hogy a meningitis c. e. rendkívül járványos előfordulása kapcsán a meningococcuson kívül sokkal nagyobb mértékben okoznak agyhártyagyulladást más kórokozók is, vagy az utóbbiak inkább csak secundaer kórokozóknak tekinthetők oly esetekben, amelyekben a meningococcust kimutatni nem lehet? A járványtani irodalmi adatok errevonatkozólag felvilágosítást nem adnak, mégis azt hisszük, hogy az utóbbi feltevésnek több valószínűsége van. A betegeken végzett ismételt vizsgálatok feladata lesz a jövőben ennek a fontos kérdésnek a tisztázása. Kétségtelen azonban, hogy a meningitis c. e. járványt elsősorban a meningococcus okozza és emellett jelentőségében főként a tuberculosis-bacillus szerepe csökken.

A meningococcus kisfokú resistentiája következtében beküldött anyagban tenyésztési eljárásokkal nehéz a diagnosis. A meningococcus 50 C°-on már egy óra alatt elpusztul, kiszáradás két-három óra alatt elöli. A hideget sem bírja jól. Régebbi eljárásokkal a liquorból is nehezen tenyészthető, az utóbbi években azonban e téren is jelentős javulás észlelhető. A tenyésztésre ma is véres agart, vagy ascites agart használunk, azonban az incubatiót semianaerob körülmények között végezzük. E célra az utóbbi években számos eljárást ajánlottak. Az Országos Közegészségügyi Intézet tapasztalatai szerint legegyszerűbb eljárás a Petri-csésze redelenek lezárása paraffinnal, vagy plastilinnal. A vidékről érkező liquorban még így is nehéz tenyésztéssel kimutatni a meningococcust. *Grüner* 334 mikroskopiumos vizsgálattal megállapított meningococcus meningitis esetből 120 alkalommal tudta kitenyészteni. Mégis nagyon fontosnak tartjuk a meningococcus kitenyésztését éspedig nemcsak a diagnosis tökéletesítése, hanem elsősorban a meningococcus typusok megállapítása céljából.

A meningococcus typusok ismerete nélkül a járvány jellegét és terjedésének módját nem tanulmányozhatjuk közelebbről. Múlhatatlanul szükségünk van azonban a typusok ismeretére megfelelő gyógyeredményt biztosító meningococcus savó termelése szempontjából. Először *Dopter* mutatta ki, hogy a meningococcus leggyakrabban előforduló typusán kívül serologiailag éles különbségeket mutató más vállfajok különböztethetők meg, amelyeket parameningococcusnak nevezett el és α, β és γ altypusait különböztette meg. Az 1914—1918. évi világháború alatt *Gordon* és *Murray* végeztek alaposabb tanulmányt a meningococcus typusaira vonatkozólag. Négy typust találtak, amelyeket római számokkal jelöltek meg. Mint később kiderült Gordon I. typusa a Dopter-féle parameningococcusnak felel meg, II. typusa pedig a Dopter-féle typusos meningococcussal volt azonos. A III. és IV. typus intermediaer törzseket foglalt magába, amelyek egymással bizonyos fokú kereszt-reactiót adtak. Bár a meningococcusnak ma sincs nemzetközileg elfogadott typus-beosztása, a legtöbb bakteriologus *Gordon* beosztását fogadta el. Németországban a meningococcus typusok előfordulását legalaposabban a Ruhr-vidéken tanulmányozták. *Wüstenberg* 7. „gelsenkircheni typust" különböztet meg, amelyek közül a leggyakrabban előforduló I. typus megegyezik a Gordon-féle typussal. A typusok gyakorisága országok és járványok szerint is változhat. Ez adja magyarázatát *Kramár* korábbi észlelésének, amely szerint a németországi savó a Pécsett észlelt meningitis esetekből isolált meningococcusokat még csak nem is agglutinálta. *Grüner* vizsgálatai szerint a folyó járványból kitenyésztett 120 törzs közül 116 a Gordon-féle I. typushoz áll közel, 3 törzs a II. typushoz, míg 1, törzs a Gordon-typusok egyikével sem azonos. A hazai typusok közelebbi meghatározása agglutinin adsorptio segítségével folyamatban van.

A meningococcus kitenyésztése az orr- és a garat váladékából még nehezebb, mint a liquorból. A vizsgálati anyagot erre a célra a diphtheria pálcikához hasonló, de meggörbített eszközökkel kell venni, gyorsan végigtörölve a lágyszájpad mögött az epipharynxot. Ügyelni kell arra, hogy az így vett váladék ne érintkezzék a szájüreg nyálkahártyájával, vagy a nyelvvel. Kitenyésztés az így vett váladékból is csak akkor sikerül, ha azonnal véres agarra oltjuk és azt megfelelő paraffinos elzárás után, néhány órán belül, thermostatba helyezzük. Minthogy a meningococcus első megtelepedési helye

a nasopharynx, a coccusgazdák felkutatása csak ezen a módon történhet. A körülményes eljárás természetesen országos viszonylatban nagyon szűkre szabja a lehetőségeket a coccusgazdák felkutatására.

Kétségtelen, hogy a meningitis járvány terjedésében nagy szerepet játszanak a meningococcus gazdák. A meningococcus azonban igen elterjedt kórokozó. Egészséges egyének orr- és garatváladékából 1—3%-ban tenyészthető ki, akkor is, ha beteggel közvetlenül nem érintkeznek. A beteg közvetlen környezetében az ápolók, vagy családtagok között különböző szerzők 25—74% coccushordozót találtak. *Glover* világháborúból származó megfigyelése szerint a katonaság túlzsufolt barakkjaiban a hordozók száma a zsufoltság következtében 3%-ról 35%-ra növekedett és amikor ezt a határt elérte, az első meningococcus meningitis esetek megjelentek. Kétségtelen tehát, hogy a coccushordozás nemcsak a mennigitis betegségek következménye, hanem azok oka is lehet. A meningococcus-hordozók felkutatását elsősorban zsúfolt lakásokban, internátusokban, kaszárnyákban előfordult betegség esetében tartjuk indokoltnak. Minthogy a chronikus coccushordozó ritka, legtöbb esetben még különösen veszélyeztetett környezetben is elegendő a coccushordozók elkülönítése 4 hétre. A hordozók kezelésére bizonyos desinficiensek alkalmazhatók, de ezek hatást legfeljebb akkor fejtenek ki, ha azt *Spray* formájában orron, szájon át közvetlenül az epipharynxba juttatjuk. Egyesek szerint friss levegő, testmozgás elősegíti a hordozó szabadulását a meningococcustól.

Hazánkban eddig a legalaposabb helyszini vizsgálatokat meningococcushordozók megállapítására *Lőrincz* prof. és munkatársai végezték Csanád-vármegyében, valamint *Kún Lajos* Ungvárott. *Kún Lajos* vizsgálatai különösen érdekesek abból a szempontból, hogy az uralkodó epidemiás typusú kórokozó betegek környezetében található, míg olyan egyének között, akik betegekkel nem érintkeztek gyakrabban fordul elő más typus is. Összesen 1340 vizsgálatot végzett 3 különböző katonai alakulaton. 2 alakulatban talált meningococcus meningitis és ezekben a coccusgazdák száma 21—44% volt. A harmadik alakulatban, hol fertőzés nem fordult elő, a coccushordozók száma 16% volt. Az első két csoportban az elkülönített coccushordozók mintegy 90%-a tartozott az uralkodó epidemiás typushoz, míg a harmadik csoportban csak 40%. Ezek az adatok — sajnos — amellett szólnak, hogy csak kivételesen és rendkívül alapos tanulmánnyal lehet a meningococcusgazdák felkutatása terén olyan munkát végezni, amelynek a járvány jellegének közelebbi felkutatásán kívül praeventiv jelentősége is van. Ennek következtében a betegek elkülönítésén kívül többet tehetünk a meningitis terjedésének megakadályozására abortiv esetek felkutatásával, mint ezt *Kramár* prof. is hangsúlyozta.

A járvány kifejlődésének megakadályozására régen próbálkoztak már megelőző védőoltásokkal. Meggyőző eredményt a nyugati országok kevés számban végzett kisérleteiből nem olvashatunk ki. A szomszédos államok közül 1931-ben Csehországban kisérelték meg a katonaság védőoltását. *Fayerabend* 21.280 vaccinált katona között 5 betegséget észlelt, arányszám szerint ugyanannyit, mint az ugyanott elhelyezett nem oltott katonák között. Ennek ellenére Törökországban és több északafrikai gyarmaton ma is nagyszámú védőoltást végeznek, ezek eredményeit azonban nem ismerjük. Nézetünk szerint prophylactikus védőoltásokat legfeljebb táborokban, különösen veszélyeztetett zárt intézetekben érdemes megkisérelni. Ha a magyarországi járvány még tovább tart, ilyenirányú kisérletek elvégzését tervbevettük.

Oszintén be kell vallanunk, hogy a meningitis c. e. járványtanának mai ismerete szerint a járvány terjedését megakadályozni nem tudjuk és a szigorúan végrehajtott elkülönítéssel, fertőtlenítéssel legfeljebb csak csökkenthetjük az esetek számát. A járvány leküzdésében ma is első helyen áll a therapia A therapia régi fegyvere, a specificus meningococcus serum. sajnos a gyakorlatban nem mindig váltotta be a hozzáfűzött reményeket. Eredményessége, specifikus hatása kétségtelen abban az esetben, ha a savó az uralkodó epidemiás typusú kórokozó ellen megfelelő mennyiségű specifikus ellenanyagot tartalmaz. Már *Flexner* megfigyelte 1294 serummal kezelt meningitis eset tanulmányozása kapcsán, hogy a meningitis c. e. 65—70%-os lethalitása 30%-ra csökkenthető. Ezt az eredményt is csak kevés helyen érték el megfelelő minőségű savó hiánya miatt. Ez a magyarázata annak, hogy Magyarországon az 1931 és 1937-es években a meningitis c. e. lethalitása 50 és 80% között ingadozott. Mihelyt elegendő számú törzset különíthettünk el az elmúlt évben kezdődött járvány folyamán, ezeket átadtuk a hazai meningococcus serumtermeléssel foglalkozó Phylaxiának. A lovakban termelt hazai gyógysavót máris több kórházunk vizsgálta meg. Új fejezet nyílt meg azonban az elmúlt év folyamán a meningitis c. e. therapiájában a chemotherapia haladásával. Számos hazai szerző közléséből megállapíthatjuk, hogy a sulfapyridin, különösen pedig a sulfathiazol készítmények alkalmazásával a meningitis c. e. lethalitását eddig nem remélt mértékben 10%-ra szállították le. Felmerült már az a kérdés is, hogy a chemotherapiás szerek nem teszik-e feleslegessé a serum alkalmazását. Nézetem szerint, ha megfontoljuk, hogy akkor, amikor csak gyógysavó állott rendelkezésünkre kizárólag ennek alkalmazásával sikerült a halálozást felére csökkenteni és akkor, amikor tudjuk, hogy más esetekben a chemotherapeuticum és a gyógysavó között synergismus jöhet létre, erre a kérdésre feleletet csak a kisérleti munka adhat. Bizonyos óvatosság abból a szempontból is indokolt, hogy a régebbi 70% körüli lethalitással szemben az egyes szerzők által elért 10%-os lethalitást kizárólag chemotherapiás szerek javára írjuk. Változhat a járvány genius epidemicusa is. Hiszen az elmúlt év első felében, amikor Magyarországon chemotherapeuticumot még senki sem használt, a meningitis lethalitása már 34%-ra süllyedt és Kárpátalján csak 25%-ot tett ki. A hazánkban sok helyen megindult kisérleti munka feladata, hogy mind a gyógykezelés, mind a járványtani ismereteink terén tisztázza azt a sok függő kérdést, amit a hatalmas méretekben kifejlődött járvány felvetett.

Az O. H. kiadványait olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások IV bővített kiadás . . . . . 5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 4.— „
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana . . 4.— „
Benderek István és **Külley László:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve . . . 4.— „

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

Az Erzsébet Tudományegyetem Törvényszéki Orvostani Intézetének közleménye. (Megbízott igazgató: Entz Béla ny. r. tanár.)

Az egyetemes orvos törvényszéki orvosi működése.

Irta: *Beöthy Konrád dr.*, egyet. rk. tanár, kir. törvényszéki orvos.

Általános rész.

Az 1896. évi XXXIII. tc. 227. §-a szerint . . . „ha a szemléken szakértők szükségesek: a bíróság rendes szakértői közül kettőt, az ügy fontosságához képest esetleg többet *kell* alkalmazni. Csekélyebb fontosságú körülmények megállapítására, vagy ha több szakértő nehezen volna található, egynek alkalmazása is elégséges . . . a rendes szakértők csak akkor mellőzhetők, ha a késedelem veszéllyel járna, vagy ha köztük nincs olyan, aki a megkívánt, külön szakértelemmel bírna . . .” A rendes szakértők alkalmazására vonatkozik még az említetten felül a 3700—99. I. M. E. sz. büntető ügyviteli szabályzat 113. §-a is, amely szerint . . . „a saját, állandó szakértővel nem bíró járásbíróságok, amennyiben a távolság és az eset sürgőssége megengedi, rendszerint a törvényszék állandó szakértőjét alkalmazzák.”

Mindezzel ellentétben az látjuk, hogy lépten-nyomon alkalmaznak általános orvosokat törvényszéki-orvosi teendők ellátására, feladatok megoldására. Az igazságügyi hatóságoknak ez az eljárása perrendtartás-ellenes, mert hiszen a BPT. 241. §-a világosan megmondja, hogy . . . rendes szakértőket mellőzni nem szabad. A törvényszéki orvosok egyik fontos ténykedési köre a boncolás. Ma már mindenkit megbíznak boncolásokkal, pedig az 1900. évi 36.348. I. M. rendelet előírja, hogy feltétlenül alkalmazandó a törvényszéki orvos, ha hullaboncolásról van szó. Ezt csak azért említem meg, mert autóelgázolással kapcsolatban egyedül boncolt a körorvos Kémes község határában. Hogy a perrendtartásellenes intézkedéseknek mi az oka: határozottan nem tudjuk, csak sejtjük az 1926. évi 62.000. I. M. számú rendeletből, amely az addig megállapított illetményeknek a csökkentéséről intézkedik s amely egyúttal be nem vallottan a legnagyobb takarékosságot is figyelembe ajánlja.

Ez hozta azután azt magával, hogy manapság azután általános orvosokat is felszólítanak törvényszéki orvosi teendőkre s olyan feladatok elvégzésére utasítják őket, amihez sem kedvük, sem tehetségük, de még csak technikai felszerelésük sincsen. Csak később derül ki, hogy nem elégséges az általános orvost egyszerűen csak megbízni ilyen feladatokkal, mert hiszen többek között az a sok technikai munk, amit a törvényszéki orvosi kérdések megkövetelnek, mind távol áll tőle; gondoljunk csak arra pl., hogy hány gyakorlóorvosnak van mikroskopja. *Orsós* felfogása szerint ideális követelmény az, hogy akinek berendezett laboratoriuma nincsen, az ne is végezhessen törvényszéki-orvosi vizsgálatokat. Minthogy azonban mindez csak pium desiderium marad s minthogy minden tiltakozásunk ellenére is végeztetnek collegákkal ilyen feladatokat, azért célszerűnek tartom, hogy egy-két szóval megemlítsem azt, amire az egyetemes orvosnak a mindennapos törvényszéki-orvosi gyakorlatban szüksége van.

Amikor az igazságszolgáltatás az orvos igénybeveszi, azt *különleges* cél elérésére teszi. Az egyetemes orvosnak ezeket a különleges célokat éppúgy kell ismernie, mint az ehhez vezető eljárásokat. Tudnia kell azt is, hogy a lelet felvételét egyetlenegy orvos sem tagadhatja meg (BTK 231. §.), de felmentést kérhet az orvos, ha a lelet felvételére magát kellően képesnek nem érzi. A véleménynek a megadását azonban megtagadhatja s azt olyan orvosra bízhatja, aki — szerinte abban jártas. A szakértői idézéseknek az általános orvosok nem nagyon örülnek. A bíróságon mindig kérdeznek; a feleletek alapvetőleg különböznek az általános orvos feladataitól, de különben is az idézések zavarják is mindennapi gyógyító munkájában. Mégis: a szakértői ténykedésnek eleget kell tennie, mert egyébként megbüntetik (1911. I. tc. 354. §.). Bármennyire rá is van utalva a törvényszéki orvossal nem rendelkező bíróság a helybeli orvosra, ennek nem kellene ezt a feladatot magára vállalnia, mert hiszen ő maga tudja legjobban, hogy tapasztalatai nem elegendők erre. Annak az oka, hogy e feladatok teljesítése alól mégsem mentesíti magát, részben magában az orvosban van, mert az az aggodalom, hogy székhelyének szűk körében beismerése, hogy bizonyos esetekben képtelen megfelelni a megbizatásnak: elismerését csökkentheti, majd meg azért, mert tudásának határát nem ismeri: olyan kérdések megválaszolására is vállalkozik, amit megtenni nem, vagy csak nagyon rosszul tud. Ajánlatos volna, hogy ha az orvos nem érzi magát biztosnak feladata elvégzésére, tudassa azt a bíróval, még mielőtt a vizsgálatnak nekifog. Különösen érvényes ez a törvényszéki orvosi boncolásokra, amiket még tapasztalt törvényszéki orvosok minden rendelkezésükre álló eszközzel és az egyes különleges orvosi szakmák mértékadó képviselőinek igénybevételével sem tudnak mindig kielégítő módon elintézni. Nem is lehet kívánni azt, hogy az általános orvos az egyetemen szerzett, a törvényszéki orvosi boncolásokhoz, de más, szakértői működéshez is szükséges ismereteit érintetlenül megőrizze, amikor még feladata körét sem ismeri. A mai közlekedési viszonyok között semmi akadálya sincs annak, hogy egyetemi városból vagy megyeszékhelyről hívjanak szakértő orvost. Az ügyésznek az az ellenvetése, hogy pl. melegben hamar oszlásnak indul a holttest s az azonnali boncolás szükséges, bő kárpótlást ad az időbeli, esetleges késedelemért akkor, ha *szakértő* kapja a megbízást. Olyan esetekben ahol a vizsgálatnak előreláthatható nehézsége s az eredmény fontossága már előre sejthető: szakértő mellőzését nem lehet semmiképen indokolni. Exhumálás pl. sohasem olyan fontos, hogy az néhány órai késedelmet ki ne bírna. Azután: egészen egyszerűnek látszó esetben is nem várt nehézségek merülnek fel. Bizonyos, hogy vannak olyan esetek, ahol az azonnali vizsgálat elengedhetetlen (helyszínen talált holttest megszemlélése és vizsgálata, adatok beszerzése, amelyek a halál beállta idejének meghatározására szolgálnak, a gyanusított megvizsgálása szellemi állapotára a tett elkövetése után, csekélyfokú, gyorsan gyógyuló sérülések esetén a lelet felvétele, idézés ellenére tárgyalásról való távolmaradáskor az egészségi állapot megvizsgálása, stb.), de ezekben az esetekben a Perrendtartás gondoskodik arról, hogy a rendes szakértőn kívül mást is igénybe vehessen a bíróság, ilyenkor pedig nem tagadhatja meg senki a működést; az ilyen esetekben sem kell az orvosnak más csinálnia, minthogy a leletet felveszi, a véleményadást egyszerűen megtagadja, mihelyt magát arra alkalmasnak nem érzi. Az ad hoc szakértőnek ez a működése nem más, mint az igazságszolgáltatásnak nyújtott első segítség, ami után az következik, hogy az egyetemes orvos a beteg igazságszolgáltatást utalja be a törvényszéki orvos klinikájára. A gyakorló orvosi tudomány mellett nem is lehet azt

kívánni, hogy akármelyik orvos az orvostudomány minden ágában egyformán járatos legyen.

Azok a feladatok, amelyeket az igazságszolgáltatás a szakértőre ró, nagyon változatosak és nagyon szokatlanok is az általános orvos szemében. Gondoljunk csak a szűzesség megállapítására, ahol — tapasztalat szerint — a hatósági orvosok is olyan gyakran tévednek. Az, hogy valaki hatósági orvos: még nem mondja, hogy többet tud, mint bármelyik más orvos, sőt az irodai tendők nagyon sokat elvesznek abból a gyakorlatból, amit az általános orvos magának megszerezhet. A hatósági orvos fokozottabb tudással egyáltalán nem rendelkezik, sem ilyen, sem más kérdésben, amelynek törvényszéki orvosi vonatkozása van. (Nemzőképesség, apasági kérdések, szellemi állapotok véleményezése, stb.) Amíg a gyakorlóorvosnak joga, sőt kötelessége, hogy a betegnek vagy a beteg hozzátartozóinak egy-két megnyugtató szót odavessen, ezt a törvényszéken nem teheti, mert itt minden szónak igen nagy jelentősége van. mégis azt tapasztaljuk, hogy nagyon sok ad hoc szakértő a törvény előtt minden meggondolás nélkül összevissza beszél; mások, akiknek már van némi gyakorlatuk ezen a téren, annyira terhelve érzik magukat a szokatlan felelősségtől, hogy egészen tutyi-mutyi módon állanak a bíró előtt; e magatartásuk szöges ellentétben áll azzal a csodálatos nyugalommal és biztonsággal, amellyel ugyanaz az orvos a betegágynál végzi hasznos munkáját.

Arra, hogy az orvos szakértői ténykedése közben siessen: semmi szükség nincs. Biztosítsa magának minden körülmények között a nyugodt meggondolásra való időt, ne engedjen a bíró, a felek sürgető nyomásának s ne adja meg a véleményét elhamarkodva. Az előnyomozáskor pedig tartsa fent és érvényesítse magának azt a jogot, hogy véleményét írásban adja meg. Mert, ha azonnal véleményt ad, megesik, hogy később nyugodt megfontolás után arra jön rá, hogy ezt vagy azt, ami a vélemény megadásához szükséges: elfelejtette, elmulasztotta.

Fontos, hogy a vélemény megszerkesztésekor a tényállásról tájékoztatva legyen. Az akták olvasásában csak kevéssé is jártas ember gyakran talál olyan adatokat, amelyek részben a lelet, részben a vélemény megszerkesztésére nagyon fontosak, amiket a bíró azonban nem ismert meg. Ajánlatos tehát, hogy ezt az ú. n. aktabetekintési jogát, amit neki a Btk. 234. §-a egyébként biztosít is: az orvos érvényesítse. Helyes dolog és nagyon segíti az orvost a vélemény megszerkesztésében az is, hogy főtárgyalásokon, kihallgatásokon részt vehet, jelen lehet, mert hiszen a bíró nem is tudhatja azt, hogy az orvos a kihallgatottak vallomásából mit tart fontosnak a vélemény megszerkesztésére s épen ezért van megadva az orvosnak az a jog is, hogy kérdezhessen. Van azonban egy hátránya is annak, hogy ha az orvos nagyon belemélyed az aktákba, ha nagyon behatóan foglalkozik valamelyik bűntettel; ez a hátrány pedig az, hogy az orvos könnyen elfogulttá válik, véleményének olyan színezete lehet, mintha az egyik, vagy másik oldalra hajlanék. Ez akkor következik be, ha olyan adatokat is mérlegel, amelyek egyáltalán nem tartoznak rá. Gondoljunk csak a gyermekölés gyanúja esetén az aktákban olvasható valamennyi körülményre, amikor a pletyka akkorra, amikor hivatalos helyre érkezik a gyermek halálának a híre: csaknem bizonyossá válik a gyermekölés. Hozzáértő orvos agyában azonnal felbukkan minden lehetőség, amely a szülés előtt, alatt, vagy közvetlenül és hosszabb idő múlva is a szülés után — okozhatják a magzat halálát — természetes okból. Az esetleges elfogultság ellen úgy védekezhet a szakértő, ha eleve gondol arra az ellenállásra, amellyel szemben később véleményét meg kell védenie, a várható ellenvetéseket meghányja-veti magában. Ide már azután törvényszéki orvosi tapasztalat és ugyanolyan gondolkodás is kell, enélkül csődöt mond a legalaposabb hatósági orvosi vagy más, akár szakorvosi kiképzés is. Nem elég az, hogy igaz legyen, amit mond, mindez lehet jelentéktelen a bíró szemében, hanem az is kell, hogy kérdezés nélkül, tehát önmagától feleljen azokra a kérdésekre, amelyek el sem hangzottak, de amelyek az ügyre fontosak.

A véleménynek mindig a tudomány álláspontjához kellene magát tartania. Tudományunk véges, azt is mondhatjuk, hogy bizonytalan; ezt tudtára is adjuk a bírónak, de túlságos félelemből, aggodalomból ne állítsuk a bírót elmosódott kép elé; a kivételes eseteket ne állítsuk egy sorba a mindennapi megszokottal, olyan formában, hogy lehetségesnek mondunk valamit, akkor, amikor az mindennap előfordul. A bíró ugyanis könnyen ama helytelen következtetésre juthat, hogy a két eshetőség egyformán gyakori. Ezt azután a védők nagyon gyakran értékesítik és azt kívánják a szakértőtől, hogy válaszoljon határozottan: igen, vagy nem. Ha azután a szakértőt meglepi ez a felszólítás s a védők eme kívánságának eleget tesz: gyakran lelkiismerete ellen cselekszik, mert hiszen az, amit mond, nem a legjobb tudása és lelkiismerete szerint való, pedig éppen erre esküdött meg. Ha két eshetőség forog fenn, fejtse ki a szakértő, azt, hogy fennáll ugyan az eshetőség, az azonban csak olyan ritkán fordul elő, hogy pl. azt épen ritkasága miatt tudományos cikkekben szokták közölni. A kivételesen előforduló esetek feltételeit sem szabad megmagyarázás nélkül hagyni. Ha most a szakértő csak mint lehetségest állít oda egy ilyen kivételes esetet, egészen bizonyos, hogy a bíró más ítéletre lyukad ki.

Az aggódó szakértőnek az ellenkezője az, aki soha, semmiféle nehézséget nem lát a megválaszolandó kérdésekben, nem is kérdezi magától azt: vajjon nem haladja-e meg tudásom kereteit? Úgy hiszi, hogy minden kérdés lényegében egyforma, épen ezért rá válaszolni könnyű, mert hiszen megfelelő mintát látott, olvasott, stb. Bizonyos dolog azonban az, hogy két egyforma eset nem fordul elő, s éppen ezert nagyon rossz dolog egy mintához ragaszkodni, mint ahogyan nem tesz jó benyomást az sem, ha a szakértő mindig ugyanazon kifejezéseket használja; káros ez azért, mert a bíró a gyakrabban megidézett szakértőnek a szavaiból mindig ugyanazt a szókötést olvassa ki; de az olyan kicsiny különbségeket, kifejezésbeli változtatásokat, amelyek a szakértőknek sokszor hosszú gondolkodásába kerülnek: nem veszi észre s a bíró arra a véleményre jut, hogy ez megint éppen olyan szakértői megnyilatkozás, mint a másik s, hogy a szakértő a tárgyat nem bírja jobban, mint ő maga s ezért azután nincs is szüksége a szakértőre. Milyen hibás a bírónak ez a felfogása! Éppen olyan hibás, mintha az orvosszakértő úgy gondolná, hogy képes volna a tárgyalást vezetni, hiszen a tárgyalás *alaki* része s a többi szólásmód is egyforma, amit az orvos már olyan gyakran hallott; de ebből egyáltalán nem következik az, hogy az orvosszakértő egyben igazságot is tudna tenni. Ezért fontos az, hogy a szakértő véleményét ne mindig ugyanazon szavakkal adja meg.

A tárgyalás egész menete alatt, amíg az egész bizonyítási anyag együtt nincs: a szakértő legyen tartózkodó. Ne beszéljen sokat, de semmiesetre se mondjon többet, mint amennyit mondhat. Távoli lehetőségeket ne is említsen, nehogy ezzel az egész bizonyítást álútra terelje. Ha gyakori célzás történik a lehetőségekre, ezt

vagy a védő, vagy a bíró azonnal értékesíteni fogja s nagyon kínosan hat, ha a szakértőnek elsietett kijelentéseit vissza kell vonnia.

Írásbeli véleményadáskor a szakértőnek elég ideje van arra, hogy mindent jól megoldjon. Nehezebb véleményt tollbamondani, különösen kevéstapasztalatú szakértőnek a védő, vádló és peres felek kérdéseire. Néha a védőnek éppen a a célja, hogy a szakértőt zavarba ejtse, hogy így a vádlottra kedvező vélemény kerekedjék ki.

A veleszületett alkalmasság mellett a tapasztalatoknak van nagy szerepük a kifogástalan szakértői működés keretében. Nyugalmát az orvos soha el ne veszítse, ne engedje magát mellékvágányra terelni s ha olyan kérdéseket tesznek fel neki, amelynek a tárggyal összefüggését nem érti, kérje meg a bírót, hogy erre a kérdésre ne felelhessen. Ne érezze magát az orvos sértve akkor sem, ha a védő le akarja vizsgáztatni a szakértőt, hiszen ez igyekezetek nem a szakértő ellen szólnak, hanem az ügyvéd védence érdekében a legjobb várakozásnak akar megfelelni —, mondjuk — a szakértőnek felesleges zaklatásával akarja megmutatni, hogy mennyire lelkén viseli védettje sorsát. Alapvető a véleményadásban az, hogy az orvos soha el ne hagyja a természettudományi alapot, s hogy véleményét ne alapítsa soha olyan dologra, amely nem tartozik reá. Ne vegye rossznéven azt sem, ha véleménye ellenére ítél a bíró.

Nagy tapasztalatú orvos is zavarba kerülhet akkor, amikor anélkül érkezik meg a főtárgyalásra, hogy tudná előre, miről van szó. Csak dicséretes az a törekvés, hogy igénybevesszük a főtárgyalásra előkészületnek legalkalmasabb módját: aktabetekintési jogunkat. Valószínű máshol is el;fordul az az érthetetlen intézkedés, amit a pécsi Táblán tapasztaltam, hogy u. i. egyenesen megtagadták az aktáknak előzetes áttanulmányozását. Ez természetesen azt hozza magával, hogy az iratokat ismertetni kell, vagy hogy a tárgyalást félbe kell szakítani, addig, amíg a szakértő a neki szükséges adatokat az élkért iratokból összeszedi, — ami pedig sokszor tetemes időveszteség.

Idézésekkel kapcsolatban bosszantó a hosszú várakozás; annak a kérésnek, hogy a bíró azt az ügyet vegye tárgyalás alá, amelyben az orvos is meg van idézve: legtöbbször eleget tesznek. Azonban mégis ajánlatos, hogy a vádlott feleleteit és a tanuvallomásokat is meghallgassa az orvos. Elmeállapot megfigyelésekor pedig elengedhetetlen, hogy a vizsgálandó magatartását a főtárgyaláson megfigyelje.

Nem mindig lehet éles határt vonni a tanu, szaktanú és szakértő idézések között. Fontossága ennek azért van, mert a szakértőt működéséért *díjazás* illeti, míg a tanu, vagy szaktanu díjazást nem igényelhet. Ha az orvos nem csupán látott-hallott dolgokról nyilatkozik, ha tehát nemcsak tanuvallomást tesz, hanem általános felvilágosításokat ad, vagy megismert tényekből következtet: ez már szakértői működés s ezért neki díjazás jár. Nagyon gyakran az orvostanuk szakértővé lesznek a kihallgatások alatt, mert hiszen éppen orvosi kérdésekben a bizonyítási anyag szakértői felvilágosítás nélkül sokszor semmit sem ér. Ha visszagondolok a kihallgatott orvoscollegák szerepére, önkénytelenül is arra gondoltam sok esetben, hogy az orvosnak tanuként megidézésekor, illetve kihallgatásakor a bírónak megvan az az ügybuzgóságból fakadó szándéka, hogy az orvostanut szakértőként hallgassa meg, talán azért, hogy a szakértői díjat megtakarítsa; számos ilyen esetben felhívtam a bíró figyelmét arra, hogy ez vagy az a kérdés már szakértői kérdés, a collegának pedig megmondottam, hogy erre mint tanu nem köteles válaszolni. Különösen az ügyészség felszólítására klinikákról, kórházakból származó írásbeli nyilatkozatok azok, amelyek teljesértékűek, a tudományosan levont következtetésekkel: a véleményekkel. Az ügyészségi felszólításokban mindig ott szerepel az a kitétel, hogy . . . adjon véleményt . . . A megkereső hatóságok a véleményt mindig megkapják, anélkül, hogy ezért a kórháznak vagy a klinikának a szakértői díjat megfizetnék s így a törvényszéki orvos elesik attól a jogos keresetétől, ami őt illetné meg . Mégegyszer szeretném hangsúlyozni, hogy az egyetemes orvos, a klinikai, vagy kórházi orvosok nem kötelesek *véleményt adni;* kötelesek a betegre vonatkozó adatokat, stb. megküldeni a megkereső hatóságoknak, de a betegségi adatokon kívül mást, nevezetesen véleményt adni nem kötelesek. Ha azonban valaki véleményt ad, akkor egészen jogosan kérheti és kérje is érte a szakértői díjat. (L. később). Leghelyesebb a pécsi szemészeti klinikának az az eljárása, amely szerint mindig megadják a beteg állapotára, kezelésére, stb. vonatkozó adatokat, azzal a megjegyzéssel, hogy a sérülés természetére, stb. vonatkozólag tessék a törvényszéki orvost meghallgatni. Soha sem volt és nem is lehet semmiféle kellemetlensége a szemészeti klinikaeme, perrendszerű eljárásának. A kezelőorvosnak hatósági felszólításra közölnie kell a betegre vonatkozó valamennyi adatot, de véleményt nem kell adnia; ám, ha magát az eset megvéleményezésében erősnek érzi s ad is véleményt: ezért kérja a szakértői díjat is. Vonatkozik ez természetesen a kör-, járási-, tiszti- és városiorvosra is, tehát minden orvosra. Itt szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy pl. csendőrségi felszólításra végzett vizsgálatok alkalmával —, ha a gyanusított, terhelt magát egyáltalán engedi megvizsgálni, mert hiszen joga van a megvizsgáltatást megtagadni, — az orvos ne a megvizsgálttól kérje a vizsgálati díját, hanem attól a hatóságtól, amely a terhelt, a gyanusított vizsgálatát elrendelte. Szabályszerű díjjegyzék formájában nyújtsa be kérését és várja meg, amíg az megfelelő helyre kerül s az utalványozás megtörténik. Megtörtént az, hogy az orvos a megvizsgálttól kérte a vizsgálati díjat, aminek megfizetését a megvizsgált megtagadta, mondván, hogy ő nem kért orvosi vizsgálatot: az orvos a vizsgáltat beperelte, a járásbíróság a vizsgáltat az orvosi költségekben *hibásan* elmarasztalta, az orvos ellen azonban fegyelmi eljárás indult meg.

II. Részletes rész.

Az *orvosi bizonyítványok* egyik gyakori hibája, hogy az orvos a bizonyítványkérő anamnestikus adatait abban úgy tünteti fel, mintha azokat saját maga észlelte volna. Megtörténhet ugyan, hogy az orvos maga is észleli az adatokat, egyébként azonban az orvos nem állapíthatja meg, hogy valaki autókarambolban szenvedett el sérüléseket; csak azt állapíthatja meg, hogy valakin egy bizonyos napon ilyen, meg ilyen sérülések voltak s hogy a *betegtől* tudja, hogy ezek a sérülések karambolban érték; a bizonyítványban pedig arról nyilatkozik az orvos, hogy vajjon a lelet egyezik-e az elmondással, vagy sem, összhangzó-e a lelet a panaszokkal, vagy sem, illetve, hogy vajjon a bizonyítványt kérő a panaszoknak megfelelő magatartást tanusít-e, vagy sem, de magukat a fájdalmakat az orvos sem állapíthatja meg. Mindezeket csak azért említem meg, mert annak a sajátos ténynek, hogy az orvosi bizonyítványoknak olyan kevés értékük van a bíróság előtt, maguk az orvosok az okai a bizonyítványokban használt ügyetlen kifejezések miatt. Magánorvosi bizonyítványra 2 pengős, hatósági orvosira 1 pengős bélyeg kell.

Hangsúlyozni kell, hogy az orvos *szívességből* sohase állapítson meg jelen nem lévő, vagy csak gondolt elváltozásokat, avagy többet, mint ami valóban észlelhető. A bizonyítványt kérő panaszait sokszor nem is alkalmazza magatartásához s ezekről a panaszokról kér bizonyítványt. Annak igazán nem volna szabad megtörténnie, hogy valakit súlyos betegnek mondunk, akinek ágyban, vagy legalább is szobában volna a helye, aki szabadságvesztés-büntetését éppen betegségére tekintettel nem kezdheti meg, s amikor a hatóság utánanézet, kiderül, hogy a súlyas betegnek mondott egyén nincs otthon, környezetében senki sincsen, aki betegségéről tudna és esetleg máshol, megszokott munkájában találják meg.

Az *orvosi titokra* vonatkozólag; hatósági felszólításra köteles nyilatkozni az orvos (Btk. 329. §), akár megengedi a beteg, akár nem. Óvatosságból azonban kívánatos, hogy az orvos a hatóságnak errevonatkozó írásbeli megkeresését megőrizze. Telefonon, vagy élőszóval tett ilyen felszólításnak ne tegyen eleget. Amióta azonban a 36.500—1930. N. M. M. sz. rendelet alapján részben az Országos Közegészségügyi Intézetnek, részben az alispánnak, főszolgabirónak, polgármesternek és a községi előljárónak köteles bejelenteni a hivatalos orvos 15, illetve 22 fajta betegséget nyílt lapon, azóta és amióta az OTI érdekeinek megfelelően kell nyilatkozni: eskűvel fogadott titoktartásunkon kénytelen-kelletlen rést kellett ütnünk s így az egész orvosi titoktartásban nem nagy szerep jut az általános orvos törvényszéki-orvosi gyakorlatában. Ehhez még csak azt említem meg, hogy ha valaki a titoktartás alóli felmentését szorgalmazza, azt ne az orvosi kamarától, hanem csupán betegétől kérje.

Elszenvedett *sérülések* vizsgálatakor az általános közérzetre és a sérülés egyes részleteire kiterjedő lelet a fontos. Érdeklődjék az orvos az állítólagos sértő eszköz felől is, ha lehet, mutattassa azt meg magának, esetleg a sérült ruhadarabot is, tett megállapításait vegye jegyzőkönyvbe. Megállapítandó még a sérültnek a sérülés utáni magatartása, az első segítségnyújtás minősége (amiből erős vérzésre vagy annak hiányára lehet következtetni), ájulásra, agyrázkódásra figyelemmel lenni! Nem lehet elmulasztani annak megállapítását, vajjon a sérült alkoholhatás alatt állott-e, ami tudvalévőleg a sérülés következményeit utánozhatja, illetőleg azokat elfedheti. Az orvosi véleménynek a büntető eljárásban ki kell terjednie: 1. a sérülés megnevezésére, annak rövid leírásával; 2. annak megállapítására, vajjon a sérülés könnyű, vagy súlyos-e (Btk. 301., 303., 304. §§-ok); 3. a sértőeszköz meghatározására. Ez utóbbihoz: a tartós következményeket nem ritkán szinlelik! Nem minden súlyos sérülés fedi a súlyos testi sértés fogalmát, amiben annyi zavar uralkodik, viszont minden hámhorzsolás a hozzátársuló fertőzés miatt halálossá válhat. Ha több sérülés észlelhető, akkor azoknak mindegyikét külön kell véleményezni gyógytartam tekintetében. Más a súlyos testi sértés vétsége, más a súlyos testi sérülés más az életveszélyes és más az életveszélyessé vált sérülés.

Polgári perekben a felperes túlozni, az alperes tagadni szokott. Az orvos dolga, hogy a felperes által szolgáltatott bizonyítékok alapján, amely tanuvallomásokban, írásban vannak lefektetve és saját észlelése, valamint az általános orvosi tapasztalatok alapján foglaljon állást a felperes állításához. A fájdalomérzés subjectiv; mégis tudjuk, hogy az égési sérülések, ugyanazon helyre történő többszörös behatás nagyon fájdalmasak, viszont tabesben és syringomyeliában szenvedők nem úgy éreznek fájdalmat, mint az egészséges ember, s a szakértőnek kötelessége, hogy a bírának ezt megmondja. Ezektől a fájdalmaktól különválasztjuk azokat, amelyek lágyrészekben vagy csonthegekben átmenetileg még sokáig jelentkezhetnek, (a heg nyomása, csonthegekben az időjárási és légnyomási viszonyok okozta időszakos fájások.)

A *sérüléses idegesség* kérdésében nem egységes a szakemberek felfogása sem; vannak, akik a sérüléses idegességet, mint külön kórformát tanítják, mások viszont sérüléses idegességről hallani sem akarnak. A felülvélemény sorsa most már attól függ, hogy kihez kerül az első vélemény. Ezek az ideges, hysteriás, hypochondriás, vagy neurastheniás panaszok, amelyek csekélyfokú, lelki megrázkódtatásokkal, félelemmel egybekötött események hatására támadnak, az eseménnyel egybekötött sensatio, a sérült környezetének aggodalma hatására csak fokozódhatnak, s a rendes foglalkozástól a sérültet eltérítik, a netalán elszenvedett sérülések kezdeti panaszai nem szünnek meg, hypochondriás félelmi érzések keletkeznek, sőt bénulások is kifejlődhetnek. A kártalanításra irányuló képzetek rögzítik ezeket a panaszokat, a sérültek évekig betegek maradhatnak, egyes esetekben még akkor sem gyógyulnak meg, ha járadékot kapnak. A gyakorlóorvosnak kötelessége, hogy a panaszolt betegségi tünetekkel erélyesen szembeszálljon, a sérültet félelmei alaptalanságáról meggyőzze s hogy őt munkájához visszavigye; mint szakértőnek pedig az a kötelessége, hogy a sérült átmeneti keresőképességének százalékos csökkenését és annak időtartamát a legkisebb mértékre szállítsa. A *sértőeszköz* meghatározásakor ne csak arra terjedjen ki a figyelme, hogy vajjon az eszköz alkalmas-e az emberi élet kioltására, hanem azt is meg kell tudnia, hogy az eszközt milyen módon használták, vajjon olyan módon használtá-e, amelynek következtében *köznapi értelemben*, tehát az esetek túlnyomó számában azzal életveszély van egybekötve; ha igen, akkor azt hangsúlyozni kell akkor is, ha az életveszély *in concreto* nem is állott be, de *in abstracto* megvan. Ha a bűnjelet nem mutatják meg a szakértőnek, akkor ne nyilatkozzék.

A sérültek elszenvedett gazdasági hátrányukért polgári per útján érvényesítik igényüket. A keresőképtelenség időtartama, a k. k. százalékos csökkenésnek meghatározása már csak azért is nehéz, mert nem minden sérülés jelent egyútal keresőképtelenséget, vagy annak csökkenését, — ez a foglalkozás minőségétől függ —, s viszont a keresőképesség helyreállása nem egyenlő a sérülés gyógyulásával, másszóval nem mindig tér vissza azonnal a megszokott munkára képesség a sérülés meggyógyulása után. *A maradandó következményeket* nagyon gyakran tetetik. Igen sokszor kerül az ember olyan helyzetbe, hogy a törvényszék figyelmét fel kell hívni bizonyos vizsgálatok elvégzésére, amiket adott esetben feltétlenül el kell végezni, amelyek nélkül nincs biztos döntés. Csonttörések, bennrekedő lövések, stb. esetén. Bizonyos esetekben csak határozatlan véleményt lehet mondani. Ezzel ugyan a bíró nem elégszik meg, de ez legyen közömbös a szakértőre. Sérülés elszenvedése után pl. azt megmondani, hogy lesznek-e következményei s hogy azok meddig tartanak: nem lehet, mert hiszen a gyógyulás lefolyását senki sem ismeri előre. Véleményt mindig azzal a megjegyzéssel adjon az orvos: . . . ha a sebgyógyulás lefolyása sima, ahhoz fertőzés nem társul, akkor ennek gyógytartama . . . ennyi, meg ennyi . . .

A keresőképesség meghatározása, illetve a keresőképesség csökkenésének meghatározása, annak időbeli tartama, stb. azért ütközik nehézségbe, mert hiszen nagyon nagy azon munkák száma, amit a munkások vé-

geznek s egyes munkakörökön belül is vannak olyan részletek, amelyek elvégzésére a sérült még képes lehet A teljes és részleges, átmeneti és állandó keresőképesség-képességcsökkenés meghatározására kielégítő eredménynyel használjuk azokat a táblázatokat, amiket minden nyelven megtalálhatunk az irodalomban. Hazai szerzők közül legmegfelelőbbnek *Csépai*nak a könyvét tartom („Az orvosszakértői véleményezés", 1937., a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása.) Ne tapadjunk meg egy bizonyos százalékszámon, hanem bizonyos határon belül adjuk meg a keresőképességcsökkenés fokát, (pl. ⅓—¼ részben képes, vagy képtelen megszokott munkájának végzésére), teret engedve a bírónak is, aki orvosi mérlegeléseken kívüli momentumokat is tekintetbe szokott venni s aki egyébként sincsen szorosan kötve az orvosi véleményhez.

A *nemi ösztön* törvénybe ütköző kielégítési módjai az orvosi gyakorlatban sem egészen ritkák. A meglévő szüzességnek, illetve a megtörtént közösülésnek bizonyítása egyike a legnehezebb feladatoknak. Az orvosnak nincsnek bő alkalma, arra, hogy virginalis állapotú nemi részeket vizsgáljon s így nem ismerheti a különféle szűzhártyaalakokat, innen van a nagy tévedések egész sora. Megszokott dolog, hogy „hiányzó" hymenről tesz említést az orvosi bizonyítvány. A hymen csak akkor hiányzik, ha veleszületett alapon, a nemi részek más hiányával fordul elő, egyébként hymen, ha csak maradványaiban is, mindig van. Ilyen hiányzónak bizonyított hymen utólagos vizsgálatakor kiderült, hogy a hymen teljesen ép. A hymen szabad szélén lévő természetes, veleszületett becsorbulásokat igen gyakran defloratióból származónak írják le a bizonyítványok; a megkülönböztetés elég nehéz. Általában azt mondhatjuk, hogy ha a szűzhártya *egy helyen*, egész szélességében a hymen tapadásáig, vagy épen a hüvelyfalra terjedőleg van megszakítva, akkor defloratióról van szó. A hymen nyilásának mesterséges kitágításáról nem lehet beszélni ép hymen esetén, mert hiszen a nyilás nagysága már gyermekeken és nemileg éretteken is annyira változó, hogy egy mértéket felvenni, amelyhez a „tágítást" vagy kinyujtást szabni lehetne: nem lehet. Viszont azt is jó tudni, hogy a hymen nem okvetlenül sérül meg első vagy sorozatos közösülések után sem. Serdületlen nőszemélyeken végbevitt legkülönbözőbb cselekedetek, a nemi részek érintésében s a hüvelybemenetben lezajló coitushoz *hasonló* közösülési kisérletekben állanak, amelyek nyomot aligha hagynak hátra, folytonosságmegszakítás, vérzés formájában. Négyéves leányka esetében a csendőr nem habozott vallomását e szavakkal megadni: . . . „megtörtént a coitus". A hüvelybemenet nyálkahátyájának egyszerű vörössége nem tisztán tartott gyermekeken egészen közönséges lehet, esetleg nyákos, genyes váladékkal keverve. A váladéknak bakteriologiai vizsgálata nélkül orvosilag sexualis visszaélés gyanúját kimondani nem lehet. Tárgylemezen vékony rétegben és több tárgylemezre kikent készítményt kell a törvényszéki orvostani intézetbe beküldeni bakteriologiai vizsgálatra. Arra is gondolni kell, hogy nőnemű gyermekeken a kankós fertőzés, mint véletlen fertőzés nem ritka s a kimutatott kankó nem bizonyít nemi visszaélést. *A magzatelhajtásokkal* kapcsolatban: a belső magzatelhajtóknak ismert szerek mostanában már ritkák; a városban divatos, mechanikus elhajtások a falura is kiterjednek. Ezek a beavatkozások a nemi csatorna sérülései mellett a belső genitaliák fertőzését okozhatják, amely azután gyakran súlyos, sőt halálos betegséghez vezethet. A fertőzött elvetélés csaknem kivétel nélkül kriminalis beavatkozás eredménye. Hogy valóban történt-e magzatelhajtás, azt csupán a boncolásból csak egészen ritkán lehet megmondani, a fertőzésen kívül csak akkor állíthatjuk ezt, ha az eszközt, vagy annak egyik-másik részét megtaláljuk a nemi részekben. A bíró előtt fennálló terhességet csak akkor tudom — eskűm alatt — bizonyítani, ha legalább egy magzatbolyhot ki tudok mutatni. Minden más esetben csak lehetőségi, vagy valószínűségi a terhesség. Természetesen ahhoz, hogy valószínűséget, vagy lehetőséget igazoljak, ki kell zárni mindazt a nagyszámú, spontan elvetélésre vezető betegséget, amit ismerünk; épen ezért amilyen egyszerűnek látszik, épen olyan nehéz az elvetélés kérdésében eskű alatt úgy nyilatkozni, hogy abból a bíró nyugodtan meghozhassa ítéletét. Holttestrészeknek az Országos Bírósági vegyészhez *chemiai* vizsgálatra beküldése esetén az egyébként előírt módon történő csomagolás mellett ajánlatos, hogy az orvos az első és második utakat, illetve azoknak tartalmát külön-külön csomagolva küldje el. Első útnak nevezzük a gyomrot és a beleket, másodiknak pedig a májat, veséket, tüdőt, szivet, de az elsőkhöz soroljuk nem peroralisan adott anyagok esetén a beadás helyét (intramuscularis befecskendezés esetén az izmokat, stb.) Nem halálos mérgezés esetében csupán a tünetekből ne állítsuk fel a mérgezés diagnosisát, a vizeletnek, székletnek, kihányt, vagy kiemelt gyomortartalomnak, a megmaradt ételmaradékoknak a vizsgálata elengedhetetlen. Ép így meg kell a későbbi vizsgálat számára őrizni az ezekkel szennyezett alsó és felső ruhát is.

A *hullaszemle* mai formájában semmit sem ér. Ennek a felismerése folytán a pécsi orvosi kamara elnöksége e sorok íróját felszólította a hullaszemléről szóló előadás tartására. A hullaszemle célja volna a beállott halálnak és a halál okának megállapítása. Míg a beállott halálnak a megállapítása semmi különös nehézségbe nem ütközik, annál nehezebb a halál igazi okának megállapítása. Minden gondolkodó orvos nagyon jól tudja azt, milyen nehéz élőben is helyes kórjelzést adni, holott akkor a diagnostika minden eszköze rendelkezésre áll. A halál igazi okát puszta szemlével csak kisebb-nagyobb valószínűséggel lehet megállapitani. Csakis bizonyos esetekben (tömegszerencsétlenségek, robbanás, gázmérgezések) elégséges a hullaszemle a halál okának boncolás nélküli megállapításához. Egyébként azonban a halál okát bizonyossággal csakis boncolással lehet megállapítani. Hullaszemlekor az orvos vetkőztesse le a holttestet, akár tetszik a hozzátartozóknak, akár nem. Műhiba miatt perbefogták az orvost, amikor a gyermekhulla megszemlélésekor nem gondosarról, hogy megfelelő világos helyen végezze a vizsgálatot és így a halál okát nem vette észre, amit pedig észre kellett volna vennie.

Természetes okból beálló, hirtelen, váratlan halál eseteiben a holttesttel történő manipulálás alkalmával, élősdiek, dögevők ártalma folytán kiterjedt *halálutáni sérülések keletkezhetnek.* Részben ezek, részben még a halálküzdelem alatt elszenvedett sérülések okozhatnak igen komoly fejtörést az előzmények ismerete nélkül, hogy vajjon valóban élőben vagy halál után keletkezett sérülések-e ezek, mert hiszen az élőben keletkezett sérüléseket a külső körülmények módosíthatják, másrészt pedig azért, mert hiszen közvetlenül a halál után keletkezett sérülések is mutathatnak fel olyan ellenhatási nyomot, amely fokozatban épen, hogy eltér az élőben keletkezettől.

Helyszini szemlénél úgyszólván alig hivják meg az orvost. Ismeretlen holttest lefényképezése mellett az arcvonások, szemek, fogazat részletes leírásán kívül a kezeknek és a ruházatnak minősége, cégjelzése, stb. rögzíttessenek. Ismeretlen női holttest nemi részeinek állapota,

terhesség, lezajlott szülés jelei ne kerüljék el a figyelmet. A holttestnek a környezethez viszonya, ruháinak helyzete, vérfoltok kiterjedése és eloszlása — mind fényképpel rögzítendő. Tehát először a talált helyzet rögzítendő, azután fogunk hozzá a holttest megvizsgálásához. A hullamerevség kifejlődése, a kihülés foka, a hullafoltok telítettsége és kiterjedése a halál beállta időpontjának meghatározásához szükséges, amit a bíró sokszor megkérdez. Ezeknek pontos feljegyzését ne mulasszuk el.

Hatósági (rendőrorvosi és törvényszéki) orvosi boncolások elrendelése alkalmával a gyakorló orvost legyőzhetetlen akadályok elé állítják. Általános orvos nem lehet járat a boncolásban, ő a klinikai diagnostikában es már azt, hogy egy orvos nem lehet egyformán jártas az therapiában, de nem a holttest-diagnostikában jártas. Maga a boncolási technika is érthetően nehézséget okoz sok egyetemes orvosnak. A nagyközönség is tudja ma orvostudomány minden ágában s nagyon jónéven veszi, ha a kezelőorvos szükség esetén más orvost is segítségül hív. Csak épen az igazságügyi hatóságok nem törődnek azzal, hogy szakorvost vegyenek igénybe a beteg igazságszolgáltatás gyógyítására. Aki éveken át foglalkozott törvényszéki orvosi és rendőrorvosi boncolásokkal, az tudja, hogy nagy gyakorlatúnak is mekkora nehézséget okoz egyik-másik eset teljes feldolgozása, jóllehet mikroskop-, bakteriologiai és chemia vizsgálatokra is alkalma van az arra szolgáló intézetekben. Idetartoznak azok a hirtelen és első pillanatra megmagyarázhatatlan halálesetek, amelyek sokszor mérgezés gyanúját keltik, de azok az első pillanatra egészen nyilvánvalónak látszó zsinegelési, megfojtási, vízbefullási esetek is, amelyek a legpontosabb kidolgozást követelik meg. Igazságügyi műhibának lehet nevezni azokat az intézkedéseket, amikor kihantolásra általános orvost utasítanak, hiszen a kihantoláskor igazán nem lehet sürgősségről beszélni, amely egy-két napi halasztást ne bírna el; addig, amíg törvényszéki orvost nem találnak.

Semmi baja nem történhet az orvosnak, ha ilyen, ránézve kellemetlen megbízás alól magát kivonja és nem végzi el a boncolást, stb., hanem törvényszéki orvost ajánl. Senki sem veszi tőle rossznéven, ha ilyen vizsgálat nehézségeire rámutatva, felmentését kéri. A jogász, különösen fiatal, életpályája kezdetén álló, kicsiny forgalmú, falusi helyen működő járásbíró, vagy önálló munkakörrel felruházott tikár nem ismeri azokat a nehézségeket, amelyek ilyen feladatok megoldásakor várnak az orvosra; úgy gondolja, hogy pl. a vizsgálati anyag kicsiny kiterjedésű lévén (csecsemőboncolás) nem érdemes törvényszéki orvost felkérni, elég ahhoz általános orvos is. Pedig épen a csecsemőhalálozások megállapítások sokszor igen nehéz feladat, a terhességnek és a szülésnek eltitkolása mindig gyermekölés gyanúját kelti; a szülés alatt elszenvedett ártalomról keveset, vagy semmit sem tudnak, ép így nem tudnak arról sem, hogy heveny hörg- és gyomor-bélhurut milyen gyakran okozza a csecsemők váratlan halálát. Ajánlatos hogy az egyetemes orvos ne engedje magát félrevezetni a nyomozás adataitól. Minthogy pedig legtöbbször sem kielégítő ismeretei, sem górcsöve nincsen, hogy a légutak, gyomor és bél tartalmát megvizsgálja, ami épen a csecsemők boncolásakor elengedhetetlen, gondoskodjék arról, hogy a hullarészek mihamarább törvényszéki orvostani intézetbe kerüljenek, attól függően, hogy milyen évszak van, vagy friss állapotban, vagy conserválva. Ugyanígy kívánatos, hogy egyes holttestrészeket is beküldjön törvényszéki orvostani intézetbe, ha valami kétes leletről van szó, (pl. a koponyatetőn repedés természetes képződmény-e), majd más esetekben, pl. szívrepedéskor, vajjon az erőszakos vagy természetes okból következett-e be, a méh beküldése magzatelhajtás gyanújakor, annak eldöntésére, vajjon van-e rajta valamilyen sérülés, amit eszköz okozott; a nyaki szerveket erőszakos fulladás gyanújakor. De ne csak a nyak bőrének 3 négyzetcentiméter darabját, mint egy esetben már tették, hanem a lágyrészekkel együtt, minél nagyobb vizsgálati anyagot, amiben benne van a nyelvcsont, gégeporcok is. Felnőttek hirtelen halálát sem lehet mindig tisztázni mikroskopos, vagy bakteriologiai vizsgálat nélkül. (L.: később). Nem tartom feleslegesnek, hogy a hirtelen halálesetekkel kapcsolatban részletesebben szóljak.

(Folytatjuk.)

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

Traumás hypothalamus-sérülés.

Irta: *Horányi Béla dr.*, egyet. magántanár, adjunctus.

A hypothalamus, mely pár év előtt még terra incognita volt, az utolsó évek kutatásai révén mindjobban feltárul előttünk fontos élettani és kórtani jelentőségében. Mai tudásunk szerint a hypothalamusos sejtcsoportok nem csupán a szervezet vegetativ életének legmagasabb integrálói, a vitalis rhythmusnak legfelsőbb szabályozói, hanem jelentékeny szerepük van az indulatélet, a lelki intentionalitás, a személyiség dynamismusának terén is. *Benedek* és *Juba* nemrég megjelent tanulmányukban behatóan vázolták a hypothalamus, elsősorban a corpus mamillarek szerepét olyan bonyolult kórlélektani tünetegyüttes létrehozásában, mint amilyen a Korsakow-syndroma. Annál csodálatosabb a hypothalamus rendkívül bonyolult működésszövedéke, mert az egész hypothalamus az agyvelő állományának csupán $^1/_{300}$ részét alkotja.

A hypothalamus működési jelentőségeire vonatkozó ismereteink az összehasonlító anatomiai, kisérleti adatok mellett főképpen daganatos, gyulladásos és érbántalmat mutató esetekre támaszkodnak. Isolált hypothalamus traumás sérülések a ritkaságok közé tartoznak. — *Courville* nemrég megjelent közlése szerint az általa az utóbbi években észlelt 400 halálos koponya trauma közül csupán 1 esetben látott vérzéseket a hypothalamusban. A Cincinnati General Hospital anyagában 123 halálos koponyatörés közül egyetlen egyben sem localizálódtak a vérzések a hypothalamusra. A hypothalamus vidékének ez a jelentékeny és az élet szempontjából fontos ellenállóképességét traumás behatásokkal szemben érdekes megvilágításba helyezi az a tény, hogy a hypothalamus érrendszere egyéb behatásokkal (mérgezések, lázas állapot, stb.) szemben eléggé labilisnak mutatkozik, így pl. malaria-kúrák kapcsán sok esetben volt alkalmam vérzéseket találni a III. agykamrát körülvevő szürkeállományban.

A fentiek alapján nem lesz érdektelen ismertetni a következő esetet, ahol a koponyát ért traumát követő tünetek csaknem kizárólag a hypothalamus sérülésére utalnak.

A 25 éves nőbeteget 1940. IV. 2-án vettük fel a klinikára. A beteg családi anamnesise említésreméltó adatot nem tartalmaz. Születés, fejlődés rendben folyt le. Soha komolyabban beteg nem volt. 18 éves korában ment férjhez. 1 élő, egészséges gyermeke van, 1 koraszülés. Alkoholt nem iszik, nem dohányzik, nemi betegségről nem tud. Betegsége előtt nyugodt, csendes, szorgalmas, környezetéhez alkalmazkodni tudó, barátságos egyéniség volt. 1939. XII. 5-én autóbusz elütötte, a baleset után történtekre részleges

amnesia áll fenn. Tudja, hogy a helyszínen megjelentek a mentők, arra is emlékszik, hogy a rendőr adatokat kérdezett tőle, de arra már nem emlékezik, hogy hogyan szállították haza. A baleset után és azóta is állandóan erős fejfájása van, napokon keresztül hányt. Orrán, fülén, szemen nem vérzett a baleset után. Hányingere néhány nap múlva megszünt. A baleset óta hozzátartozóinak feltünt, hogy a beteg személyisége teljesen megváltozott: ingerlékennyé vált, minden kicsinység izgatja, mindenkivel összevész, az addig fegyelmezett magatartású egyén mindiuntalan indulatkitörésekre ragadtatja magát, házimunkáját elhanyagolja, eddig sohasem használt obscoen kifejezéseket használ, káromkodik, érzelmi életében eldurvult. Emlékezőképességében, ismeretanyagában kiesést hozzátartozói nem észleltek. A baleset óta 14 kg-ot fogyott, álmatlan, étvágytalan, menstruatiója rendetlenné vált: egyrészről szabálytalan időközökben jelent meg, másrészt hol hosszabb, hol rövidebb ideig tart. Olyan időkben, amikor késik a menses, a b. o.-i mammából tej préselhető ki, a jo. o.-i mammából sohasem, a b. o. mamma minden menstruatió alkalmával, illetőleg a menstruatio elmaradása esetében a várt időpontban erősen megduzzad. A baleset óta szemöldökeinek külső fele kihullott, hónaljszőrzete és a pubes ritkábbá és lágyabbá vált.

Jelen állapot: Kp. fejlett, ép csontrendszerű nőbeteg. A koponya ütögetésre sehol nem fájdalmas. A koponyáról készült röntgenfelvételen sem az agybasison, sem egyebütt törési vonal nem látható; sella turcica tájéka normalis viszonyokat mutat. Homlokráncolás m. o. jól sikerül. A beteg mindkét szemöldökének lateralis fele alig pár szálból áll és e ritkás területnek a színe is világosabb, mint a medialis sűrűbb szemöldökfélnek. Szemrések egyenlőek, szemek csukása, nyitása jól sikerül, enyhe szemhéjtremor. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Pupillák központi fekvésűek, kp. tágak, kerekek, egyenlőek, fényre alkalmazkodásra kellő kitéréssel, promt reagálnak. Cornealis reflex m. o. kiváltható, b. o. egy árnyalattal csökkent. A facialisok szája ágát m. o. jól idegzi be. Kinyujtott nyelv középen, a nyelv mozgásai szabadok, nyelvtremor nincs, atrophiát nem észlelhető. Garatívek jól mozognak, garatreflex kiváltható. Deliberatiós reflexek *(Benedek—Kulcsár, Astvasaturow, Alajounanine,* stb.) nem válthatók ki. Masseterek kellő terjedelműek. Az izomzat terjedelme, tonusa, consistentiája mindenütt rendben. Paresises jelenség sehol nem észlelhető. Biceps, triceps-, radialis, Benedek-féle hüvelykujjreflex m. o. kiváltható, egyenlőek, Mayer m. o. kiváltható, Léri egyik oldalon sem. Trömmer reflex, valamint a Toby-Cohn egyik oldalon sem váltható ki, hasreflexek m. o. minden harmadban kiválthatók. Mediopubialis reflex, spinoadductor reflex m. o. negativ. Térdreflexek m. o. élénkek kiterjedtebb reflexzónával, Achilles-reflex m. o. kiváltható, egyenlő. Sem lábsem tárdclonus nem váltható ki. Kóros reflexek nincsenek. Talpreflex m. o. kiváltható. Mindkét kézen finom, apróhullámú tremor.

Érzőkör: Visus rendben, szemfenekek épek, látóterek sem tárgyra, sem szinekre kiesést nem mutatnak. Fülészeti vizsgálat: hypaesthesia nervus VIII. r. cochlearis l. d. A. r. vestibularis calorikus ingerelhetősége normalis *(Szende dr.).* Izlés, szaglás rendben. Az egész bal testfélre kiterjedően, az arcot is beleértve kifejezett hyperpathia: itt a beteg minden ingert, különösen a nociceptiv ingereket sokkal kellemetlenebbnek jelzi, mint j. o. Egyébként mind az epikritikus, mind protopathiás, mind pedig a proprioceptiv érzésqualitások az egész testen rendben, érzéslocalisatio jó, discriminatiós képesség mindenütt rendben.

Az extrapyramidalis rendszer részéről eltérések nem észlelhetők, általában cerebellaris tünetek nincsenek.

Aphasiás, agnosiás, apraxiás, alexiás agraphiás, acalculiás tünetek nincsenek.

A vérben a Wa.-r., Meinicke—Kiss negativ. A liquorban az emlitett reactiók negativak. Xanthochromia nincs Sejtszám 10/3. Összfehérje 26 mg%, Pándy-, Nonne—Apelt-, Weichbrodt-, Ross—Jones-, Zaloziecki—Grahe-reactiók negativak. A coll. reactiók negativ görbét adnak. Liquor C-vitamin tartalma 1.4 mg%. Mellkasi és hasi szervek eltérést nem mutatnak. Kiürítési functiók rendben. Vizeletben kóros alkatrész nincs. Vércukor éhgyomorra 49 mg%, vérsüllyedés első órában 13 mm Westengreen szerint. Vérkép vvs.: 5.260.000, fvs. 5.000, hb.: 90% festődési index 0.8 mg. — IV. 11-én cisternalisan enkephalographiát végzünk 35 ccm levegő befúvásával. A kamrarendszer sem nagyságban, sem alakban eltérést nem mutat, különösen kiemelendő, hogy a III. agykamra configuratiója normalis viszonyokat mutat.

Az enkephalographia után a betegen suggestive jól befolyásolható kéz- és fejtremor, aphonia, később gyerekes selypítő beszéd, általában puerilis magatartás mutatkozott. Ez a hysteriás-functionalis magatartás az egész további klinikai tartózkodás alatt észlelhető volt. Tonoscillographiás lelet: oscillogramm hossza: 145; kardialis görbe: 56, 59; tensio: 104/74; mind az érfali, mind a kardialis görbe elongatióin dúrva csipkézettség észlelhető, arhythmiás jelenségek nincsenek, az oscillogramm normoton görbét mutat. A jobb alsó végtagon — a bal alsó végtaghoz viszonyítva — az ugyanazon niveau-ban felvett oscillogrammok elongatiói lényegesen alacsonyabbak, a jobb lábfejen csupán minimal oscillatiók észlelhetők. Legmagasabb oscillatio: térd alatt: j. o. 13; b. o. 8; boka felett: j. o. 8; b. o. 6. Lábfejen az oscillatiók igen alacsonyak, nem mérhetők. Az oscillogramm hossza a jobb alsó végtagon a baloldalihoz viszonyítva lényegesen megrövidült. Értékei: térd alatt j. o. 135, b. o. 150; boka felett: j. o. 130, b. o. 140; lábfej j. o. 100, b. o. 110. Fenti lelet alapján a jobb alsó végtag angiospastikus állapota vehető fel. A beteg 1940. IV. 13-án változatlan állapotban hagyta el a klinikát.

Betegünkön észlelt jelenségeket a következőkben foglalhatjuk össze. A koponyát ért trauma utáni acut átmeneti tudatborulással és hányással jellemzett állapot után a betegen enyhén progrediálólag a következő tünetek alakultak ki: 1. A személyiség megváltozása az emotionalis reactiók eldurvulásával, indulatkitörésekkel, ösztönféktelenedési tendentiákkal. 2. Lassú lesoványodás, minden kimutatható belgyógyászati ok nélkül *és* kellő táplálékfelvétel mellett. A lesoványodás az egész testre egyenletesen terjed ki. 3. Álmatlanság, különösen az elalvás zavara volt kifejezett; 4. A menstruatiós cyklus zavara: az addig mind időbelileg, mind quantitative szabályszerűen jelentkező menstruatio szabálytalanná vált, hónapokra elmaradt, tartama is rendetlen lett. 5. A menstruatio elmaradásának időpontjaiban a b. o. emlőben(tehát a hyperpathiával azonos emlőben) jelentékeny duzzadás és tejképződés. 6. A testszőrzet megváltozása: a szemöldökök lateralis részének kihullása, szintelenné válása. A hónaljszőrzet és pubes qualitativ megváltozása; a hónaljszőrzet és pubes qualitativ megváltozása; 7. Testszerte, de különösen az arcon pigmentfoltok jelentkeztek. 8. A betegnek megváltozott a reactiós typusa: az eladdig soha functionalis tüneteket nem mutató betegen az enkephalographia után typusos hysteriás tünetegyüttes vált észlelhetővé. 9. Végül az egész bal testfélre kiterjedően, az arcot is beleértve, thalamusos jellegű hyperpathia volt észlelhető: azonos vagy talán még emelkedett fájdalomküszöbinger mellett a b. o. a nociceptiv ingereket másnak, kelemetlenebbnek érezte, mint j. o.

A thalamus ventrolateralis magjának, tehát az arteria cerebri posteriorból eredő art. thalamo-geniculata által ellátott rész sérülésére visszavezethető hyperpathián kívül az összes felsorolt tünetek megmagyarázhatók a hypothalamicus, a vegetativ élet legmagasabb egybefoglalását végző sejtcsoportok traumás-vérzéses sérülésével. Az említett ösztönféktelenedési tendentiák, primitiv emotionalis reactióra való készség jól magyarázhatók a hypothalamus és különösen az elülső részének bántalmazottságával. Az irodalomban számos olyan eset található, ahol az oralis hypothalamicus részek tumoros bántalmazottsága a személyiségnek fentebb vázolt irányban eltolódását hozta létre. Igy pl. *Alpers* ismertetett esetet, ahol a hypothalamus medialis részeit roncsoló teratoma aggressivvitással, hypersensibilitással, hypermetamorphosissal, fokozott argumentativ hajlammal jellemzett személyiségváltozást idézett elő. *Alpers* szerint a hypothalamus a primitiv emotionalitás keletkezési székhelye, amelyre a cortex enyhítő, kiegyenlítő hatással van és a hypothalamus betegségében ezek a primitiv mechanismusok eredetibb formájukban nyilatkoznak meg. *Benedek* szerint a hypothalamus, elsősorban a corp. mamillare a vegetativ élet fontos csomópontja, amely a köztiagynak, a thalamusnak és a cortexnek

összműködését szabályozza lelki folyamatokban és ezáltal a lelki dynamitásnak fontos eszközévé válik. Ismeretes az is, hogy a hypothalamus tájékának daganatai hypomaniás, sőt maniás színezetű képeket idézhetnek elő, ilyen eseteket írtak le *Foerster, Fulton, Bailey Cox, Cushing* és mások. Különösen érdekes ebben a vonatkozásban *Foerster* következő észlelése. A III. agykamra plexus chorioideusa papillomániájának eltávolításakor vérzés jelentkezett és a véralvadék a III. agykamra felett gyült össze. Amikor *Foerster* az alvadék eltávolítását megkísérelte és vongálta eközben a hypothalamusos tájékot, a betegen hirtelen maniacalis izgalom jelentkezett és ez a maniaform állapot csak addig tartott, amíg *Foerster* a hypothalamus tájékát izgatta. A betegen soha előtte maniaszerű állapotot nem észleltek. *Ranson* szerint nem kétséges ma már, hogy az oralis hypothalamusos vidék mechanikus izgatásával maniaszerű állapot idézhető elő. *F. Kennedy* olyan családokat ismertetett, ahol a családtagok egyrésze manifest hypothalamusos jelenségeket (pl. elhízás) mutatott, másrésze maniás depressióban szenvedett, amiből *F. Kennedy* a maniás depressio hypothalamicus eredetére következtet. Rendkívül érdekes továbbá esetünk szempontjából *F. Kennedy* ama megfigyelése is, hogy egyáltalán nem hysteriás charakterű egyéneken a hypothalamicus tájék betegségére typusos hysteriás primitiv reactiók jelentkezhetnek. Szerinte ilyenkor primitiv hypothalamusos-vegetativ kifejezésmódok felszínre jutásáról van szó. Ezek szerint ilyen esetekben szinte organikus hysteriáról beszélhetünk, csakúgy, ahogy *Poppelreuter, Furtswängler, Benedek* corticalis hysteriás képeket észleltek az agykéreg betegségei alkalmával. A mi esetünkben az enkephalographia után hysteriás tünetek mutatkoztak az egyáltalán nem functionalis charakterű betegen. Talán arról van szó esetünkben, hogy a hypothalamusban a traumát követő vérzések mintegy labilissá tették a hypothalamusos reactibilitást és az enkephalographiával bevitt levegő izgató hatást gyakorolva a hypothalamusos sejtcsoportokra, activálta a latensen már jelenlévő hypothalamusos hysteriform reactiót. Esetünket tehát mintegy úgy foghatjuk fel, mint organikus hypothalamusos eredetű hysteriform reactiót. Mindezek a megismerések arra utalnak, hogy a hypothalamusnak is jelentékeny szerepe van a lelki élet tényeiben. Nemrégen még a nagyagykéregbe localisálták szinte az egész lelki élet területét. A következő fejlődési phasisban a subcorticalis ducoknak, elsősorban a thalamusnak a szerepét ismertük meg a lelki élet dynamismusában, legújabban pedig a hypothalamusnak is szerep jutott a lelki működésben.

Ha már most megkíséreljük arra a kérdésre feleletet találni, vajjon a hypothalamus számos sejtcsoportja közül melyiknek, vagy melyeknek van a legnagyobb szerepe az emotionalitásban, úgy a következő meggondolásokon mehetünk végig. Az összehasonlító anatomiai kutatások szerint a hypothalamus szerkezete a phylogenesis rendjén egyre egyszerűbbé válik és az emberi hypothalamus kevesebb elkülöníthető sejtcsoporttal rendelkezik, mint a magasabbrendű emlősöké. Csak 4 sejtcsoport éri el az emberben a legmagasabb differentiáltságot és fejlődést: a nucleus tubero-mamillaris, nucl. supraopticus, nucl. paraventricularis és a nucl. magnocellularis lateralis tuberis cinerei. Ezek közül a nucl. supraopticusról biztosan tudjuk, hogy a vízháztartásban van szerepe és talán a zsíranyagcserében is. A többi 3 sejtcsoport szerepét biztosan nem tudjuk, a nucl. paraventricularisnak egyesek a zsíranyagcserében juttatnak nagy szerepet. Ezek alapján a hypothalamusos emberi emotainalitásnak talán a nucl. tuberomamillaris és még inkább a nulc lateralis magnocellularis t. c. a keletkezési helye, ez utóbbi főképpen azért, mert rostos összeköttetésekkel rendelkezik az újabb vizsgálatok szerint a thalamussal és a praefrontalis vidékkel.

A betegen észlelt többi tünettel röviden végezhetünk. A lassú, más ok által meg nem magyarázott lesoványodás a szervezet zsíranyagcseréjének zavarára utal. Ismeretes, hogy a hypothalamus gyulladásos vagy daganatos betegségei a hypophysis betegsége nélkül is lassan előrehaladó lesoványodást, marasmust idézhetnek elő. Igy pl. a paralysis progressiva olyan eseteiben, ahol a paralysises gyulladásos és degenerativ folyamat a hypothalamusra is ráterjed, marasmus fejlődhet ki, mint ezt 1931-ben megjelent tanulmányomban kimutattam. Ezideig nem sikerült pontosan meghatározni, hogy melyik hypothalamusos sejtcsoport végzi a szervezet zsíranyagcseréjének legfőbb regulatióját. Egyesek szerint a nucl. supraopticus, mások szerint a nucl. paraventricularis. legújabban pedig *Gildea* és *Mann* kisérleti vizsgálatok alapján arra a következtetésre jutottak ,hogy a tuber cinereum medialis kissejtű magjának kétoldali bántalmazottsága vezet a zsíranyagcsere zavarához. A hypothalamus sérülése különben még indirect úton is okozhat lesoványodást, nevezetesen mind az emberi pathologiából, mind pedig különösen kisérleti adatokból tudjuk, hogy a hypothalamus bántalmai súlyos gyomor- és bélzavarokhoz, elsősorban erosiókhoz és vérzésekhez vezethetnek. *Sheehan* szerint különösen a nucl. supraopticus és a tuber cinereum tájékának sérülése vezet gyomor- és bélvérzésekhez. Valószínűleg a sympathicus idegrendszer működési zavara a közbeeső componens ezeknek a gyomor- és bélvérzéseknek és erosióknak a keletkezési mechanismusában, miután a sympathicus idegrendszert a hypothalamus caudalis részei coordinálják a szervezet összessége szempontjából *(Bard, Brenner* és mások), míg az oralisabb hypothalamusos részek a parasympathicus idegrendszert kormányozzák. De hormonalis úton is zavarhatják a hypothalamus bántalmai a szervezet zsíranyagforgalmát, miután ma már tudjuk, hogy a hypothalamus oralis részei a hypophysisre és pankreasra, caudalis részei a mellékvese és a pajzsmirigy működésére hatnak. Ezekből látható, hogy milyen complicált működési szerepköre van a hypothalamusnak és az is érthető, hogy bántalmai következtében milyen különböző tünetegyüttesek jöthetnek létre.

Betegünkön a baleset óta menstruatiós zavarok, továbbá féloldali galaktorrhoea jelentkezett. Ezidőszerint még nem ismerjük biztosan az emberi hypothalamus szerepét a sexualis cyklusokban. Állatkisérletek vizsgálati tanulsága szerint a hypothalamus kiterjedt sérülései sem vezetnek számbavehető változásokra az oestralis cyklusokban, a terhességben, a szülésben, a szoptatásban, általában az állat generatiós magatartásában. Emberek tiszta hypothalamus betegségei azonban hypophysis-sérülés nélkül is menstruationalis rendellenességhez vezethetnek, amit magyaráz a hypothalamusnak a hypophisissel rostos és hormonalis összeköttetése, igy kétségtelen, hogy a hypothalamus különösen hypophysis gonadotrop hormonjának képződésére van befolyással. Érdekes jelenség volt esetünkben a féloldali galaktorrhoea olyan időszakokban, amikor a menstruatio elmaradt, amiért is mintegy vicariáló féloldali galaktorrhoeáról beszélhetünk. A galaktorrhoeát talán nem a hypothalamus, hanem az epiphysis traumás bántalma magyarázza meg, erre utal *Benedek* és *Angyal* nemrég közölt érdekes és tanulságos esete, ahol a 18 éves férfibetegen agytrauma után gynekomastia fejlődött ki, amit szerzők az epiphysis betegségére vezetnek vissza. Az a tény, hogy esetünkben a galaktorrhoea csupán a thala-

micus hypertrophia oldalán jelentkezett, talán a thalamus bizonyosfokú szerepére is utal.

Végül a betegen észlelt jeletékenyfokú álmatlanság jól magyarázható a III. agykamrát körülvevő központi szürkeállomány caudalisabb részeinek, elsősorban az aquaeductus Sylvii-be átmenete helyének sérülésével. *Mauthner, Trömmer, Pette, Kleist,* a magam és mások vizsgálatai alapján ma már kétségtelennek mondható, hogy ezen a vidéken az ébrenlét-alvás életalaprhythmusát szabályozó központ van.

Esetünkben tehát az agytraumát követő vérzések a klinikai kép alapján csaknem kizárólag a hypothalamusban tételezhetők fel.

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

A patkóvese.

Fejlődéstani adatok, diagnostikai és műtéti eljárások.

Irta: *Kádár László dr.*, egyetemi tanársegéd.

A vesefejlődési rendellenességek egyik csoportját tévő *„fusio renum"* esetén a gerincoszlop mindkét, vagy esetleg csak egyik oldalán elhelyezkedő két vese, részben pl. az alsó, illetve a felső polusuk által vagy pedig egész szélességükben egy vesetömeggé nőttek össze. A két vesének, illetve a két vesemedencének a test középvonalát képező gerincoszlophoz viszonyított elhelyezkedését véve alapul, *Braasch* szerint a fusio renum lehet:

1. Kétoldali, ahol a két vese, illetve a két vesemedence és az ureterek a gerincoszlop két oldalán fekvésüket részben megváltoztatva, ritkábban a felső, gyakrabban az alsó polusukkal egy összekötőrész — isthmus — által nőttek össze (patkóvese, ren. arcuatum.)

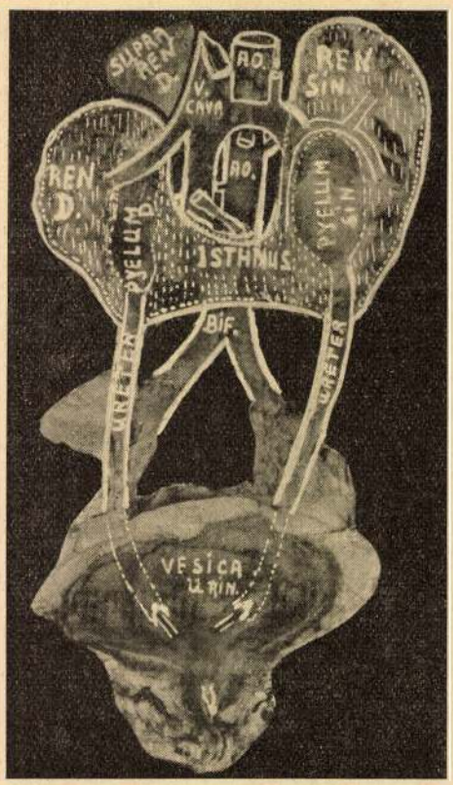
2. Egyoldali, ahol a két összenőtt vese, illetve a két vesemedence a gerincoszlop egyik oldalán — többnyire a hasi, illetve az ágyéki csigolyák magasságában — foglal helyet. Ez esetben a két ureter is a gerincoszlop egyik oldalán elhelyezkedő s előlfekvő két vesemedencéből ered, míg azonban a felső vese uretere mindig az azonos oldalon, *az alsó vese uretere* szabály szerint keresztezve a gerincoszlopot, átmegy a másik oldalra s úgy torkollik szemben a felsőével, ugyancsak rendes helyen a hólyagba, *(keresztezett vesedystopia.)*

a) A kettő között átmenet az ú. n. „L" alakú fusio renum (lang-niere), ahol a gerincoszlop egyik oldalán, vele jórészt párhuzamos hossztengelyű vese alsó polusa nőtt össze a gerincoszlop felett horizontalis tengelyű vese felső polusával.

3. *Paravertebralis,* ahol a részben vagy egész szélességében összenőtt két vese, illetve a két vesemedence többnyira az aorta bifurcatio alatt, vagy a keresztcsont, illetve a promontorium, vagy a csípőtányér, esetleg a csontos kis medence szintjében foglal helyet, (ektopia sacralis, iliaca, pelvina). Minél alacsonyabb szinten maradtak, annál közelebb lehetnek a test középvonalához. A praevertebralis fusio renum még alakja szerint is lehet: Sigmoid, azaz „S"-alakú: az egyik vese alsó polusa úgy nőtt össze, a másik, alatta lévő vese felső polusával, hogy egyiknek domború széle a másikkal ellentétes irányba néz s ugyanakkor egyiknek hilusa ventralis, esetleg medialis, másiké háti, esetleg oldalirányba tekinthet. Gyűrű-alakú: a két vese a két alsó és két felső polusa által nőtt össze *(La Rose* esete). Végül a két vese egész hosszában, illetve szélességében nőtt össze s ekkor egy kerekded, jórészt lebenyes, alaktalan tömeg áll elő, ahol azonban minden fellelhető a két önálló működésű, egymástól független veseüreg és a két ureter (Lepény-pogácsavese, Kuchen-niere, Lump-kidney, ren. informis.).

Meg kell említenünk még *Gutierrez* felosztását is, aki a két összenőtt vesének a gerincoszlophoz elhelyezkedése alapján symmetrikus és asymmetrikus fusio renumot különböztet meg. Általában az aorta-bifurcatio fölé jutott fusio renumot [1., 2. és *a)* csoport] *dystopia,* az alatta maradókat (3. csoport) pedig *ektopia* elnevezéssel is illetik. Az össze nem nőtt, rendellenes fejlődésű és szintén rendellenes elhelyezkedésű vesék előfordulása esetén is, midőn csak az egyik, vagy mindkettő az aorta-bifurcatio felett, vagy alatt foglal helyet, hasonló elnevezést használunk.

Fejlődési adatok: Emberben az embryonalis élet első havában egy gúrdély-szerű előboltosulás, az ú. n. ureterbimbó jelenik meg a ductus mesonephrotikus, azaz a Wolff-féle cső alsó, dorso-medialis oldalán és cranialis irányban fejlődik ki az ureter, ennek feji végén a pyelum, kelyhek, gyűjtőcsövek, azaz a *vizelet-levezető rendszer.* A nephrogen szövetből pedig a veseparenchyma (glomerulusok, tubuli contorti) fejlődik ki, azaz *a vizeletkiválasztó rendszer.* A kettő másodlagos egyesülése: a vese.



1. ábra. Patkóvese, (ren arcuatum) készítmény. Alsó polusukkal egy összekötőrész — isthmus — által összenőtt patkóvese. — *A korai összenövés* miatt felszállásában elmaradt patkóvese isthmusa az aorta-bifurcatio felett alig pár harántújjal észlelhető Az összenövés miatt *elmaradt vesefordgás* következtében a *hilus* és a *vesemedencék* s utóbbiakból ugyancsak elől eredő *ureterek,* hasi irányúak, azaz *elülső (anterior) elhelyezkedésűek.*

Az embryonalis élet IV. hetében — rendes felődés esetében — a két vese kb. a II. sacralis csigolya magasságában és a köldökütőerek alatt foglal helyet. A két vesét ekkor csak egy vékony mesodermalis sejtréteg választja el egymástól és vesemedencéjük, hilusuk előre a hasfal felé tekint, azaz elülső, anterior elhelyezkedésűek. Az V. és VI. héten megtörténik a két vese egymástól eltávolodása és megkezdődik a köldökütőerek fölé szállása *(ascensio renis).* A VII. héten már a

köldök ütőerek fölé emelkedett s ekkor történik meg a vesék medialis irányú, verticalis tengelyük körüli kb. 90 fokos forgása *(rotatio renis)*. A VIII. és IX. héten már a teljes forgás is végbemegy, ennek következtében a vesék homorú széle (vesemedence, hilus) közép-, domború széle (kelyhek) oldal-irányba tekint. *Kuppjer* 1865. évben végzett vizsgálatai szerint a két vese mindig külön fejlődik s minden esetben a köldök ütőerek fölé szállásuk előtt nőnek össze. *Himan* szerint a tökéletlen vesefelszállás oka vagy az ureter meghosszabbodásának elmaradása, vagy a régebbi ütőerek egy részének elkorcsosulása lehet, minek következtében mindkét vese összenőve, vagy összenövés nélkül mindkettő, vagy csak az egyik vese az ágyéki, a keresztcsigolyák, vagy a csontos medence szintjében található.

Rokytansky és *Boyden* szerint is, ha létrejön a két vese összenövése, az mindig a veséknek a köldökütőerek fölé szállásukat megelőzőleg kb. a VII. embryonalis hét előtt történik meg. *Boyden* még külön is megállapítja, hogy *e korai veseösszenövés az oka a rendes vesefelszállás és veseforgás elmaradásának*, tökéletlenségének, aminek következtében süllyedtek az összenőtt vesék s mint az embryonalis élet első szakában, vesemedencéjük és hilusuk hasi irányúak, azaz elülső anterior elhelyezkedésűek, mint pl. a patkóvese esetében is észlelhető. (1. ábra.)

A patkóvese, azaz a kétoldali veseösszenövés esetében a két vese a gerincoszlop két oldalán, fekvésüket jórészt megtartva, többnyire 1—2, esetleg 3 ágyékcsigolyával alacsonyabb szinten, mint rendesen, helyezkednek el s gyakran az alsó, ritkábban a felső polusukkal egy összekötőrész — isthmus — által nőttek össze. Az Urologiai Klinika 20 éves fennállása óta, a mai napig, azaz 1920-től 1940 január 1-ig kivizsgált 20.000 fönyi betegeanyagban összesen 21 patkóvese-eset fordult elő, vagyis 1 patkóvese jutott kb. minden 1000 betegre. *Rathburn* hasonló 1:1000, *Boeminghaus* pedig 1:700 előfordulási arányszámot közölt. *Gutierrez* minden 100—200 pyelographiás felvételen felfedezett 1 patkóvesét. A 21 esetünk közül 1-ben, *Walters* és *Pryestly* (Mayo-klinika) 69 esetben 1, *Gutierrez* 25 esetében 1 és *Bayer* 269 esetében 2-ben voltak a felső polusok összenőve.

Az alsó polusok összenövése esetén, az alsó polusok a gerincoszlophoz közelebb, a felsők távolabb találhatók s így a két vese függőleges tengelye — meghosszabbításban — csúcsával lefelé tekintő szöget képez, tehát fordítva, mint rendes vesefejlődés alkalmával észlelhető. Az elmaradt, vagy tökéletlen veseforgás következtében a többnyire hosszúkás, szűk s atypikus vesemedencék s a hilus elülső elhelyezkedésűek. A rendesnél rövidebb ureterek is az elől fekvő vesemedence középső részén, vagy külső szélén erednek s a hosszúságuk megfelel a süllyedt vesemedencéből eredés és a hólyagba torkollás helye közötti egyenes távolságnak. A gerincoszlop felett harántul haladó s a süllyedt alsó polusokat összekötő *isthmus* is lennebb, de többnyire az *aorta-bifurcatio felett* 1—2 harántújjal, a küldök magasságában a III.—IV., esetleg V. ágyékcsigolyák szintjében található. Állománya lehet kötőszövetes, vagy veseparenchyma. Utóbbi esetben a kéreg és velőállomány egyenlő arányú lehet. Gyakrabban azonban — mint eseteinkben is észleltük — a kéregállomány túlsúlya fordul elő. Az isthmus a nagy erek (aorta, vena cava) előtt s csak ritka esetben ezek egyike mögött halad harántul a gerincoszlop felett, mint azt *Kelly, Nixon, Wolters—Pryestly, Culver* és *Jarman*, a szakirodalomban is közölt *postaorticus* esetei bizonyítják.

A patkóvese véredényellátása is más. Rendes fejlődés esetén, az embryonalis korban, a vese véredényellátása a caudalis mesonephroticus, különböző számú és nagyságú ütőerekből történik. A vesék felszállása közben, míg elérik rendes costovertebralis helyüket e verőerek lassan eltünnek s többnyire csak egy erősebb ág, az *arteria renalis* marad meg. Az összenövés miatt süllyedt alacsonyabb szinten maradt patkóvese véredényellátása is az aorta alsóbb szakaszából, illetve elágazásaiból történik. A különböző számú, hosszúságú és átmérőjű véredények az előlfekvő vesemedence körül, a vese elülső felszínéhez haladnak jórészt, tehát a hilus is elől van. *Heminephrektomia* alkalmával ezért is igen nagy gonddal kell eljárnunk az eltávolítandó vese véredényeinek lekötésekor, hogy ugyanakkor a másik oldali s az előző vizsgálat által is jól működőnek talált, tehát megmaradt s így az élet további folytatására hivatott vesének elegendő tápláló véredénye maradjon. E rendellenes véredényellátás miatt a *nephrotomia* is nagy nehézségekbe ütközik s patkóvese esetében nem szívesen végezzük. Végül, tömegesebb isthmusnak néha külön véredényellátása is lehet egyenesen az aortából, vagy egyik ágából, pl. az art. mesenterica inf.-ból.

Egészséges patkóveséjű egyén egész életében panaszmentes lehet. Néha csak más okú, alaposabb vizsgálat, vagy mint a múlt században a még tökéletlen urologiai kivizsgálások idején, csak műtét, vagy boncolás alkalmával derült ki e fejlődési rendellenesség. Máskor az egészséges patkóvese, illetve isthmusa nyomja az alattalévő nagy véredényeket s az egymással bonyolult összefüggésű sympathicus és parasympathicus idegpályákat, aminek következtében a pangásos, ideges tünetek, különösen pedig haránthajláskor erősödő állóhelyzetben csökkenő, vagy szűnő, hasi, deréktáji kínzó fájdalmak, néha pedig gyomor-bélpanaszok (idősült székrekedés) adnak okot panaszra.

Gyakran találunk a patkóvesében *kóros elváltozást;* oka a rendellenes fejlődéssel kapcsolatos anatomiai viszonyokban rejlik. Az előlfekvő vesemedencék, ezekből elől eredő s az alsó polusok felett futó ureterek leszorítása az ugyancsak elől lévő hilus rendellenes számú és nagyságú véredényei által, az alsó polusnak különösen az ureter és pyelum határán jelentkező nyomása, az ureternek a vesemedence magasabb szintjéből eredése, vagy szögben törése —, mint az leginkább heminephrektomiás eseteinkben észleltük — elsősorban lehet oka a patkóvesében rejlő *pangásnak, fertőzésnek* és *kőképződésnek*.

A 21 esetünkből csak egy ízben állapított meg a vizsgálat egészséges patkóvesét, de mivel panaszai nőgyógyászati vonatkozásúak voltak, a női klinikára irányítottuk.

A 20 patkóvese-eset megoszlása a kóros elváltozás és annak helye szerint:

	Jobb oldali	Bal oldali	Két oldali	Összesen
Férfiak:				
Hydronephrosis	1	1	1	3
Pyonephrosis	3	—	1*)	3
Kő	3	4	2	9
Gümőkór	1	2	—	3
				18
Nők:				
Kő	1	—	—	1
Gümőkór	—	1	—	1
				2

*) Köves vese

Mint az összeállításból láható, eseteinkben elsősorban a *köves* (47.8%), másodsorban a *gümőkóros* elváltozás (19%) fordul elő leggyakrabban. Két férfinek többször kiujuló veseköve (phosphat) volt. A többi köves esetben phosphat, urat, oxalat, carbonat volt a veseureterkő összetétele.

A kórisme felállítását még a múlt században tapintás és kopogtatás útján kísérelték meg. Vékony, laza hasfal esetén néha tapintani lehet a gerincoszlop felett harántul húzódó süllyedt, tömegesebb isthmust. *Rowsing* a múlt században 2 esetben tapintással állította fel a patkóvese műtét előtti kórisméjét. Ma már az egyszerű, üres, vagy ú. n. tájékoztató, a húgyutakról készült röntgenfelvétel sokkal gyakrabban sejteti a patkóvesét. Jól sikerült, éles filmen megállapítható: 1. egyik, vagy mindkét costovertebralis veseárnyék hiánya; 2. a gerincoszlop két oldalán, ahhoz közelebb s a rendesnél sülylyedtebb, tömöttebb veseárnyék, mely *átnyúlik a gerincoszlop felett;* 3. a süllyedt, tömegesebb veseárnyék polusainak jelenléte, felismerése, amikor az alsó polusok közelebb, a felsők távolabb vannak egymástól, azaz fordítva, mint rendes veseárnyékon észlelhető; 4. a psoasizomárnyék elmosódottsága, részleges elfedése, eltünése; 5. a bordaív szélénél süllyedtebb májszél. Az utóbbi két tünet azonban más okból is fennállhat (pl. psoasizomszél elfedése vesekörüli tályogtól), vagy a bordaívnél

2. ábra. Ép patkóvese kétoldali pyelographiás képe. A kelyhek mindkét vesemedence körül sugároznak ki. Mindkét oldalon az alsó medialis kelyhek az isthmus irányába tekintenek. A psoas-izomárnyék elmosódott mindkét oldalon. A csekélyebb veseforgás miatt a jobboldali ureter a vesemedence lateralis szélén ered.

mélyebbre terjedő májszél congenitalis jobb oldali vesehiány esetén, stb.), de a többi tünettel együtt itt is értékesíthető; 6. Végül a süllyedt, tömegesebb veseárnyéknak az alsó polusában, medialis szélén, (a gerincoszlop egyik, vagy mindkét oldalán, ahhoz közel a gerincoszlopra hossztengelyével ferdén, vagy merőlegesen), *az isthmus irányába mutató positiv kőárnyék. Illyés* prof. 1912.-ben ilyen kőárnyék alapján állította fel a patkóvese műtét előtti kórisméjét, amit azután a műtét igazolt.

Mai ismereteink szerint a patkóvese-kórisme *műtét* előtti felállításának alapja a *kétoldali pyelographia.* Az előbb készült üres röntgenfelvétellel történő összehasonlítás nélkül is a mindig kétoldali, kellő szakértelemmel végzett töltés után készült röntgenfilmről leolvasható: (2. és 3. ábra.) 1. A vesemedencék többnyire hosszúkások és szűkek; 2. A süllyedt vesemedencék alsó polusai közelebb vannak a gerincoszlophoz, néha csak az egyik oldalon a vesemedence hossztengelye párhuzamos lehet a gerincoszloppal; 3. A vesemedencék alakja legtöbbször atypikus: a szabályszerű belső szél kívül van, vagyis fordítva, mint a rendes fejlődésű vesén szokott lenni; 4. A kelyhek a vesemedence körül sugároznak ki: a nagy kelyhek hátrafelé, a kis kelyhek egy csoportja oldalsó, másik csoportja közép irányba, a gerincoszlop felé néz; 5. Különösen fontos kórismei jelentősége lehet az alsó medialis s s egyúttal az isthmus irányába néző kehelycsoport jelenlétének, felismerésének; 6. A rendesnél rövidebb ureterek is a vesemedenceárnyék közepén erednek. *Csekélyebb veserotatio* előfordulásakor az ureter eredése a vesemedence oldalsó szélén észlelhető s ekkor a kelyhek mind középirányba tekintenek; 8. Egyesek szerint a vesemedence és kelyhek mérsékelt tágulása kóros alap nélkül is fennállhat, s mint a patkóvese veleszületett sajátsága fogható fel. Végül olyan esetekben is,

3. ábra. Patkóvese kétoldali pyelographiás képe. A jobboldali rendes, hosszúkás és szűk vesemedence a III. és V. ágyékcsigolyák között, a kelyhek is a vesemedence körül sugároznak ki, rendesek. Diagnostikus jelentősége van *az alsó medialis, az isthmus irányába* tekintő kehelycsoportnak. Ureterek mindkét oldalt a vesemedencéből elői, azok középső részén erednek.

amikor a húgyutakban lévő akadály pl. szűkület, daganat, kő, nyálkahártyaránc, dülmirigytúltengés, stb. miatt az ureterkatheter nem vezethető fel s így nem tájékozódhatunk a veseműködésről kellőleg, másrészt nem tölthetjük sugárfogó anyaggal a veseüreget, értékes diagnostikai segédeszközünk lehet a kiválasztásos, vagy ú. n. intravenás pyelographia is, melynek segítségével kellő képet kaphatunk a patkóvese működőképességéről, s habár nem oly kielégítően, mint a töltéses pyelographiával a veseüreg alakjáról is, a húgyutak dynamikájáról, sőt kezdődő kóros folyamat, pl. kétoldali gümőkór, más úton meg nem állapítható jelenlétéről is.

Műtétre egészséges patkóvese alkalmával is, habár ritka esetben, sor kerülhet a sűrűn ismétlődő, vagy állandó nyomásos tünetek, illetve panaszok miatt. Ilyen esetben indokolt lehet az alapjához is esetleg rögzített

isthmus felszabadítása, átvágása, ami által a nagy erek s idegpályák felszabadulnak a nyomás alól, a vesék is elkülönülve, kedvezőbb helyzetbe juthatnak. Ha az *álló* és *fekvő* helyzetben készült pyelographiás felvétel *ptosisra* is utal, akkor kellő hosszúságú véredények és kellő hosszúságú ureter jelenléte alkalmával a süllyedt vese magasabb, megfelelőbb szintre felvarrása, rögzítésére is gondolhatunk s ezzel a pangás legfőbb okát szüntethetjük meg. Ugyanekkor az elmaradt veseforgáson is javíthatunk. Európában *Martinov* 1910, *Rowsing* 1911-ben transperitonealis és *Papin* 1922-ben retroperitonealis, Amerikában pedig *Donohue* 1930. évben retroperitonealis behatolás útján végezték az első sikeres isthmotomiát. Azóta kb. még 30 sikeres isthmotomia közlését ismerjük, melyek fele Európára, fele pedig Amerikára jut.

A patkóvesében előforduló *kóros* elváltozás helyét, terjedelmét és minőségét mai feljett vizsgálati eljárásainkkal már *műtét előtt* megállapíthatjuk, sőt a műtéti eljárás módját is előre megszabhatjuk.

Az Urologiai Klinikán paravertebralis és helyi 1%-os novocainérzéstelenítésben, ferde ágyéki metszésből, retroperitonealis behatolás útján tárjuk fel a vesét. Behatolás közben tájékoztatónk lehet: „Midőn a még kis seben át teljes áttekintésünk a bonctani viszonyokról még nincsen, azon leletből, hogy a kikészített ureter alatt veseállományt találunk, vagyis az ureter a vesén vagy az isthmuson lovagol, arra következtethetünk, hogy patkóvesével van dolgunk, amit a további tágabb feltárás azután megerősít. *Illyés* prof."

A műtéti beavatkozás *neme, módja* az elváltozástól függ. A vesemedencében, sőt a kelyhekben előforduló követ *pyelotomia* útján távolíthatjuk el. Példa erre egyik esetünk:

1. S. F. 14. é. fiu. Kórelőzmény: anyja epeköves, neki 5 éve hasi fájdalmai, gyomor-bél panaszai vannak. Féléve erősebb mozgás alkalmával fájdalmai erősbödtek, vizelete véres lett. Három hónapja „érzi" bal veséjét. Három hónap előtt féregnyulványát távolitották el, de panaszai rövidesen kiujultak. A jobb és bal vese működése kielégitő, b. o. alig félfoknyi kieséssel. Rtg.: Süllyedt, tömegesebb árnyék a gerincoszlop két oldalán, a bal vese alsó polusa átmegy a gerincoszlop felett a túloldalra, felső harmadában babnyi positiv kőárnyék. Baloldalt 10 ccm jódreninnel töltés után hosszúkás, mérsékelten tágult vesemedence az I. és III. ágyékcsigolyák között, alsó polusa közelebb a gerincoszlophoz, körülötte mérsékelten tágult kehelycsoportok, melyek közül az alsó medialis, az isthmus felé irányul. Negativ kőárnyék a vesemedencében foglal helyet. Kórisme: *Ren arcuatum. Calculus pyeli l. sin. Műtét:* baloldali ferde ágyéki metszésből érjük el a süllyedt vese alsó polusát, mely a gerincoszlop felé hidban folytatódik, nem követjük. Óvatos kikészítés után az előlfekvő vesemedencében tűvel tapintva, érezzük a követ. *Pyelotomia.* Mathieu-fogóval sikerül kiemelni a babnyi (oxalat) követ. Nelaton-katheteren át kiöblítjük a veseüreget. Transrenalis drain. Alulról ureterkathetert vezetünk fel a vesemedencébe, mely felett a pyelum sebét 3 paramucosus catgut-öltéssel zárjuk. A pyelum sebéhez jodoformcsikot helyezünk, a hasfal sebét rétegesen zárjuk. Sima gyógyulás. A vizelet útjának biztosítása végett felvezetett ureterkathetert az első hét végén, a pangásos, illetve tágult, s gyakran fertőzött veseüreget tehermentesítő transrenalis szádlót rendes körülmények esetén a második héten távolítjuk el.

2. K. E. 35 é. férfi. Kétoldali fertőzött hydronephrosis, jobboldalt 40 ccm retentios vizelettel. Jobboldali *pyelumresectio*, illetve *pyelumplastika* (*Minder dr.*) után javultan távozott a beteg.

A patkóvese egyik felének sérülés, vagy kóros elváltozás (genyedés, gümőkór, kő, daganat) következtében bekövetkezett tönkremenése, illetve működőképességének elvesztése esetén gondolhatunk annak kimetszésére. Fontos, hogy már a műtét előtti vizsgálat alkalmával teljesen tájékozva legyünk a másik oldali ép s az élet további fenntartására hivatott patkóveseféL, illetve vese működőképességéről. Műtét közben pedig ügyelnünk kell az eltávolítandó vese véredényeinek lekötésekor, hogy a megmaradó, ép, jól működő veséhez tartozó véredények épen s kellő mennyiségben megkíméltessenek. A kóros vesét a kóros és ép veseállomány határán, *ékalakú kimetszéssel* választjuk le. Az ékalakú kimetszés sebének zárása és egyúttal az utóvérzés elkerülése, eseteinkben *átöltő csomós varratokkal* minden esetben tökéletesen sikerült. Helyhiány miatt röviden két esetet közölhetünk csak:

G. Gy. 50 é. nő, régi epeköves panaszokkal. Utóbbi időben jobb vesetáji fájdalmak, gyakori vizelési inger, zavaros vizelet, olykor hidegrázás. Indigócarmin jobb oldalról 15 percig sem jelent meg, balról 10 perc mulva. Röntgen: süllyedt, tömöttebb veseárnyék, a jobb vese alsó polusa átmegy a gerincoszlop felett, benne sok kőárnyék látható. *Műtét:* (Illyés prof.) „A jobb vese lejebb fekszik az előlfekvő vesemedencéből eredő ureter egy vastagabb arterián lovagol. Egy vastagabb arteriát és venát lekötünk: jobb vese kékessé válik, de az isthmus rózsaszin marad. Resectio: az eltávolított jobboldali vesén 1 cm-nyi pyelum, tágult kelyhekben sok puha kő és homok". Gyógyultan távozott.

4. Özv. N. S.-né 53 é. Kórelőzmény: tizenkét év előtt tüdőcsúcshrut, nyolc hónapja gyakran vizel, vizelete zavaros, néha véres, fokozódó bal deréktáji fájdalmai vannak, subfebrilis. Utóbbi időben fogyott. Szomjazik. Összvizelet zavaros savi érték 1008. Üledékben: sok fehérsérsejt és sok bakterium. Koch: negativ. Cystoskopia: vizelet zavaros, capacitás 50 ccm. Súlyosan hurutos hólyagnyálkahártya, a jobb ureterszájadék ép, belőle tisztának látszó vizelet ürül, a bal ureterszájadék felhúzott, genykukac lóg ki. Ureterkatheter j. o. 25, b. o. 20 cm-ig vezethető fel s 20 ccm zavaros retentio ürül. Indigócarmin (20 ccm i. m.) j. o. 6 percre megjelent, 10 percre kék, b. o. 12 percre jelenik meg halványkéken. Ureterkatheteren át felfogott vizelet: Jobb: △ 1.45. Üledék: semmi kóros; Bal: △ 0.45: Üledék: sok genysejt, sok bakterium. Koch (tbc. bacillus): positiv. Üres, ill. tájékoztató röntgenfelvétel: Jobb vese a II—V. ágyéki csigolyák magasságában, alsó harmada a csípőtányért fedi, medialis széle fedi a psoas szélét. A vesérnek és ureternek megfelelő kőárnyék nem látszik. *Kétoldali pyelographia:* jobb oldalt (10 ccm jódreninnel töltés után) hosszúkás, orsószerű vesemedence, kissé tágabb kelyhekkel, melyek közül kettő medialisan a gerincoszlop felé néz. A rendesnél rövidebb ureter telődött s enyhe ívben halad a hólyag felé. Baloldalt (20 ccm jódreninnel töltés után) a háromszögletű, tágult vesemedence a III. ágyéki csigolya és promontorium közötti szinten foglal helyet. Valamennyi kehely gömbszerűen tágult és középirányba tekint. Az ureter a linea innominata alatt nem telődik. Műtét előtti kórisme: *Ren arcuatum. Pyonephrosis tuberculosa l. sin.* — (3. ábra.) — *Műtét:* (*Illyés* prof.) „A bal vese felső polusának kikészítése után lassan megyünk a középvonal felé, közben több nagy és különböző helyekre nyiló arteriát és venát kötünk le. Megtaláljuk a vesén elől lovagoló kisujjnyi, tömött tapintatú uretert. Lekötjük. Most a veseüreg tartalmát leszíva, belőle híg, törmelékes genyet kapunk. Miután a másik oldali hilust és uretert láttuk és éreztük, hogy a pyelum több ágra oszlik itt és áttapintva azt éreztük, hogy a jobb vese kisebb, mint a bal, a bal vesét kinyitottuk, majd a kórosban resecáltuk. Vérzést nem észleltünk. Ezután két harántujjal még arább menve a resectióval, minden kórosat *ékalakú metszésből* kiirtottunk. Ekkor már a veseszövet kezdett vérezni és ez azt mutatta, hogy egészséges szövetben vagyunk. A veseresectio sebét *átöltő csomós* varratokkal egyesitjük. Jodoform tamponokat helyezünk a vese sebére, valamint az uretercsonk mellé. Szádló. Réteges hasfalvarrat. Sima gyógyulás.

Az Urologiai Klinikán az utóbbi 20 év alatt, 1940 január 1-ig, előfordult 21 patkóvese esetünkből 14-ben (66⅔%) kellett műtétet végezni, *s 7 esetben* (33⅓%) vált szükségessé a patkóvese kóros felének leválasztása *(heminephrektomia)*, illetve a kóros oldali vese kimetszése *(resectio)*. (L. táblázat.)

A 21 eset közül egyik a műtétet követő 9. napon tüdőgyulladásban, illetve szivgyengeségben meghalt. Másik esetünk, 31 éves szintén férfibeteg, kiből 6 év óta felváltva kétoldali vesekövet (pshosphat) távolitottunk el több izben, legutóbbi sikeres műtét után 1 évvel

elkésve megint jelentkezett igen elesett, uraemiás állapotban. A vizsgálat eredménye kétoldali pyonephrosis calculosa volt s mielőtt műtétre került volna meghalt. (L. készítmény, 1. ábra.)

Műtét és kór-eset éve	A beteg neve	A beteg kora (év)	A beteg neme	Kóros elváltozs	Melyik kóros vesét kellett eltávolítani?	Egyéb
1921	G. Gy.	50	♀	Vesekő	jobb	Epekő
1921	J. A.	26	♂	Gümőkór	bal	—
1925	M. J.	59	♂	Gümőkőr	bal	Mellékheregümőkór
1931	V. J.	58	♂	Pyonephr.	jobb	29 év előtt vk. op. sipoly
1934	B. P.	32	♂	Gümőkór	jobb	—
1934	K. E	.7	♂	Pyonephr.	jobb	½ év előtt vk op. sipoly
1938	özv. N. S.	53	♀	Gümőkór	bal	—

Összefoglalás: Az Urologiai Klinikán 1920-tól, 1940 jan. 1-ig vizsgált 20.000 beteg között 21 patkóvese fordult elő, azaz minden 1000 esetre 1 patkóvese jutott. A 21 eset közül csak 1-ben voltak a felső polusok összenőve. A patkóvese két, többnyire alsó polusának egy összekötőrész — isthmus — általi összenövése, az embryonalis élet VII. hete előtt, a vesének a köldök ütőerek fölé szállása előtt történik meg.

Ez a korai összenövés okozza a rendes vesefelszállás és veseforgás elmaradását, tökéletlenségét, valamint a rendellenes véredényellátást, aminek következtében a vesemedencék s ezekből eredő s többnyire az alsó polus felett futó ureterek és a hilus elülső (anterior) elhelyezkedésűek.

Előbbi okokból kifolyólag az alacsonyabb szinten maradt patkóvese sérülésnek könyebben van kitéve s benne aránylag gyakrabban észlelhető pangás, fertőzés és kőképződés.

A patkóvese-kórisme műtét előtti megállapitásának alapja a kétoldali pyelographia. Kórismei jelentősége van az alsó polus medialis, *az isthmus irányába tekintő kehelycsoport* jelenlétének, felismerésének.

A 21 esetből 7 esetben a patkóvese kóros felének leválasztása *ékalakú kimetszéssel* történt. A kimetszés sebének zárása *átöltőcsomós varratokkal* minden esetben tökéletesen sikerült.

Csonka Bihar vármegye Tisza István közkórháza bel- és tüdőosztályának közleménye. (Főorvos: Dzsinich Antal egyetemi magántanár.)

A tüdőgümőkórral kapcsolatos májelváltozások.

Irta: *Dzsinich Antal dr.* és *M. Nagy Erzsébet dr.*

Ha valamely szerv működését behatóan tanulmányozzuk rájövünk azon összefüggésekre, melyek azt a szervet az egész szervezettel összekapcsolják. Erre a szét nem választható egységre a mai orvostudományt uraló biológiai irányzat mutatott rá. Elég, ha csak rágondolunk, hogy a vércalcium, a vércukor stb. látszólag egyszerű és állandó adat, mégis mennyi értékében és irányában változó hatás-létrehozta egyensúly állapotot fejez ki. A szervezet szövevényes egybetartozásában és kölcsönhatásában egyik legjelentősebb szerepet tölt be a máj. Messze vagyunk még attól, hogy ennek működésébe minden részletre kiterjedően belátthassunk. Egyes élettani folyamatokra — billirubin-, fehérje-, szénhydrát-, zsir-, festék- és vizanyagforgalom — gyakorolt befolyásából igyekszünk következtetni működésére. Ezek a megfigyelések vezettek a májfunctiós vizsgálatok kiepítéséhez és klinikai felhasználásához.

A tüdőgümőkórral kapcsolatban jelentkező májelváltozásáról aránylag keveset tudunk. A velük foglalkozó munkák nem nagyszámuak. Gümős májelváltozás olyan értelemben mint tüdő- vagy vese- tbc. emberen igen ritka, állatokon azonban elég gyakori. Úgy látszik, hogy az emberi biochemiai tulajdonságai nem kedveznek a Koch-bacilusok felszaporodásának. Többnyire mint a heveny miliáris gümőkór vagy korai haematogén disseminatio részjelensége fordul elő. Éppen olyan ritka az epehólyag elsőleges gümős betegsége is. Egy ilyen esetről nálunk *Reichenbach* számolt be. A másodlagos májelváltozásokról tüdőtuberculosissal kapcsolatban már korábban is voltak megfigyelések. Ebben az irányban azonban még nem alakult ki egyöntetű állásfoglalás, sem a pathologiai-anatomiai elváltozásokat, sem pedig kifejlődésük módjait illetőleg. Mint minden idült, fertőző betegség, úgy a tüdőgümőkór is előbb vagy utóbb, a betegség kiterjedésétől és toxicitásától függően májlaesiót okozhat. Ez természetesen a máj részlet-, vagy összműködésének kisebb-nagyobb zavarához vezet. Az erre irányuló megfigyelésekből megemlítem *Barát Irén* és *Wágnerét*, kik súlyos tuberculosisos formákban a bilirubinképzést csökkentnek találták. A kiválasztóműködés zavartalan volt. További kisérleteinkben a Widal-féle haemoklasiás krizissel vizsgálták a májfunctiót. A könnyű atoxikus formákban a máj fehérjelebontó képessége nem változott, a súlyos toxikus jelenségekkel járó alakokban a próba positiv volt, azaz haemoklasiás krizis lépett fel. Festék kiválasztási próbájukban (methylen kék) csak egyes esetekben kaptak positiv eredményt. Belőle értékesíthető következést levonni nem lehet. *Ttautwein* kb. 1000 esetben, az esetek többségében kisebb-nagyobb máj zavart talált. Sokat vitatott kérdés a tüdőtuberculosis és májcirrhosis közti kapcsolat. Egyesek állást foglalnak mellette, mások tagadják. *Buday,* intézetében 400 gümőkorós esetben 11 májcirrhosist talált. Szerinte a két betegség előfordult ugyan együtt, de még sem olyan gyakran, hogy a gümőkórnak olyan oki jelentőséget lehetne tulajdonítani a májcirrhosisban, mint pl. luesnek. *Spring* szöveti vizsgálataiban a változások egész sorát tudta a májban kimutatni; így pangást, zsiros és amyloid elfajulást, kötőszövetszaporodást és egyéb elváltozásokat talált. Mindezek a megfigyelések még ma is vitatottá teszik a gümőkór szerepét a cirrhosisok kifejlődésében.

A kérdéssel kapcsolatban azért tartottuk indokoltnak vizsgálatainkat, mert egyrészt újabb adattal óhajtottunk hozzájárulni a tüdőtuberculosusnak a májra gyakorolt befolyásához; másrészt mert a betegágynál sok esetben olyan klinikai tüneteket láttunk, amelyek a kettő közötti összefüggésre mutattak. Ebben az irányban a klinikai tünetek értékelése mellett májfunctiós vizsgálatokat is végeztünk. Ez utóbbira azokat az eljárásokat alkalmaztuk, melyeket a debreceni belklinikán és kórházi osztályunkon minden májműködési zavar esetén el szoktunk végezni. A kérdés részleteit illetőleg utalok *Fornet* (O. H. 1937. 30) ezirányú közleményeire.

Kisérleteinkben a Takata-r. Welthmann coagulatiós próbáját, a versavó complementtiterjét, az intracutan adott physiologiás konyhasó felszívódását, a vörösvérsejtek süllyedési sebességét és a vizelet urobolinogéntartalmát figyeltük meg. Ezek mellett a májelváltozásokra utaló klinikai tünetekre, a hőmérsékletre és a tüdőfolyamat súlyosságára voltunk tekintettel. Vizsgálataink táblázatba foglaltuk össze.

Tüdőfolyamat	Köpet	Takata-r.	Welth-mann-r.	Serum-compl. ti.	V.selyt. súly 1/2 – 1-ig	NaCl. cs dudor	Temp.	Viz. ubgn.
Bilat. cav. pht.[1]	+	1:16	0·8	0·05	32/94	30	subf.	—
Ulat. cav. pht.	+	1:16	0·10	0·03	28/98	30	lázt.	—
Bilat. cav.	+	1:32	0·9	0·06	70/124	55	láz.	—
Bilat. cav.[1]	+	1:16	0·10	0·06	114/163	50	subf.	—
Ulat. cav.	+	1:32	0·10	0·11	45/80	35	lázt.	—
Bilat. cirrh.	—	1:16	0·10	0·09	16/37	40	subf.	—
Ulat. cav.	—	1:16	0·10	0·08	48/66	45	lázt.	—
Bilat. exud.[2]	—	1:8	0·10	0·07	20/42	45	láz.	—
Ulat. cav.	+	1·32	0·5	0·11	103/142	45	subf.	—
Exud. pht.	—	1:16	0·5	0·12	53/97	40	láz.	—
Cirrh. pht.	—	1:16	0·6	0·12	4/5	55	láz.	—
Bilat. cav.	+	1·16	0·5	0·10	63/14	30	lázt.	—
Ulat. cav.	+	1·32	0·6	0·13	115/170	55	subf.	—
Bilat. cirrh.	—	1:32	0·6	0·09	56/95	45	lázt.	—
Hilus foly.[2]	—	1:32	0·6	0·09	46/64	40	„	—
Coxitis tbc.	—	1·32	0·6	0·11	50/90	30	„	—
Bilat. hil. foly	—	1:64	0·6	0·09	10/24	40	„	—
Gyógyult tbc.	—	1:32	0·6	0·11	46/62	35	„	—
Coxitis tbc.	—	1:32	0·6	0·14	30/47	40	„	—
Bilat. cirrh.[1]	—	1:32	0·3	0·12	55/84	40	láz.	—

[1] tap, hepar subicterus.
[2] subicterus

Kilenc súlyos és 11 könnyű gümőkóros egyénen végeztük el vizsgálatainkat. Könnyű eseteink közül kettő tüdőnkivüli tbc., egy nemrég gyógyult tüdőfolyamat. Phizikálisan öt betegen sikerült májelváltozást kimutatni. Ebből három súlyos, kettő könnyű folyamat. A *Takata-reactiót* az ismert módon végeztük el. Positivnak 1:8, gyengén positivnak 1:16 és az ezenfelüli higítást negativnak vettük. Kifejezi a szervezet colloidális strukturájában beállott változást. Azt mondhatjuk, hogy a májcirrhosisoknak csaknem állandó tünete. A máj egyéb betegségeiben csak súlyos formákban ad positiv leletet. Értékelését kisérleteinkben rendkivül megnehezíti az a körülmény, hogy a tüdőgümőkórban is az esetek bizonyos százalékában positiv eredményt ad. Igy *Pongor* az activ tüdőbetegségek 83.5%-ában, a cavernás folyamatok 86.5%-ában kapott positiv értékeket. Kisérletünkben adatait megerősíteni nem tudtuk. 20 eset közül egy súlyos kétoldali exsudativ pthysisben találtunk positiv eredményt. 8 esetben csak gyengén positiv, a többiben negativ volt a reactio. Csaknem hasonló megállapításra jutott *Torday Árpád* és több német szerző. Kérdésünk megtárgyalásánál — az elmondottak alapján — a Takata-reactiót felhasználni nem tudtuk.

Talán biztatóbbnak látszik ebből a szempontból a *Welthmann-féle coagulatiós* kötési próba. Úgy történik, hogy 10 csőbe egymás után 0.1%-tól—1% CaCl oldatból 5 ccm öntünk be. Majd minden csőhöz 0.1 ccm nem haemolisiált vérsavót adunk. 15 percre meleg vizfürdőbe helyezzük, majd leolvassuk. A coagulatio, addig a csőig ameddig jelentős üledék mutatható ki. Rendesen a hatodik csőig tart a coagulatio, ami 0.6% CaCl oldatnak felel meg. Ettől felfelé meghosszabbodott, lefelé pedig megrövidült a coagulatiós idő. Meghosszabbodik fibrosus folyamatokban első sorban májcirrhosis esetén, de előfordulhat parenchyma sérülésekben és haemolytikus folyamatokban. *Pongor* szerint productiv tbc.-s esetekben a coagulatiós kötés meghosszabbodik. Megrövidül gyulladásos exsudativ bajokban, nephrosisok és daganatok esetén. A megrövidülés, ha a többi szerv egészséges, májtumor vagy máj exsudativ gyulladásos folyamata mellett szól. Ikterus catarrhalisban az erősen meghosszabbodott coagulatiós kötés kedvezőtlen prognostikus jel. A reactio *Pongor* szerint független a vérsavó calciumszintjétől. Kisérletünkben nyolc túlnyomóan súlyos és főleg exsudativ folyamatban a coagulatiós kötést meghosszabbodottnak találtuk. Két súlyos és két könnyű esetben megrövidült, nyolc esetben rendes volt. *A 8 meghosszabbadott coagulatiós kötést mutató betegünk esetén — a körülményeket kellően mérlegelve — a májnak kisebb-nagyobb, főleg kötőszövetes burjánzással járó bántalmára gondolhatni.* Távol áll tölünk azonban, hogy a histológiai vizsgálatok hiányában csupán erre az egy adatra szorítva, ebben a kérdésben határozott álláspontot fogadtunk el; csak vizsgálataink alapján a májváltozások ilyen lehetőségére akartunk rámutatni.

Vizsgálatainkban a *vérsavó complementtiterét* is meghatároztuk minden esetben. Bizonyos fokig ez is a vér kolloidalis állapotának a kifejezője. Figyelemre méltónak tartottuk ezt annál is inkább, mert *B. Bauer* már 10 évvel ezelőtt rámutatott, hogy a vér complementális képessége és a máj állapota között szoros kapcsolat van. *Fornet* májbetegeken csak ritkán talált szabályos complement értékeket. Rendszerint megfogyott. *Fornet* szerint, ha a complementtiter a normalis 0.06 ccm-nél alacsonyabb, de klinikailag a betegek nem májbajosak, akkor megállapítható, hogy kevés kivétellel olyan betegségekben szenvednek, melyekben a májzavar legalább is feltehető. Ilyenek az allergiás, csúzos, nephritises betegek. Adataink azt mutatják, hogy 20 eset közül 16-ban a vérsavó complementtitere kisebb a rendesnél. *Ez feljogosít bennünket arra, hogy tüdőtuberculósissal kapcsolatban a máj bizonyos fokú zavarait tegyük fel.*

A vörösvérsejtek süllyedési sebességének, a vizelet urobilinogén tartalmának vizsgálata kisérleteinkben nem mutat olyan változást, melyből a máj valamelyes zavarára következtetni lehetne.

A májnak a vizanyagforgalomban jelentős szerepe közismert. Vannak olyan májbajok, pl. atrophia hepatis flava, melyeket csaknem anuriáig fokozódó oliguria kisér vizenyővel. A javulást a beálló polyuria vezeti be, amit egy atrophia hepatis flava esetünkben magunk is észleltünk. Ez a vizanyagforgalmi zavar sok hasonlóságot mutat az allergiás betegekéhez. A vizanyagforgalom zavara fokozott vizenyőkészségre vezet. Ennek vizsgálatát a már ismert 0.2 ccm phiziológiás konyhasós intradermális dudor felszivódásával végeztük. Előnyét ennek abban látjuk, hogy mig a napi vizkiürítés mennyiségének mérésében sok hiba csúszhat be, másrészt meg a másfél liternyi vizmegterhelési kisérlet a beteget fárasztja, addig ez a próba könnyen és igen egyszerüen végezhető el. Rendesen 60—40 perc alatt következik be a felszivódás. Meggyorsul májbajokban és allergiás betegségekben *(Paul, Pély).* Kisérletünkben hét betegnél a felszivódás ideje meggyorsult, ebből 4 a súlyos 3 a könnyű folyamatokra jutott. Eredményeink nagyjában fedik *Keresztes Mária* megfigyelését és *nem nyujtanak elegendő támpontot a májfunctio megváltozásának föltevésére.*

Vizsgálatainkban tehát két olyan adatot találtunk — Welthmann-próba és vérsavó complementtiterje —, melyekből a tüdőtuberculosissal kapcsolatos májzavarra következtethetünk. Itt most az a kérdés merül fel, milyen úton vezet a tüdők betegségére a máj működési zavarához. A legvalószinűbbnek látszó *áttételes máj betegséget* a bevezetésben elmondottak alapján el kell vetnünk. Legfeljebb mint részjelenség mutatkozik acut miliaris folyamatokban, vagy haematogén disseminatio

kapcsán. A bakteriális fertőzés kikapcsolása után legvalószinübbnek látszik a *toxikus* út. Ebben kétségkivül szerepe van a vele született, vagy szerzett dispositiónak is. De elősegítik a toxikus ártalom kifejlődését a tbc. vel kapcsolatban keletkező gyomor és bélbántalmak is. Valószinüleg a portalis keringés folytán bejutott mérgezőtermékek a máj méregtelenítő működését csökkentik. vagy egyidőre meg is szüntetik és így a májon át áramló toxikus termékek ott helyben szöveti izgalmat, vizenyőt, kötőszöveti burjánzást és degeneratiy elváltozásokat indítanak meg. De elképzelhető *allergiás* reactio is a máj kötőszöveti rendszerében. *Berger Riml* és *Hausbrandt* felteszik ilymódon a serosus hepatitiseket tüdőtuberculosisban. — *Reulet* két boncolásra kerülő kevert fertőző cavernás tüdőfolyamatban focalis májnekrosist talált, mely allergiás szöveti reactio benyomását keltette. *Berger* és munkatársai nyilt tüdőtuberculósisban sárgaság keletkezését észlelték, mely időbelileg egy újabb szóródással eset össze. *Trautwein* két esete is az allergiás befolyást támogatja. Társfertőzések esetén nem könnyü eldönteni, hogy a máj-változások létrehozásában a specifikus tbc. allergia vagy pedig a társfertőzés folytán bekövetkező áthangolódás birt-e jelentőséggel. Bárhogy áll is a dolog, *az említett megfigyelések, és saját észlelésünk is* (complementtiter csökkenés) *jogosulttá teszik azt, hogy az allergiás tényezők befolyását feltegyük.* Azt hisszük, hogy a kérdésnek szélesebb alapon történő megfigyelése, szövettani vizsgálatokkal kibővitve, közelebb vezetne e kérdés tisztázásához. Nagy, szinte áthidalhatatlan akadályt okoz azonban az allergia és a máj kölcsönhatása.

A másik, ezekből önként adódó kérdés az, hogy a kifejlődő májártalom milyen befolyást gyakorol a gümős beteg további sorsára. Ebből a szempontból érdekesnek tartjuk megemlíteni, *Hench* észlelését. A legkülönbözőbb arthritisek és fibrositisek tetemes javulását, sőt gyógyulását látta akkor, ha közbeesően májgyulladásuk vagy sárgaságuk támadt. Egy saját, primaer chronikus polyarthritisben szenvedő betegünkön, az étrendi hiba folytán beállott sárgasággal az izületi tünetek tetemesen visszafejlődtek. Azt lehetett remélni, hogy gümőkórban hasonló változás fog bekövetkezni. Azonban nem így áll a dolog. *Trauetwein* 2 tüdőtuberculotikus betegén sárgaság mutatkozott. Ezután tüdő- és általános állapotuk lényegesen romlott. A rosszabbodás okát a májártalom folytán megromlott védekezőképességben kereste. Emellet szól *Pezzangóra* megfigyelése, ki a kisérleti máj insufficientiába a serum ellenanyagtartalmának megcsökkenését találta. A tüdőfolyamat kedvezőtlenebbé válása úgy képzelhető, hogy a hepatocellularis gyulladás kihat az egész szervezetre és annak működését minden tekintetben ártalmasan befolyásolja. A májnak — mint a reticuloendothelialis rendszer egyik tagjának — az immunitási folyamatokban szerepe kiesik. De az endothelialis rendszer egyes tagjai között fennálló viszony folytán a többiek (lép, csontvelő stb.) működését is gátolja. Eredmény: a szervezet védekező erejének meggyengülése, illetőleg megfogyása. Ha most ehhez még hozzávesszük, hogy *Reiss* szerint az egészséges májnak a bakteriumok elpusztitásában is jelentős szerep jut; érthetővé válik, hogy az így megváltozott belső milieuben a tüdőfolyamatok megrosszabbodnak. Azt hisszük azonban, hogy minden esetben az a döntő tényező, hogy a máj milyen mértékben betegszik meg. Láttunk kisebb májelváltozásokat többször anélkül, hogy tüdőállapotuk rosszabbodott volna, viszont igaz az is, hogy néhány esetben a máj állapotának rosszabbodásával a tüdőfolyamat is kedvezőtlenebbé vált. *Lami* szerint kisfokú májártalom a meglevő folyamatokra előnyös, súlyosabb és előrehaladottabb ártalom előnytelenebb helyzetet jelent a beteg számára.

Az elmondottak nyilvánvalóvá teszik a máj nagy jelentőségét a tuberculosis elleni küzdelemben. Működésének ismételt vizsgálata egyúttal a szervezet védekező-erejéből is bizonyos szempontokból tájékoztatást nyújt. De másrészt lehetővé teszi, hogy a májártalom korai felismerésével, azt megfelelően tudjuk befolyásolni. A már kifejlődött májártalomnál ajánlatos az azonnali erélyes kezelés. Osztályunkon már kisebb májfunctiós zavar esetén is, szénhydrát-koszt mellett insulint, szőllőcukrot és májkivonatokat adunk.

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

Tömény NaOH-dal roncsolt hypophysis hátsólebeny-kivonat fokozott toxicitásáról kísérleti állatokban.

Irta: *Végh Lajos dr., Pallos Károly dr.* és *Engel Miklós.*

Előző közleményünkben (Orvosképzés 1938. évi Kubinyi füzet) leírtuk azon szöveti elváltozásokat, amelyeket tengerimalacok májában és veséjében a hypophysis hátsólebenyének különböző készítésü kivonataival sikerült előidéznünk. Vizsgálataink megerősítették első ezirányú közleményünkben (Klin. Wschr. 1937. 44.) ismertetett kisérleti eredményeinket. Ezalkalommal rámutattunk arra, hogy különböző szerzőknek a hátsólebeny toxicitását illetőleg egymástól eltérő kisérleti eredményeinek okát a kisérletekben használt hátsólebeny-kivonatok egymástól különbözőségében kell keresni.

Említett közleményünk szerint a kisérleteinkben használt hypophysis hátsólebeny-kivonatok közül a legkevésbbé volt toxicus a Chinoin-gyár kereskedelmi forgalomban levő készítménye, a pituisan. Ennek a hatásához viszonyítva körülbelül hatszor nagyobb toxicitást mutatott ugyanezen kivonat, ha a benne levő hatóanyagok egyrészét n/1 NaOH-dal roncsoltuk. A pituisan ugyanis az általunk alkalmazott mennyiségben és adagolási mód mellett, vagyis napi 2x1 ccm pituisan 6 napon keresztül, subcutan adva a kisérleti állatok 31.3%-ában hozott létre a májban és vesében szövettani elváltozásokat, a normál NaOH-val roncsolt pituisan pedig már napi 2x0.3 ccm-es adagban is az esetek 53%-ában eredményezte az említett elváltozásokat. Ugyanakkor a hypophysis hátsó lebenyéből savanyított vizzel készült nyers, nem tisztított, fehérjét is tartalmazó kivonat a kisérleti állatok 93%-ában hozta létre az előbbi elváltozásokat napi 2x1 ccm-nek 6 napon át történő adagolása után.

Ezek a vizsgálatok kétségkivül bizonyítják, hogy a hypophysis hátsólebenyéből készült kivonat olyan anyagot vagy anyagokat tartalmaz, amely a kisérleti állatok májában és veséjében az eklampsiás asszonyokban észlelt kóros elváltozásoknak megfelelő szöveti elváltozásokat hozza létre. Elképzelhető a hypophysis hátsólebenyének ilyen szerepe a terhességi toxikosis, illetve eklampsiás elváltozások esetében is.

Első közleményünkben a hypophysis hátsólebenyének nagy adagjaira beálló toxikus elváltozásokat a kisérletekben használt hátsólebenykivonatnak az érfalakra kifejtett hatásával próbáltuk magyarázni, az elváltozások okát a hatóanyagnak az érrendszer beidegzésére kifejtett hatásában keressük. Ennek ellenőrzésére, illetve megerősítésére n/1 NaOH-dal kezelés által kiiktattuk a vasopressin hatását. Az irodalmi ada-

tok szerint ugyanis a hypophysis kivonatok vasopressin tartalma a lúggal kezelés által elroncsolódik. Hogy ez az elroncsolódás valóban megtörtént és vasopressint, illetve érszükületet okozó hatóanyagot a kisérleteinkben használt oldatok sem tartalmaztak, arról vérnyomást mérő vizsgálatokkal győződtünk meg. Mint a mellékelt 1. ábrán is látható, macskánál 2.5 ccm NaOH-dal roncsolt pituisan a vérnyomásra semmiféle hatással nem volt, úgyanakkor kereskedésbeli pitusian i. v. adása után a vérnyomás hirtelen emelkedése volt megfigyelhető (2. ábra). Ugyanezen állatoknak később histamint adagoltunk, amely a vérnyomást erősen leszállította (3. ábra). A 2. és 3. ábra mutatja tehát, hogy a vérerek reactiképesek voltak és ez bizonyítja, hogy a lúggal kezelt kivonat sem vasopressint, sem histamint nem tartalmazott. Az észlelt szövettani elváltozások okát tehát nem lehet a kezelés következtében beálló érgörccsel magyarázni.

Az aránylag kevéssé toxicus pituisannak normál NaOH-dal kezelése után észlelt jelentékeny toxicitás fokozódásának magyarázatát sem tudjuk ezidőszerint adni. Nem tudjuk, hogy a lúggal roncsolás valamilyen védőanyagot tesz-e tönkre, vagy mérgező anyagokat szabadít-e fel — vagy talán az eljárással a NaOH-nak egyidejü bevétele okozza a toxicitás fokozódását? Utóbbi valószinütlennek látszik, de mégis célszerünek tartottuk vizsgálatainkat ez irányban is kiegészíteni.

Minthogy előző kisérleteinkben a pituisan roncsolását ugyanolyan mennyiségű n/1 NaOH oldattal végeztük és a roncsolás céljából hozzáadott lúgot n/1 HCl-ral semlegesitettük, a kivonat hatóanyag töménysége ezáltal az eredetinek háromszorosára higult. Igy ha nem roncsolt pituisanban levő „hatóanyag" tartalomnak megfelelő mennyiséget kivánunk az állatoknak adni, úgy aránylag nagymennyiségű folyadékot kellett volna injiciálni. Ennek elkerülése végett, másrészt azon célból, hogy a „hatóanyagot" nemcsak az absolut mennyiség, hanem a töménység szempontjából és az eredeti pituisannak megfelelően vigyük a szervezetbe, nem különben azért is, hogy lássuk, vajjon a sótartalom növekedése nincs-e befolyással a kivonat „toxicus" hatására, a következőkben olyan roncsolt pituisan-oldatot készítettünk, amelynek a toxikus hatóanyag concentratiója alig változott, a sótartalma azonban nagymértékben megnőtt. Roncsolás céljából most nem normál, hanem literenként 100 ccm 40%-os NaOH oldatot adtunk a pituisanhoz s ezt később tömény HCl-val semlegesítettük. A sósav hozzáadásakor az oldatot úgy hűtöttük, hogy annak hőmérséklete a 25° C-t nem haladta meg. Ily módon elértük azt, hogy a roncsolt oldat térforgata az eredeti pituisanhoz képest csak kb. 20%-kal növekedett, illetve az elváltozásokat előidéző kérdéses anyag töménysége kb. ugyanennyivel csökkent. Ezzel szemben nagymértékben megnőtt az oldat sótartalma, aminek figyelembevételével különböző töménységű sóoldatokkal is kellett ellenőrző vizsgálatokat végezni.

Kisérleti eljárás.

A kisérleteknek összesen 95 db 300—400 grammos fiatal nőstény állatot használtunk fel. Ezek közül 55 állatnak injiciáltunk a fentebb leírt oldatból 6 napon keresztül napi 2x1 ccm mennyiséget. Az injectiózást 6 napon át folytattuk és az állatokat, amelyek életben maradtak, a 7. napon tarkóütéssel megöltük. A kisérleti állatok vitaminszükségletéről megfelelő vegyes táplálással gondoskodtunk. Ezen kisérleti sorozat mellett controllvizsgálatokat állítottunk be két csoportban. Vizsgáltuk 4 és 9%-os sósavval Ph 4—5-re savanyított konyhasóoldat hatását 20 kisérleti állatban. Ugyancsak 20 kisérleti állat ugyanolyan kisérleti körülmények között minden kezelés nélkül szerepelt controll gyanánt.

Észleléseink az állatok kezelése alatt.

A roncsolt oldat beadására lényegesen romlik a kisérleti álltok általános állapota. Az injectiózást meglehetősen birják. Már az első injectiózási napon étványtalanok, aluszékonyak, szőrük hull, főkép az injectio helyén. Bágyadtan ülnek ketrecükben, a környezettel keveset törődnek. A subcutan adott injectiók hatására helyenként bőrnekrosisok fejlődnek ki. A rövid kisérleti idő alatt aránylag nagyfokú súlycsökkenés volt észlelhető. A tünetek fokozódó kifejlődése közben az 55 kisérleti állatból 37 már a kisérlet 4—5. napján elpusztult. Két állat gyomorperforatio okozta peritonitisben hullott el. A kisérlet végéig — a 7. napig, csak 18 állat maradt életben.

Kisérleti eredmények.

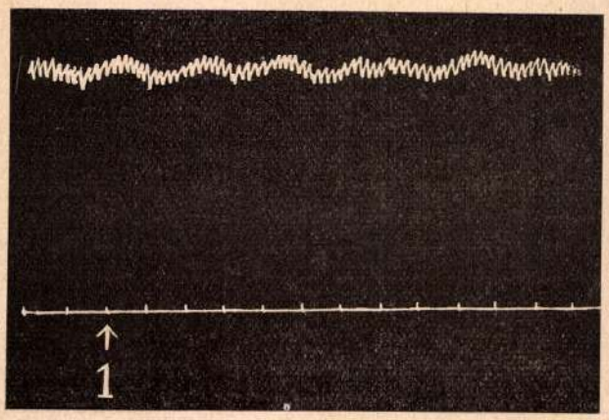
A boncolást az állatok elhullása, illetve a 7. napon történt leütése után azonnal elvégeztük. Feltünő volt a belső szervek nagyfokú vérteltsége. A máj megnagyobbodott, hyperaemiás, helyenként térképszerüen foltos. Felszinükön az esetek nagy részében többnyire kerek, helyenkint ékalakú, sárgás-szürke nekrosisokat találunk. Megnagyobbodottak, belöveltek a vesék is, több esetben kis pontszerü vérzéseket látni a pleura zsigeri lemezén és a szívburkon is. Nehány esetben a gyomorbennék a hozzákeveredett vértől kávéaljszerü és a nyálkahártyán pontszerü vérzések mellett kis felszines ulcusokat látni. Két esetben a halál oka, perforált gyomorfekély következtében fellépő peritonitis volt.

Szövettanilag: feldolgoztuk a kisérleti állatok gyomrát, máját és veséjét. Fixálás alkoholban és formalinban. Haematoxylin-eosin, v. Gieson, Weigert és Kockel fibrinfestések. Festések zsirra és *Best* szerint glykogenra.

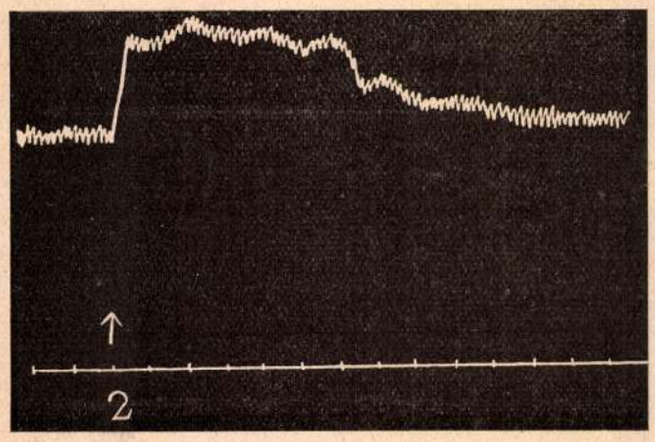
1. A tömény NaOH-dal roncsolt hátsólebeny-kivonat hatása.

A kisérleti állatok májának szöveti metszetein feltünő a vena centralisok magyfokú tágultsága és vérteltsége. A máj államányában nagyszámú, mindig a centralis vena körül elhelyezekedő, elhalásos terület ismerhető fel. A májállományban található elhalások rendszerint kerekek, a felszinen ülők ékalakuak, széles alapjukkal a felszin felé. Az éleshatárú nekrosisok nagyrészében a májsejtek egészen elhaltak, a magfestés már nem ismerhető fel. Másutt a nekrotikus területekben duzzadt vacuolás plasmájú nagy sejteket látni pyknotikus maggal. Ezen elhalásokban a májsejtek coordináltsága teljesen megszünik és oszlopos elrendezésük csak helyenként ismerhető fel. A nekrosisok minden alakjában a sejttörmelékek között nagyszámú polynuclearis sejt, lymphocyták és pigment tartalmú sejtek találhatók. A glykogenra festett metszetekben a májállomány glykogénjének nagyfokú megfogyatkozása észlelhető. A glykogen csökkenése a centralis vénák körüli lebenyrészeken a legnagyobbfokú, itt az esetek legnagyobb részében glykogen már nyomokban sincs. A lebenykék széli részei még tartalmaznak glykogent, de itt is erősen csökkent a mennyiségük. A nekrotikus területekben glykogen nincs. A zsirra festett fagyasztott metszetekben a lebenykék centralis részén kezdődő és innen a peripheria felé haladó elzsirosodást látni, mely a nekrotikus részekben a legnagyobbfokú és itt a zsir durva rögökben helyezkedik el, szemben a májsejtekben finom szemcsék alakjában elhelyezkedő zsirral. A centralis vénák fala gyakran megvastagodott, hyalinos és a lumenben is hyalinos thrombusokat látni. Néhány esetben kis vérzéseket is láttunk a májállományban.

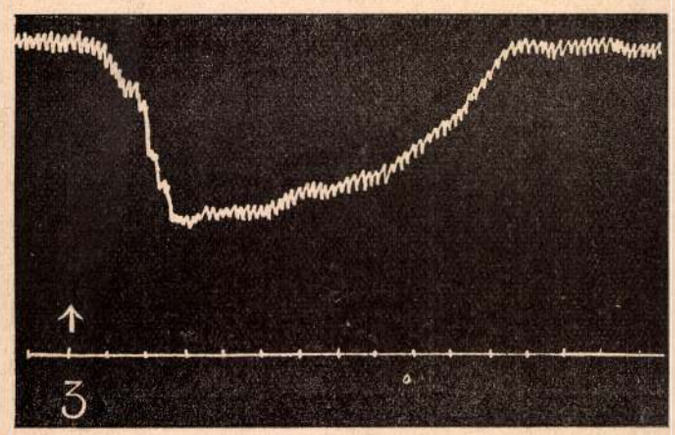
A vesék metszetein is a kéreg és velőállomány határán levő erek nagyfokú érteltsége és tágulása tünik először szembe. Emellett kifejezett elváltozásokat látni a kanyarulatos és részben az egyenes vesecsatornák hámját is. A hámsejtek erősen duzzadtak, a plasma vacuolás, a mag rosszul festődik. Néhány hámsejt levált és a csatorna lumenét szükíti. A folyamat helyenként a hámsejtek teljes pusztulásáig fokozódik: ezen helyeken a hámsejtekben sok, finom szemcsés zsirlerakódás ismerhető fel.



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

A kisérleti állatok *gyomrának* szöveti metszetein az esetek jelentős részénél (28%) találtunk már makroskoposan is felismerhető vérzéseket, kis ulcusokat. Ezek mikroskop alatt a nyálkahártya felszines részeire kiterjedő erosiokból állanak, melyeknek környékén nagyfokban tág ereket, elvétve kereksejtes beszürődést és vérzéseket látni. A gyomorelváltozásokról egyikünk *(Pallós Károly dr.)* fog részletesen beszámolni.

22. Controllvizsgálatok 4 és 9%-os Ph 4—5 sóoldattal kezelt normális állatokon.

Mivel a tömény NaOH-dal roncsolt, majd tömény NCl-vel közömbösített pituisan, mint említettük, Ph 4—5 reactiójú és kb. 7-szeres isotoniás, szükséges volt controllvizsgálatokat végezni ennek megfelelő, illetve töményebb 9%-os concentratiójú sóoldattal. Előző kisérleteinkben már láttuk, hogy 2.2%-os oldat önmagában egyáltalán nem okozott a májban és vesében elváltozásokat, azért most csak 9%-os NaCl oldattal végeztünk kisérleteket. 20 kisérleti állatot használtunk fel az előző fejezetekben ismertetett kisérleti feltételek és methodika mellett. A kisérleti állatok az injiciált napi 3x2 ccm sóoldatot is jól birták. Csak az első napokban volt észlelhető kisfokú étvágycsökkenés és kedvetlenség, mely ezután megszünt és a 20 kisérleti állatból 18 maradt életben a hetedik napon történő leölésig, minden súlyveszteség nélkül.

Boncoláskor és a szervek szöveti feldolgozásakor csak három állatban találunk a májban néhány kis felszines nekrosist, melyek az előző fejezetben ismertetett szöveti képet mutatták. Az állatok májának glykogentartalma nem változott meg, elzsirosodást nem tudtunk a fagyasztott metszeteken kimutatni. A kisérleti állatok gyomra egy esetben sem mutatott elváltozást. A csak diaetán tartott, nem kezelt controll-állatok boncolása és szöveti feldolgozása nem mutatott elváltozást. Mindössze egy állat májában találtunk néhány kis felszines nekrosist.

Eddigi eredményeink — a könnyebb áttekinthetőség végett alanti táblázatban foglaltuk össze:

Injectio neme:	Napi adag ccm	Összes állat	Szövet elváltozások				Súlycsökkenés az eredeti súly %-ban	Spontán elhullás
			májban		vesében			
			abs	%	abs.	%		
Kereskedésbeli Pituisan	2×1	16	5	31.3	13	81.3	19	4
Pituisan n/1 NaOH-dal roncsolva . .	2×0.33	15	8	53.0	14	93.3	15	3
Teljes fehérjetartalmú h. h. l. kivonat	2×1	55	14	93.3	15	100.0	34	12
Tömény NaOH-dal roncsolt Pituisan	2×1	55	33	60.4	44	80.0	21	37
4 és 9%-os sóoldat	3×2	20	30	15.0	—	—	—	2
Controll állatok csak diaetán . .		20	1	5.0	—	—	—	—

A táblázat mutatja, hogy a hátsólebenyből készült kivonatok közül a legnagyobb toxicitást mutatta a n/1 NaOH-dal roncsolt és normal sósavval közömbösített kivonat. Ezt a kivonatot ugyanis csak 0.3 ccm-es adagban adtuk s mégis az esetek 53%-ában okozott súlyos szöveti elváltozásokat a májban és vesében. Legkisebb mértékben volt toxikus a kereskedésbeli pituisan. Feltéve, de meg nem engedve, hogy az észlelt szöveti elváltozások gyakorisága és súlyossága egyenes arányban van az adagolt kivonat mennyiségével, úgy a normállúggal kezelt pituisan toxicitását az eredeti pituisanéhoz viszonyítva hatszor erősebbnek, mig a tömény lúggal roncsolt kivonatét kétszer erősebbnek találjuk. Ebből azt következtethettük, hogy a tömény lug nemcsak a vasopressint és oxytocint teszi tönkre, hanem azon toxicus anyagok egyrészét is, amely a fent leírt charakteristikus elváltozásokat létrehozzák. Vagyis legtoxikusabb a kivonat akkor, ha n/1 NaOH-val roncsoljuk el a vasopressint és oxytocint. Megállapítható kisérleteinkből, illetve a táblázat adataiból az is, hogy a „roncsolás" alkalmával képződött jelentékeny mennyiségű konyhasó

az észlelt toxikus elváltozások szempontjából jelentős szerepet nem játszik.

Összefoglalás: 1. Kísérleteket végeztünk tömény NaOH-val roncsolt pituisannal, mely eredetileg ccm-ként 10 I. E. hátsólebenykivonatot tartalmazott.

2. A fenti oldat subcutan adott napi 2 ccm-e a kísérleti állatokban nagyfokú toxicitásra utaló szöveti elváltozásokat hozott létre. A kísérleti állatok májában nagyfokú glykogencsökkenést és elzsirosodást, elvétve vérzéseket és az erek hyalinos thrombusát figyeltük meg. Emellett a kísérleti állatok májában nagyszámú nekrosis volt megfigyelhető. A vesében nagyfokú érteltség mellett a vesehámsejtek degeneratióját figyeltük meg.

3. A NaOH-val roncsolt oldat a kísérleti állatok májának 60, veséjének 80%-ában hozta létre a fenti elváltozásokat.

4. A kísérletek szerint a hypophysis hátsólebenyének kivonataiból tömény NaOH-val roncsolás után olyan oldatot lehet előállítani, melynek toxicitása az alapanyagul szolgáló pituisánénál kétszeresen nagyobb.

5. A kivonat NaCl tartalmának megfelelő, sőt annál töményebb NaCl-oldat sem okoz hasonló szöveti elváltozásokat.

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

A gyermekkori nem specificus lymphadenitisek conservativ kezelése.

Irta: *Recht István dr.*

I.

A nyirokmirigyek fontos szerepet töltenek be a gyulladások generalisatiójának meggátlása céljából. Egyrészt a szűrő feladatkörét látják el a szó physikai értelmében, másrészt physikochemiai, serologiai agensek segítségével igyekeznek ártalmatlanná tenni a kórokozókat, ill. azok toxinjait. E küzdelem azonban veszélyt jelent magára a nyirokmirigyre nézve, amely a kórokozó virulentiájától, az egyén constitutiós és momentán dispositiójától függően enyhébb, vagy heves gyulladással reagál.

A gyermek, de főleg a csecsemőkor kóréletanára jellemző a lymphatikus és exsudativ hyperreactivitás, különösen a manifest constitutiós diathesisek hajlamosítanak lymphadenitises complicatiókra.

A nyirokmirigygyulladás mindig valamely góc élettani környékén jelentkezik, néha azonban az elsőleges gyulladás annyira tünetszegényen zajlik le, hogy arra sem a gyermek, sem szülője nem emlékszik, beteggé a gyermeket a szó általános értelmében csak lymphadenitise tette. Ez azonban most már mint önálló kórkép jelentkezik többé-kevésbbé acut gyulladás formájában, fájdalom, láz s általános tünetek kíséretében, nem ritkán genyes beolvadáshoz vezet.

A gyermekkori lymphadenitisek legnagyobb része nyaki localisatiójú, a száj, torokür, garat, fül betegségeihez kapcsolódik, továbbá a fej és az arcbőr exsudativ, vagy impetigós gyulladásaihoz társul.

Különös jelentősége van e korban a fertőző betegségekkel járó lymphadenitiseknek. A diphtheriás nyirokmirigycomplicatiók nagy kórtani jelentőségük ellenére, localis kezelés szempontjából kevésbbé esnek számításba, mert megjelenésük időpontjában a hangsúly rendesen az alapbetegségen van, önálló jelleggel ritkán bírnak, s a diphtheria gyógyulásával rendszerint ezek is simán meggyógyulnak. Ezzel szemben a scarlatinához kapcsolódó nyirokmirigyek, különösen azok, amelyek a harmadik héten keletkeznek, bizonyos mértékig önálló betegség jellegével bírnak. Ilyenkor gyakran már csak a lymphadenitis tartja fenn a lázat és okoz általános tüneteket, úgy hogy az alapbetegség specifikus és tüneti gyógyítása mellett rendesen localis kezelésre is szükség van. Ritkábban enyéb fertőző betegségek is okoznak specialis kezelést igénylő nyirokmirigycomplicatiókat.

II.

A nem specifikus lymhpadenitis kórbonctanilag három alakban jelenik meg: *lymphadenitis hyperplastica, hymphadenitis abscendens* és *lymphadenitis chronica.* Ezeknek megfelelően klinikailag *hyperplastikus, periadenitis, phlegmonosus, abscendens és chronikus* stadiumok szerepelnek. *(Verebélyi).* A betegség kórjóslatát, illetve a conservativ kezelés kilátásait mérlegelve a kórokozó minőségén és virulentiáján kívül különös jelentőséggel bír a gyermek constitutiója, kora és általános állapota is.

A conservativ kezeléssel elsősorban az a célunk, hogy a betegséget elgenyedés elkerülésével visszafejlődésre bírjuk, ha pedig a mirigy már elgenyedt s akár localisatiója, akár egyéb körülményei folytán életveszély nem áll fenn, (mikor is a radicalis megoldás elkerülhetetlen), igyekszünk incisio nélkül meggyógyítani azt, hogy későbbi hegesedés keletkezését elkerüljük.

Két év alatt 350 lymphadenitises betegséget kezeltünk. Ezek közül 300 nyaki localisatiójú volt 185 grippés anginához, tonsillitishez, otitishez, stb. társult. 31 scarlatinás, 72 nyirokmirigygyulladás pedig az arc és fejbőr pyodermás betegségeinek volt következménye. Ez utóbbiak legnagyobb része exsudativ typusú gyermekeken fordult elő. Több esetben, mint említettük, az elsőleges gócot egyáltalán nem sikerült kimutatni.

350 közül 72 esetben a kezelés kezdetekor a mirigy már elgenyedt s kifejezetten fluctuált. A további 278 közül 252 lymphadenitis a kezelés folyamán meggyógyult, 26 pedig (10%) genyesen beolvadt. Feltehető azonban egyes esetekben, hogy annak ellenére, hogy fluctuatiót nem találtunk, a mirigy beolvadása, annak mélyében már kezdetben megindult.

Összesen tehát 98 beteget kezeltünk genyes lymphadenitissel. E betegek nagyrészén (68) manifest exsudativ diaethesist észleltünk. Néhány esetben (30) bakteriologiai vizsgálatot is végeztünk, melyek közül 7 esetben streptococcus, 21 esetben staphylococcus, 2 esetben pedig pneumococcus volt előtérben.

A lymphadenitisek conservativ kezelése, mint köztudomású, eddig csupán antiphlogistikus borogatásokból, jódos-higanyos kenőcsök alkalmazásából állott, ha pedig a mirigy elgenyedt, rendesen incisióra került a sor. Chronikus lefolyású esetekben még röntgenbesugárzás jött szóba.

A mi általunk eszközölt conservativ eljárás előterében rövidhullámkezelés állott. A kezelés technikáját illetőleg, mint erre még a későbbiek folyamán áttérünk, alkalmazkodni kell a lymphadenitis momentan stadiumához. A rövidhullámkezelés, — mint minden antiphlogistikus gyógyítás — a gyulladás csökkentését, a felszívódás elősegítését, illetőleg a demarkalódás és beolvadás siettetését célozza. Tapasztalataink erről a kezelésmódról igen kedvezőek. — A hyperacut esetekben, melyek jól reagáltak az ultrarövidhullámú kezelésre, a folyamat néha már az első besugárzásra

kedvező fordulatot vett. Ilyenkor a gyermek fájdalmai csökkentek, a láz lejebb szállt, az éjszaka aránylag nyugodtan telt el, s sokszor a mirigy másnapra már kisebbedett. Ilyen esetekben igen fontos, hogy a betegség általános jellege localisra fordult, sőt olyankor is, mikor a mirigy később elgenyedt, gyakran ez a folyamat már láztalan állapotban, aránylag jó közérzet mellett érett meg a punctióra.

Igyekeztünk más localis kezelést, különösen meleg borogatások alkalmazását mellőzni, mert tapasztalataink szerint, mint erre még később rátérünk a meleg általában a felszívódás folyamatát kedvezőtlenül befolyásolja. Több esetben tapasztaltuk, hogy a már gyógyulásnak indult folyamatot a meleg borogatások ismét lángralobbantották, aminek következménye a mirigy beolvadása volt. Néhány esetben Burrow-oldatos borogatást, súlyos általános tünetekkel járó betegség esetében pedig paraaminobenzolsulfamid-készítményeket is alkalmaztunk.

A periadenitises és phlegmonosus esetek kedvező reactióját a diffus, környezetével összekapaszkodott mirigy terimének megkisebbedése, körülírtabbá válása, s az egyes mirigyek egymástól tapintással történő elkülöníthetősége jelezte.

A kevésbbé acut és chronikus, torpid mirigyek esetében is jó eredményt értünk el rövidhullámkezeléssel. Itt azonban lényegesen nagyobb energiájú és hőhatású sugárzást kellett alkalmaznunk, mint az acut esetekben. Ha chronikus, (de biztosan nem specifikus) mirigy dacolt a kezeléssel, mint ezt 6 esetben láttuk, tej-, yatren-injectiót, két esetben pedig rövidhullámú lázkeltést alkalmaztunk, miután a rövidhullámkezelés már sikerrel járt.

A genyes lymphadenitisek gyógyítása is elsősorban rövidhullámkezelésből áll. Ha a mirigy beolvadása kezdetleges s ha a kórokozó nem nagyon virulens, továbbá, ha a gyermek constitutiója, valamint általános állapota folytán a szervezet védelmi berendezése intact, a folyamat iránya megfordulhat s a geny felszívódásával a lymphadenitis meggyógyulhat. Ezért genyes nyirokmirigy-gyulladásokat is kis energiával, nagyobb meleghatás elkerülésével kezdünk kezelni, nehogy az esetleges gyógyuló tendentiájú folyamatot lángralobbantsuk. Ha a beolvadás tovább folyik, már alkalmazhatunk nagyobb energiát és alacsonyabb frequentiáju áramot, esetleg meleg borogatásokat is, hogy az érlelődést siettessük. Ha már a lymphoma kiterjedten fluctuál, a genyet mindig punctióval távolítjuk el. 2—3 mm vastagságú tűvel, *mindig az ép bőrbe* történik a beszúrás, hogy a fistulaképződést elkerüljük. Ha a geny eléggé könnyen folyó, így annak legnagyobb részét eltávolíthatjuk, s ha az utántermelés nem nagyon bőséges és a gyógyulási tendentia relative jó, a folyamat folytatólagos rövidhullámkezelésre további punctio nélkül gyógyul. Ha a geny törmelékes s a tűt elenegdő mennyiség leszívása előtt eltömeszeli, átfecskendezzük zük azt physiologiás konyhasóoldattal, esetleg 1‰-es rivanol-oldattal. A punctio befejeztével a mirigy egész területére nyomókötést helyezünk és ezt ragtapasztal szorosan rögzítjük. Erre azért van szükség, mert ha az üregbe utánvérzés történik, ez ismét elgenyed s a gyógyulást nagymértékben hátráltatja. Rossz gyógyulási tendentia s bő genytermelés esetén a punctiót egy- vagy többször meg kell ismételni. (Legtöbbször streptococcus infectiók gyógyulási hajlama rossz s bő genytermeléssel jár.). Ezután tovább folytatjuk a rövidhullámkezelést kis energia és nagy frequentia alkalmazásával. Ilyen eljárással a lymphadenitis abscedens az esetek túlnyomó részében aránylag rövid idő alatt, hegképződés nélkül, kosmetikailag teljesen kifogástalanul gyógyul.

III.

A rövidhullámkezelés hatásmechanismusa ma még a theoriák birodalmába tartozik, messze vezetne bővebben foglalkozni ezzel, egy-két szóvan mégis érintenünk kell, a lymphadenitisek rövidhullámkezelése kapcsán nyert néhány tapasztalattal összefüggésben.

A localis értágításon kívül, mely hyperaemiát okoz, kétségtelenül itt, specifikus nagyfrequentiás elektromágneses gyógyító factorral állunk szemben. „Specifikusnak nevezünk minden olyan rövidhullámhatást, melyet meleghatással nem magyarázhatunk". (*Holzer*). Mint a rövidhullámkezelés technikájának leírásánál látni fogjuk, mi ú. n. athermalis eljárást alkalmaztunk, ahol a felvett energia *Weissenberg* szerint nem több, mint 0.1—0.000001 wattsec./ccm. Ilyen minimalis energiamennyiség semmiestre sem alkalmas arra, hogy a szövetekben számbavehető hőveszteséget termeljen. Mint már említettük, acut folyamatokban nagyobb energia, valamint a meleg direct alkalmazása legalább is veszélyesnek mondható, anélkül, hogy bármi haszonnal járna. A nagyfrequentiájú áram, mint kisérletileg igazolható, megváltoztatja a szövetek dielektrikus állandóját, nagyfrequentiájú vezetőképességét, hatást gyakorol a molekulák dipól elrendeződésére, befolyásolja továbbá az ionok relaxatiós idejét s valószínűleg a molekulák, vagy molekulacsoportok ponthőjét emelve pontenergiát fejt ki. A szövetek, mint condensatorok tömegei foghatók fel, melyek az egyenáram, vagy kisfrequentiájú váltóáram útjában akadályokat jelentenek. Minél rövidebb a váltóáram hullámhossza, tehát nagyobb a frequentiája, annál könnyebben haladhat át e condensatorokon, eljuthat a sejtek, sőt a sejtmagok belsejébe is, s kifejtheti ott molekuláris hatását.

Mivel a rövidhullámú térnek számbavehető baktericid hatása nincs, kétségtelen, hogy a beteg szövetben létesít nyilván oly kolloidchemiai változásokat, melyek a folyamatot jóirányban befolyásolják. A nagyfrequ. elektromos áram kolloidokra gyakorolt hatását kisérletek igazolják. *Schliephake* és *Compere*, továbbá *Claus* a felületi feszültség változásait figyelték meg, *Schliephake* és *Pflomm* a vörösvérsejtek ozmotikus tulajdonságait és süllyedési sebességét befolyásolták rövidhullámú tér alkalmazásával. *Izar* és *Moretti* kisérletei arra mutatnak, hogy a vér agglutinatiós titere, a complementkötési reactio, valamint a pepsin proteolytikus hatása is megváltoztatható ilymódon. *Recht* (még nem közölt kisérletekben) igazolni tudta a complementkötési reactio megváltozását, valamint megfigyelte a Takata-serumreactio kiesésének befolyásolhatóságát.

Klinikai megfigyelések arra mutatnak, hogy a beteg szövet máskép reagál rövidhullámú besugárzsára, mint az ép. *Rósa* neuritisek kezelése közben megállapította, hogy a beteg ideg gyakran elektive fájdalommal reagál a rövidhullámú sugárzásra. Mi lymphadenitiskezeléseink folyamán észrevettük, hogy egyes esetekben néhány besugárzás után a mirigy még tovább növekedett, majd elérve bizonyos nagyságot, hirtelen megfordult a folyamat iránya s rövid idő alatt teljesen visszafejlődött. Igen érdekes az a három megfigyelésünk, hogy a besugárzott és erre kitünően reagáló lymphoma közvetlen közelében, tehát ott, ahol a sugárzásnak ugyanolyan minőségűnek és intensitásúnak kellett lennie, a kezelés ideje alatt új lymphadenitis

keletkezett, amely besugárzásra szintén visszafejlődött. E kisérletek arra mutatnak, hogy a specifikus rövidhullámú hatás jelentkezéséhez a kolloidegyensúly bizonyos fokú, a gyulladás okozta megbomlása szükséges.

Kolloidchemiai kisérletek bizonyítják, hogy egyes folyamatok másképen reagálnak más hullámhosszok és más energiák alkalmazására. Ugyanezt tapasztaltuk klinikai megfigyeléseink kapcsán, ugyanis egyes, nem jól reagáló nyirokmirigygyulladások visszafejlődnek, ha más hullámhosszat, más energiát alkalmazunk, vagy a besugárzás technikáján változtatunk. Különösen subacut mirigyek, melyek condensatortér kezelésre nem változtak, igen rövid idő alatt meggyógyultak szórtteres besugárzásra. Oly esettel is találkoztunk, különösen chronikus mirigyek között, melyek inkább condensatortérrel voltak befolyásolhatók. Sajnos a pontos dosirozás, valamint az egyes folyamatok physikochemiai tulajdonságainak a különféle besugárzási módokkal történő összehasonlítása elé ma még áthághatatlan technikai akadályok tornyosulnak, ezért a kezelésre vonatkozólag csak általános directivák adhatók, miért is igen tág tere nyilik az orvos egyéni tapasztalatainak és rátermettségének érvényesítésére.

IV.

A rövidhullámkezelés általános technikájával természetesen ily szűk cikk keretében nem foglalkoznatunk, itt csupán a lymphadenitisek specialis kezelési szempontjairól kell néhány szót szólnunk.

Mint említettük az acut és subacut lymphadenitises esetek legnagyobb részében szórtteres, kis energiájú és rövid hullámhosszokkal történő kezelést alkalmaztunk. A szórt elektromágneses tér is condensatornak fogható fel a gép, illetve annak elektrodja és a föld között lévő capacitás folytán. Bár a kezelés ilyenkor athermalis, tehát jelentékeny hőveszteségtermeléssel nem jár, mint a kisérletek és gyógyeredmények mutatják, igen nagy biologiai activitást fejthet ki. Ezt a technikát először *Weissenberg* alkalmazta (Kurzwellenschwachbestralung), Magyarországon pedig először *Rósa* foglalkozott vele. Mindketten igen szép eredményeket értek el 1—2 watt kimenőenergiájú készülékükkel, hol elektrodok nélkül az indicatiós tekercs körül létesülő elektromágneses szórt tér, közvetlenül vagy levegő közbeiktatásával fejti ki gyógyhatását. Mi *Bodroghy–Recht* „Rebolowtherm" készülékét használtuk kezeléseinkre. Ebben OQ 15/600 Tungsram adótrióda 2—20 watt kimenőenergiával 4 méteren fixen oscillál, azonban az inductiótekercs cserélésével hosszabb hullámhosszra és nagyobb energiára is beállítható. A készülék portable megoldású, ami előnyt jelent olyan esetekben, amikor a gyermeket állapota miatt nem lehet rendelésre vinni, a kezelés a betegágyban is könnyen keresztülvihető.

Minél acutabb a folyamat annál óvatosabban kell a besugárzásokat eszközölni. Heves folyamatokban a gépet a legkisebb energiára állítva 1 cm vastagságúra összehajlított vászonkendő közbeiktatásával 3—6 perces besugárzásokkal kezdjük a kezelést, majd közvetlenül a bőrre helyezve 15—20 percig emelkedünk, esetleg az energiát is fokozzuk. A haladás tempója attól függ, hogy az előzőnapi kezelés nem váltott-e ki nagyobb lázreactiót. Acut esetben rendesen nem megyünk tovább, 8—10 perces középenergiáju besugárzásoknál. Kevésbbé heves, illetve subacut lymphadenitiseket mindjárt nagyobb energiával kezelhetünk, bár itt is helyesebb óvatosan emelkedni, nehogy reversiv hatást érjünk el. Ha szórtteres portable készülék nem áll rendelkezésünkre, bármely 6 méter, vagy az alatt dolgozó adócsöves készüléket használhatjuk. (Mi Bodroghy—Recht-féle „Rebotherm" systemájú 150 watt kimenőenergiájú gépet használtunk, melyben OQQ 150/5000 Tungsram adócső oscillál.) Ilyenkor rendesen monopolaris, tehát egy elektroddal történő kezelést eszközlünk, hogy az enegiát vagy vászonizolálás közbeiktatásával, hogy az energiát csökkentsük. Acut esetekben condensatorteret csak 15—20 cm légrés közbeiktatásával, elhangolással 100 watt alá csökkentett energiával és 6 m. alatti hullámhosszokkal szabad kezelnünk. Chronikus esetekben, valamint akkor, ha célunk nem a folyamat visszafejlesztése, hanem érlelése, használhatunk hosszabb hullámokat és nagyobb energiákat, bár itt sem szabad túlzásba esnünk. ezekben az esetekben, mivel itt thermikus hatások állnak előtérben, megfelel valamely szikraközös adókészülék is.

A lymphadenitisek rövidhullámkezelésének fenti irányelvei csak nagy általánosságban érvényesek, minden esetet individualisan kell elbírálni, a paciens constitutiója, általános állapota, a folyamat természete, valamint a rendelkezésre álló készülékek tulajdonságai szerint. Helyes kezelési technikára csak sok egyéni tapasztalattal tehetünk szert.

Az Erzsébet Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: v. Duzár József ny. r. tanár.)

Vészes vérszegénységre utaló tünetek fiatal gyermeken.

Irta: *Svastits Pál dr.*, egyetemi magántanár.

A csecsemő- és gyermekkorban feltünő gyakran találkozunk könnyebb-súlyosabb anaemiás állapottal. Ezek legnagyobb részt az anaemiáknak secundaer csoportjába tartoznak és csaknem mindig hypochrom jellegüek s elenyészően csekély részben elsőleges és hyperchrom formák. Esetünk, az utóbbi ritkább csoportba tartozik s mert nagy hasonlóságot mutat a felnőttek vészes vérszegénységével azt hisszük érdeklődésre tarthat számot.

Előzmények: L. H. 13 hónapos leány, rendes szüléssel jött világra. Születési súlya ismeretlen. Anyjának 6 élő gyermeke van; 1 koraszülése volt 8 hónapra, a magzat a szülés után pár órára meghalt. A szülők egyébként egészségesek (tbc: ∅, lu: ∅). 5 hónapos koráig csak anyatejjel táplálkozott, majd 6 hón. koráig kevert táplálásban, a 6. hónaptól pedig vegyes táplálásban részesült. 13 hón. korában még háromszor szopott az anyjától, ezenkivül teljes tehéntejet, levest, főzeléket és tejben-darát kapott. Első foga 10 hónapos korában nőtt ki, járni, beszélni még nem kezd. Könnyebb kanyarón esett át; ezenkivül komolyabb beteg nem volt.

Mostani betegsége oly észrevétlenül kezdődött, hogy kezdetét anyja nem is tudja pontosan megjelölni. Már hónapok óta bágyadt, kedvetlen, időnkint étvágytalan, hányogat, székei hol jók, hol rosszak, időnkint lázasnak is érezték. Mind e jelek az utóbbi hetekben mindinkább kifejezettebbé váltak: étvágya annyira romlott, hogy anyatejen kivül mást már nem is fogyasztott el, de az utóbbi hónapokban ebből is nagyon keveset vett magához s többnyire azt is kihányta; bágyadtsága fokozódott, csaknem az egész napot ágyban töltötte, szemlátomást fogyott. Sápadtsága az utóbbi hetekben fokozódott.

Jelen állapota: A kp. fejlett, gyermek hossza: 75 cm, súlya: 8.300 g. A turgor, tonus nagy mértékben csökkent. Bőre feltünően sápadt, viaszsárga. Szemei beesettek, mélyen aláárkoltak. A táji mirigyek valamivel nagyobbak. Nyelve közepe bevont, széle élénk vörös, kiemelkedő papillákkal. *Csontrendszere*: ép; rachitis jelei hiányoznak. Nagykutacs: 1½ h. ujjnyi. A *tüdő* felett eltérés nem észlelhető. A *szív:* rendes szívhatárok, a pulmonalison halk systoles zörej. *Hasa:* kissé puffadt, tonusa csökkent; mogyorónyi köldökséry; lépe

és mája éppen tapintható. *Idegrendszer:* kp. élénkségű bőr- és inreflexek, kornak megfelelő szellemi functiók; nyűgös, sokat sír, többnyire kedvetlenül fekszik ágyában, tápszeres üveget makacsul ellőki magától.

Hőmérséke 37.6 C°. *Vizelete:* alb.: ∅, pus.: ∅, bilirubin: ∅, urobilin: ∅, urobilinogen: +. *Pirquet:* ∅. *Wassermann:* ∅. (Anyjáé is.) *Vérkép:* vvs: 1.380.000, hgb: 43%. *Festék index:* 1.65. *Reticulocyta:* (Wolfner szerint) 2‰, fvs: 5.300, *thrombocyta:* 57.960, (Fonio sz.) *Qualitativ vérkép:* j: ∅, st: 1%, se: 19%, eo: 5, baso: ∅, ly: 75%, mo: ∅, plasma s: ∅, magvas vvs: 1—1 orthochrom megaloblast (100 fvs-re számítva). Nagyfokú anisocytosis, poikilocytosis, mérs. polychromasia, a vvs-nek túlnyomó része *ovalis macrocyta.* A minőségi vérképben néhány, a rendesnél nagyobb hypersegmentált neutrophyl leukocytán és mérs. toxikus granulation kivül más kóros eltérés nem érezhető.

Vvs. resistentia: 0.50—0.45 (szabályos érték: 0.45—0.32) Vérsérum: kissé barnás árnyalatú. *Serum bilirubin:* direct: ∅, indirect: +, 1.01 mgr% (szabályos érték: 0.50—0.80 mgr%).

Vér-fehérje fractiók: (Rusznyák szerint.)

Összes fehérje:	6.08 mg%.
Albumin =	4.5 „
Globulin =	1.34 „
Fibrinogen =	0.24 „

Gyomorváladék: szabad HCL: ∅. Összes aciditas: 6.

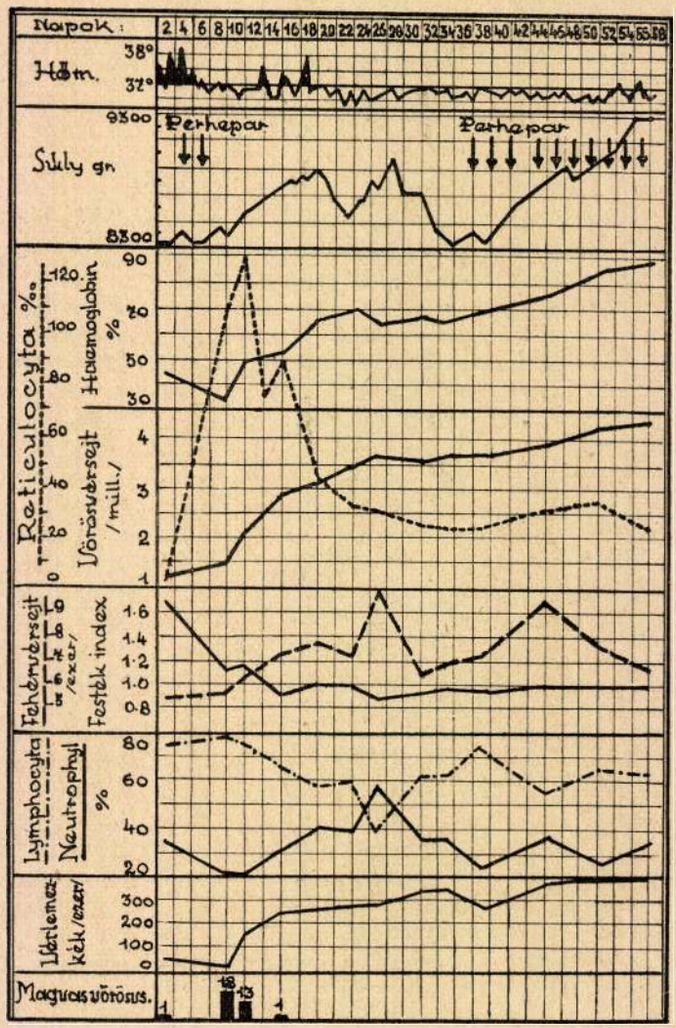
Csontvelő-punctio: (A sipcsonton végezve.) Embrionalis vérképzésre jellegzetes kép: számos megaloblast és éretlen erythroblastok; promyelocyták és éretlen myelocyták tulsúlyban.

Esetünkben tehát lappangva kezdődő, súlyos anaemiával állunk szemben, mely klinikai és haematologiai lelete alapján feltünően hasonlít a felnőttek vészes vérszegénységéhez. A gyermeken észlelt viasz-sárga bőr, Hunter glossitisre emlékeztető nyelv, az achylia gastrica, az urobilinuria, a lázas állapot (dysergia?), a psychés zavarok, nem kevésbbé a typusos vértani elváltozások: a hyporegenerativ vérkép, ovalis macrocytosis, megaloblastok a csontvelő kenetben, továbbá a hyperbilirubinaemia, mind olyan jelek, melyeknek a perniciosa tünetcsoportban kórjelző jelentőségük van.

Tekintettel a betegség anaemia-perniciosa-jellegére, májat alkalmaztunk. Gyorsabb és tökéletesebb hatás elérése végett a májat parenteralisan adtuk. A májhatás eredményességének kisérleti megitélhetése céljából ezuttal nem alkalmaztunk vérátömlesztést, amit egyébként hasonlóképen súlyos, de hypochrom anaemiák eseteiben sohasem szoktunk elmulasztani. Kezdetben — 1 napi szünet közbeiktatásával — egymásután 2—2 ccm, összesen tehát 4 ccm májkivonatot (Richter-f. Perhepart) adtunk izomba és figyelemmel kisértük, vajjon bekövetkezik-e egyáltalán a várt májhatás és ha eredményes a májlökés, vajjon meddig tart hatása. Pár nap mulva erélyes regeneratio indult meg a csontvelő részéről: reticulocyta-krizis (130‰ reticulocyta) és a magvas vörösvérsejteknek a keringő vérben való hirtelen megszaporodása (18 erythroblast 100 feh. vs-re) jelezték a kivánt májhatást. (L. a haemogrammot.)

Már a vérleletben bekövetkezett változás előtt a gyermek általános állapotában feltünő javulás állott be. Az azelőtt étvágytalan gyermek a májkivonat beadását követő *néhány órán belül* táplálékát már elfogadta és a további napokon fokozódó étvágyat mutatott; émelygése, hányása teljesen megszünt, jóval élénkebb, kedélyesebb lett. A gyermek izomereje is gyorsan visszatért: azelőtt petyhüdt izomzattal apathiásan feküdt, az injectiók után pár napra már magától felült, majd csakhamar lábra is állt. Arcáról eltüntek a fáradt vonások, szemeinek beesettsége és aláárkoltsága gyorsan megszünt. A fokozott táplálékfelvétel következtében súlygörbéje is gyors emelkedésnek indult. Annyira feltünő volt általános állapotának hirtelen javulása, hogy annak egyes szakaszairól a gyermek gondozónői többször csodálkozással tettek jelentést. Valóban magunknak is az volt az érzésünk, hogy a májkivonattal hosszabb idő óta nélkülözött, gyors hatású anyagokat juttattunk a szervezetbe, amelyek gyors anyagcserehatását talán leginkább az insulinnak hasonlóképpen meglepő anticomatosus hatásával tudnók összehasonlítani.

Az általános állapotnak e gyors javulását nyomon követte a vérlelet fokozatos javulása. Már a kezelés kezdetén befecskendezett aránylag kis mennyiségű (4 ccm) májkivonat hatására a 7. nap körül észlelt reticulocytakrisis-ből, valamint a magvas vörös vérsejtek megszaporodásából is a májtherápia eredményességére következtethettünk. A mellékelt ábrán láthatjuk, hogy a vörös vérsejt- és haemoglobin-értékek csaknem párhuzamosan haladva, aránylag gyorsan és egyenletesen emelkedtek az ép élettani értékek felé, a magas festék-mutató pedig néhány nap alatt már a rendes 1 körüli értékre süllyedt. De nemcsak a vörösvérsejtek, hanem a fehérvérsejtek és vérlemezkék száma is gyorsan és egyenletesen megszaporodott. A 3. hét táján azonban, — amikor már a májkivonat hatása feltehetően megszünt —, a gyermek általános állapotában újból rosszabbodás állott be: étvágytalan, bágyadt, nyűgös lett, súlygörbéje lefelé fordult s egyben a vérstatus további javulása is megakadt.



A továbbiakban újból adtunk Richter-féle perhepar-t izomba, most már 2. naponként 2–2 ccm-t összesen (20 napon át) 20 ccm-t. Erre a huzamosabb kezelésre most már mind az általános állapot, mind a vérlelet gyors és végleges javulása következett be, úgy hogy 1938 május hó 24-én, gyógyultan bocsátottuk haza a gyermeket. Otthonra 3x1 tabl. fercupar-t, sósav-pepsint

(3%), tejszegény, vitamindus, vegyes kosztot és bőséges levegőztetést írtunk elő.

A gyermek kibocsátása után még 2 izben került vissza klinikánkra hasonlóképen súlyos klinikai- és haematologiai lelettel. A visszaesést valószínüleg elősegítette az a körülmény, hogy az anya — saját bevallása szerint — csak rövid ideig tartotta meg a klinika rendelését. Legutóbbi klinikai felvétele alkalmával (1939. IX. 30.) súlyos gastrointestinalis tünetek (étvágytalanság, hányás, dyspepsia), exsiccatio és acidosisra utaló jelenségek egészítették ki a már ismertetett kórképet. Mindkét alkalommal, pár hétig tartó parenteralis májkezelés után látszólag teljesen gyógyultan hagyta el a gyermek klinikánkat.

Az imént vázolt kép, valamint gyógyeredményünk alapján a felnőttek vészes vérszegénységéhez hasonló gyermekkori rosszindulatú anaemiára gondolhattunk. Ebben a feltevésünkben csak megerősített bennünket a májkezelés gyors és eredményes volta.

Lássuk már most, hogyan áll a perniciosa kérdése a gyermekkorban.

Régebbi tankönyvek és irodalmi adatok szerint a Biermer-féle anaemia perniciosa a gyermekkorban feltünő rítka. Ezt a megállapítást a legtöbben azzal magyarázzák, hogy a kryptogeneticus perniciosa előfordulása bizonyos kori dispositióhoz van kötve. Erre utal az a tapasztalat is, hogy míg a bélférgek (botriocephalus) felnőtteken (legalább is külföldön), aránylag gyakran okoznak perniciosát, addig gyermekkorban csak nagy rítkán idéznek elő hasonló megbetegedést. A gyermekgyógyászati irodalomban többen közöltek perniciosa-eseteket. Azonban a későbbi kritika ezeknek nagyobb részéről megállapította, hogy nem voltak valódi perniciosák, hanem csak perniciosa-szerű anaemiák. A régebbi irodalomban közölt esetek közül csupán kettő tekinthető valódi perniciosának. Az egyik közlés *L. v. Scht*-től (15 éves fiúgyermek), a másik *Hotz*-tól (5 éves) származik. Az utóbbi 10 év alatt *Langmead*, and *Doniach*, *Chieffi*, *Madon* közöltek gyermekkori perniciosa-eseteket. Ezek közül *Langmead* esete (13 hónapos) feltünően hasonlít saját esetünkhöz. Camplonnal ő is gyógyulást ért el. A közölt irodalmi esetekben megfelelő kritikát gyakorolni elég nehéz. Különösen a régebbi közlések nélkülözik a pontos haematologiai vizsgálatot, a halállal végződő esetekben pedig többnyire hiányzik a bonclelet.

A perniciosa *diagnosisa* gyermekkorban nem könnyű. A nehézség egyik fő oka a gyermekkori vérképző rendszer különleges viselkedésében rejlik. Ismeretes, hogy minél fiatalabb a gyermek, annál inkább számolnunk kell a vérképző szervek érzékenységével és fokozott reactio-képességével. Már aránylag csekély ingerek, illetőleg anaemiát kiváltó okok is fiatal véralakelemeknek a keringő vérben való nagyfokú felszaporodásához vezethetnek és így nagyon tarka képeket nyujthatnak, ami a helyes diagnosist és a kórformák elkülönítését megnehezítheti. Éppen azért az *általános klinikai képre* szinte nagyobb súlyt kell helyeznünk, mint a vérleletre. A klinikai kép nagy fontosságára utal az a tény is, hogy a perniciosa klassikus külső klinikai leírása idősebb keletű, mint a haematologiai elváltozások ismerete.

A gyermekkori kryptogenetikus perniciosa kórismézését megnehezíti az is, hogy ma már nem egy olyan különböző okú anaemiát ismerünk a gyermekkorban, melyek klinikai és haematologiai vonatkozásban a perniciosa képében nyilvánulhatnak meg.

Czerny és *Kleinschmidt* mutattak rá először, hogy egyes *alimentaris* anaemiák, főleg azok , amelyek a Jaksch-Hayem-typus klinikai képét mutatják, a perniciosához nagyon hasonlíthatnak. Ezeket az eseteket azelőtt gyermekkori perniciosának, vagy ahhoz nagyon hasonló anaemiának tartották (anaemia pseudo-perniciosa infantum). Máskor viszont a leukaemiához való nagy hasonlósága miatt a leukaemiás betegségek közé sorolták (leukanaemia).

Kecsketejjel történő egyoldalú táplálás csecsemőknél különösen súlyos perniciosa-szerű anaemiához vezethet, mely igen gyakran a legsúlyosabb Jaksch—Hayem tünetcsoportban jelentkezik. Az anaemia mindig *hyperchrom*, emésztési zavarok, glossitis szerepelnek a klinikai tünetek között. Ma már tudjuk, hogy a kecsketejanaemia hiány — betegség, (a kecsketejből ugyanis hiányzik az anti-anaemiás alkatrész) és májkezelésre, főleg vassal együtt, gyógyul.

Hogy gyermekeken tisztán *constitutionalis* alapon is kifejlődhetik a valódi perniciosához hasonló súlyos anaemia, arra évekkel ezelőtt *Fanconi* hivta fel a figyelmet. Egy család 3 gyermekén, akiken különböző alkati anomáliákat (microcephalia, strabismus, hypoplasia testiculorum, erős bőrpigmentatio) lehetett kimutatni, egyidőben súlyos perniciosus anaemiát észlelt. Eseteiben typusos vérkép mellett hiányoztak a fokozott haemolysis jelei, ezért nem tartotta azokat valódi perniciosának.

Ismeretes továbbá az is, hogy a *Herter-Heubner f. intestinalis infantilismus*, vagy *coeliakia* esetén, melyet az utóbbi évek vizsgálatai alapján a felnőttek „*Sprue*"-jével rokon bajnak kell tartanunk, elég rítkán bár, de előfordulhatnak perniciosához hasonló súlyos anaemiák. 2 évvel ezelőtt klinikánkon volt alkalmunk egy ilyen esetet megfigyelni. Parenteralis májra a gyermek súlyos hyperchrom anaemiája aránylag gyorsan megjavult; később a gyermek közbejött szövődmény (prostata tályog) következtében, sepsisben meghalt. Herter—Heubner-féle infantilismusban valószinüleg a rendes erythropoesishez nélkülözhetetlen B-vitamin-complexum resorptiós zavara az oka a hyperchrom anaemiának.

Ha még megemlítjük, hogy súlyos heveny és idült *fertőzések* (sepsis, lues, tbc.) egyes esetei a vérképzésnek embrionalis jellegű visszaesése által igen tarka vérképeket okozhatnak, akkor előttünk állanak mindazok a nehézségek, amelyekkel a valódi perniciosa kórismézésekor számolnunk kell.

Esetünkben, egyrészt az előzményi adatok, másrészt a klinikai kép alapján, mindezen lehetőségek nagy valószinüséggel kizárhatók. Ami az alkat szerepét illeti, az a mi esetünkben is szóba jöhet. Ma már a legtöbb szerző hangoztatja, hogy ismeretlen okú anaemiáknak, — így a valódi perniciosának-kifejlődésében is, nagy szerepet játszanak az endogen tényezők.

Mindenesetre az a tény, hogy a valódi pernisiosa gyermeken, csak elvétve fordul elő, megokolja, hogy a végleges diagnosis felállításában óvatosak legyünk. Bár a klinikai- és vér lelet, valamint a májjal elért gyors javulás alapján esetünkben joggal gondolhatunk valódi perniciosára, mégis mindaddig, amig betegünk további sorsának alakulását nem ismerjük, meg kell elégednünk azzal, hogy esetünket egyelőre az *ismeretlen aethiologiáju „perniciosa typusu"* anaemiák csoportjába soroljuk.

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

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

A csigolyaközti porckorong vízszintes irányú helyzetváltozásáról.

Irta: *Marx József dr.*, egyetemi tanársegéd.

A kereszttájéki lumbagó-, illetve ischiasszerű, minden kezeléssel ellenkező, befolyásolhatatlan fájdalmakról panaszkodó beteg valamennyiünk előtt jól ismeretes. Bizonyos, hogy nagyon sok kielégületlen percet szerzett már sokunknak az ilyen beteg folytonos panaszkodása, minden ajánlott kezelési eljárást „már megpróbáltam, de semmit sem használt" megjegyzéssel kisért, lemondó kézlegyintéssel elintézése, de talán legfőképpen az kedvetleníthet el az orvost, hogy — valljuk meg őszintén, — sokszor magunk sem tudjuk megmagyarázni ezeknek az itt-ott javuló, nemsokára azonban megint esetleg a tűrhetetlenségig fokozódó, ezáltal a beteget munkaképességében erősen gátló fájdalmaknak valódi okát.

Gyakorlati szempontból külön kell választanunk azokat az eseteket, amelyeknél akár a kórjelzés, akár pedig a gyógyítás körül nem történt meg mindaz, aminek az ilyen makacs, sokszor a beteg életkedvét is elvevő bántalomnak lehető kiküszöbölése miatt meg kell történnie.

Minthogy ez most nem célunk, azért nem bocsátkozunk annak részletes taglalásába, milyen vizsgálati eljárásokat lehet és kellene is mindig igénybevenni, kétes esetben a kórjelzés tisztázására, csupán arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a gyakorlatban leginkább azt látni, hogy a legtöbb mulasztás még mindig a röntgen körül történik. A jó felvételt és a felvételt „olvasni" tudó gyakorlott röntgenologus igen értékes és sokszor nagyon meglepő felvilágosításokkal tud szolgálni.

A medencének jóindulatú, de elmeszesedett, esetleg eleve porcos, vagy meszes daganatai, a sacralisatio, vagy pedig lumbalisatio, a spondylosis deformansra jellegzetes csőr- vagy madárkaromszerű osteophyta-képződés, a spondylolisthesis, a spina bifida occulta, calcinosis intervertebralis, spondylarthritis ankylopoëtica, stb. mind olyan, röntgennel megállapítható, a makacs fájdalmakat, ha nem is bizonyosan, de legalább is nagy valószínűséggel kiváltó és fenntartó elváltozások, melyek a kezelőorvost — az így nyert pontosabb kórjelzés alapján — határozottabb irányú gyógykezelésre sarkalják; az ilyen módon röntgennel észrevett, a medence gazdag idegfonataira nyomást gyakorolt, ennekfolytán a legkülönbözőbb sensatiókat kiváltott jóindulatú daganat műtéti eltávolítása az ok kiküszöbölésével egycsapásra megszüntetheti az addig makacsul tartó panaszokat.

Kétségtelen azonban, hogy az eddig ismeretes bonctani elváltozásokban okukat bíró betegségi állapotokon kívül nagy számmal találkozunk olyan betegekkel, akik panaszainak okát minden elképzelhető vizsgálati eljárással igyekeztek már tisztázni, akik azonban sajnos minden irányban negativ lelettel, mint „neurastheniások" vándorolnak egyik orvostól a másikig és végigpróbálják az összes „rheuma"-fürdőket anélkül azonban, hogy bajukra enyhülést vagy gyógyulást találnának.

Az utolsó évek vizsgálatai, az erre az állapotra fokozottan irányított figyelem remélni engedi, hogy sok, eddig rejtélyesnek tetsző esetre pontos vizsgálással nemcsak magyarázatot tudunk nyerni, de alkalmas esetben a beteget esetleg gyógyuláshoz is tudjuk segíteni.

Schmorl vizsgálatai alapján *Bakay* prof. már évek óta rendszeresen felhívja előadásaiban és a továbbképző-tanfolyamokon tartott fejtegetéseiben a figyelmet egy eddig jelentőségében és kihatásaiban nagyon kevéssé méltatott kóros elváltozásra: a csigolyaközti korongok, pontosabban azok centralis magva, a nucleus pulposusnak a csigolya szivacsos állományába történő be-, illetve a gerinccsatornába történő előtüremkedésére, az ú. n. „porcherniára".

Itt meg kell jegyeznünk, hogy *Schmorl* értelmében „porcsérv" alatt a csigolyaközti porckorong centralis része helyzetváltozásának két, egymásra derékszögű vetületben érzékeltethető, különböző vállfaját ismerjük. Az egyik féleség úgy keletkezik, hogy a csigolytest zárólemezén, körülírt helyen, valamilyen okból (sérülés, betegség), csökken az ellenállás, aminek következménye, hogy a csigolyaközti porckorong központi kocsonyás magva nagy expansivitásánál fogva *verticalis* irányban benyomul a csigolyatest szivacsos állományába. A 10.000 gerincet felfürészelt *Schmorl* szerint kisebb ilyenfajta „porccsomók" jelentőségénélküliek, mert úgyszólván minden emberben feltalálhatók. Ha azonban nagyobb területen, mélyebben, vagy egyszerre több helyen történik a porc benyomulása a csigolyatestbe, úgy a csigolyatestek egymásra hatását kiegyensúlyozó „rugózás" veszítvén erejéből, a csigolyák ütközhetnek egymással, mely körülmény a mechanikai, statikai viszonyok megváltozásával *Schmorl* szerint a kyphosis dorsalis adolescentium, *Lindemann* szerint más esetben pedig ugyanilyen módon a kyphosis lumbalis adolescentium képét idézheti elő.

A csigolyaközti porckorong, illetve a nucleus pulposus *horizontalis* irányú helyzetváltozásáról, a gerinccsatorna felé irányuló ú. n. retropulsióról, ennek okáról következményeiről már sokkal kevesebbet tudunk.

Az Egyesült Államok a maga óriási méreteivel, egy államkeretbe tartozó nagy lakosságszámával és talán legelsősorban az ottani sajátos viszonyokkal magyarázható, bizonyos értelemben vett egészségügyi centralisatiójával *(Rochester)* már más vonatkozásban is (agysebészet) hasonlíthatatlanul jó kórjelző és gyógyító eredményekkel hívta magára a világ figyelmét.

A csigolyaközti porckorongok vízszintesirányú, a gerinccsatorna felé történő helyzetváltozásával kapcsolatos tünetekkel, az ezáltal kiváltott panaszokkal és a követendő therapiával az újvilág irodalma az utolsó években olyan behatóan foglalkozott, hogy ezt az állapotot odaát már minden vonatkozásban szabályosan körülírt klinikai és pathologiai egységes fogalomnak tartják.

A *St. Louis*-i orvostársaság tavalyi (1939.) gyülésén széles discussio keretén belül *J. Grafton Love* amerikai méretekhez viszonyítva is meglehetősen nagy számról, több, mint 300 operált kitüremkedett csigolyaközti porckorongról számol be. A 300 eset közül 15-ben a nyaki és háti csigolyák közti porckorongokon is észlelhető volt az előtüremkedés, 16%-ban azonban a III., IV. és V. ágyékcsigolya-közti térről volt szó. Az összes esetek 84%-a pedig a IV. és V. ágyékcsigolya közti korong helyzetváltozását mutatta. Az ilyen módon észlelt nagyszámú eset egy helyben kivizsgálása folytán a kórképnek pontos tünettanát tudták összeállítani.

Jellemző az ilyen betegen az ágyéki gerincoszlop normalis előrehajlásának eltünése, az ágyéki izomzatnak bizonyosfokú görcsös összehúzódása; *Kernig, Lasegue* positiv szokott lenni; a nervus ischiadicus lefutásában majdnem végig érzékeny; igen jellegzetes a homolateralis Achilles-reflex gyengülése, vagy pedig teljes hiánya; a liquor összfehérje-mennyisége kissé megszaporodott; ha az előbbiek mellett röntgennel még a IV. és V. intervertebralis tér beszűkülését is megállapíthatjuk,

akkor nagy valószínűséggel vehető fel a csigolyaközti porckorong kitüremkedése.

Bradford és *Spurling* neurologiai szempontból foglalkoztak a kórképpel behatóan. Szerintük is az V. ágyéki ideg bántalmazottságát az esetek többségében a IV. és V. ágyéki csigolyaközti korong előretüremkedésével kapcsolatosan lehet megállapítani. Magától értetődik, hogy téves diagnosisok elkerülésére pontosan kivizsgálandó a beteg, nem-e a végbél, a kismedence szűkítő betegségei, esetleg magának az idegnek daganatképződése okozza-e a panaszokat.

A tünetek legtöbbször lassan, hónapok alatt fejlődnek ki; az ágyéki vagy keresztcsonti tájékot ért traumáról úgyszólván sohasem tesznek említést a betegek; főpanaszuk az ágyéki tájék majdnem állandó, köhögésre, tüsszentésre, de legfőképen előrehajlásra és guggolásra hirtelen erősbbödő fájdalmassága; a fájdalmassági pontok különösen kifejezettek a glutealis tájékon, a comb hajlítói oldalán, a térdárok, a lábszár és ugróizület külső felszinén; a pontos ideggyógyászati vizsgálat néha e helyeken paraesthesiákat, illetve hypalgesiát tud kimutatni; máskor a IV. és V. ágyéki csigolya felett találunk kifejezett nyomási érzékenységet.

Kétes esetekben a diagnosis biztosítására ajánlatos levegőt, vagy árnyékot adó olajat (lipiodol) befecskendezni a lumbalis csatornába, amely eljárások legtöbbször a rendellenesség pontos localisatióját teszik lehetővé. Minthogy a jódos olaj térszűkítő intraspinalis elváltozásnál a subarachnoidealis szövet compressiója által a már fennállott panaszokat még csak felfokozza, tartsuk szabálynak először mindig levegő befecskendezésével tisztázni a kórképet és csak ha ez nem bizonyulna elegendőnek, akkor fecskendezzük be az olajat, mégpedig mindig csak a műtét napján, közvetlenül a tervezett beavatkozás előtt.

A porc előtüremkedése különösképen akkor lesz szembetünő, ha előzetes lipiodol-befecskendezés után a *maximalisan előrehajlott* gerincoszlopról készíttetünk felvételt. Ilyenkor az elváltozás helyén árnyékkiesést, felette és alatta pedig sötétebb, sűrűbb olajfelhalmozódást látunk.

A kitüremkedett darab eltávolítását csak a gerincagyi sebészetben jártas műtő végezheti laminektomia útján. A cauda equinát természetesen a legkörültekintőbb gonddal kell kezelni és ha valahol, úgy itt elsősorban betartandó szabály a leggondosabb vérzéscsillapítás, mert a műtét után esetlegesen képződött vérömleny a maga nyomásával és későbbi szervülésével törekvésünk minden eredményét meghiusíthatja. Sokszor elégséges az intervertebralis korong előtüremkedett darabjának resectiója céljából a partialis laminektomia: a kóros hely feletti és alatti laminák végeinek eltávolítása; az izületeket mindig meg kell tartanunk; műtétkor majdnem mindig jellemzően megvastagodottnak látszanak a kóros csigolyákhoz tartozó sárga szalagok (ligamenta flava); a hypertrophizált ligamentum flavum resectiója nagyon jó betekintést nyújt és könnyen lehetővé teszi az előesett és ezzel a gerinccsatornából kilépő idegekre nyomást gyakorolt, tűrhetetlen panaszokat okozott porcdarab eltávolítását. A rochesteri klinika eseteiben az ilyen okból eltávolított, előesett darabok nucleus pulposusnak bizonyultak.

Úgy véljük nincs okunk kételkedni az előbb vázoltak alapján abban, hogy ott, ahol sok idevágó esetet volt alkalmuk rendszeresen kivizsgálni és kórjelezni, onnan megkaptuk a betegség egész tünettanának pontos leírását is; a beteget és orvost egyaránt elsősorban érdeklő más kérdés azonban, vajjon a beteget panaszaitól tényleg véglegesen és biztosan megszabadítja-e a műtét, illetve, hogy csak ilyen, kétségtelenül nem csekély kockázattal járó eljárással érhető-e el a gyógyulás.

Hogy e kérdést illetőleg határozottan jogosult tartózkodóbb álláspontra helyezkedni, már abból is kitünik, hogy *Grafton Love*-nak a St. Louis-i orvosegyesületben 300 operált porcherniás betegről tartott előadásához hozzászólva közel félszáz, elsőrendű intézetben operált olyan betegre hivták fel a figyelmet, akik néhány héttel, vagy hónappal a porcdarab eltávolítása után a legkülönbözőbb, a műtét előtti állapotnál lényegesen súlyosabb állapotban kerültek vissza az orvoshoz. Az amerikaiaknak az előbbiekben ismertetett, főképpen és mondjuk azt, hogy talán csak műtéti lelettel alátámasztott, a józan bíráló szemében azonban első pillanatra is már nem eléggé indokolt optimismusra valló felfogása heves ellenzőkre talált *Sidney Pappworth* angol orthopaedben (Brit. Med. Journ. 1939. nov. 25.), aki éppen úgy, mint *Bakay* prof. nyomatékosan figyelmeztet arra, hogy a nucleus pulposus retropulsiója nem ismeretlen új fogalom, mert hiszen *Schmorl* iskolája az összes vizsgált gerincoszlopok 15.2%-ában tudta kimutatni. *Pappworth* szerint tehát elsősorban az volna bizonyítandó, hogy a csigolyaközti porckorong ki-, illetve hátratüremkedése nem véletlen lelet, hanem ténylegesen oka a kellemetlenségeknek. Feltünő szerinte továbbá az is, hogy az amerikaiak kórtörténeteiben legtöbbször 40 éven felüli beteg szerepel; ebben a korban pedig ritkaság a teljesen ép csigolyaközti porckorong; sőt *Pappworth* azt is vitatja, hogy az amerikaiak által leírt tünetcsoport tényleg csak erre az elváltozásra volna jellegzetes, mert a cauda equina legkülönbözőbb eredetű bántalmazottsága szerinte ugyanilyen panaszokat vált ki. Ha ehhez még hozzávesszük a laminektomia nem teljesen veszélytelen voltát, hogy a műtéten keresztülment betegek közül nemcsak sokan nem lettek panaszmentesek, de akárhány panasza még fokozódott is és főképpen *Schmorl* és *Ribbert* azt az érdekes megállapítását vesszük figyelembe, hogy az előesett korongok bizonyos idő múlva hegesen összezsugorodnak, úgy már nem szabad olyan határozottan, minden esetben rögtöni műtéti megoldást ajánlanunk.

Szép és érdekes feladatát kell hogy képezze minden intézetnek erre a socialis vonatkozásban és balesetorvosi szempontból is egyaránt nagyon fontos, egyelőre még sok tekintetben homályos kérdéscomplexumra feleletet adni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Nyirokszövet előfordulása a szemgolyóban.

Irta: *Erőss Sándor dr.*

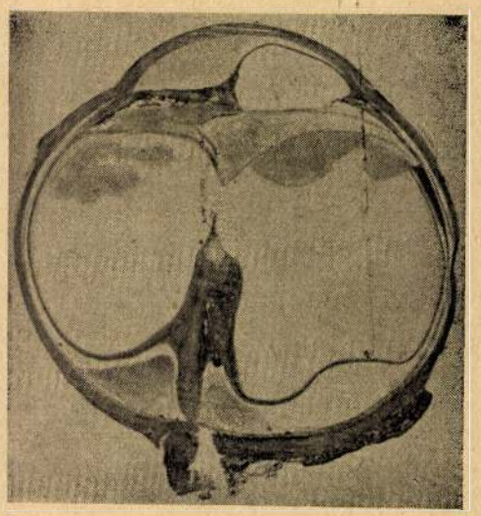
Nyirokszövet előfordulása a szemészeti szövettanban nem ritkaság. Ismeretes, hogy lymphocytahalmazok már az első életévtől kezdve előfordulhatnak a kötőhártyában, könnymirigyben és a könnytömlő falában. Ezek a halmazok csíracentrumokat is tartalmazhatnak, tehát valóságos folliculusokat alkothatnak. Kóros körülmények között, főképen idült gyulladásokban a nyirokszövet felszaporodása igen nagyfokú lehet. Egészen kivételes azonban, hogy *a szemgolyón belül* csíracentrumokat tartalmazó nyirokhalmazok legyenek. Ha nem számítjuk azokat az eseteket, amikor kisérletesen idézték elő az elváltozást *(Meller, Szily)*, vagy a perforált szaruhártyán keresztül jutott be a gyulladásos szövet a szemgolyóba *(Passauer)* mindössze 3 esetet

találtunk a rendelkezésünkre álló irodalomban. *Uhthoff* esetében a nyirokszövet a subconjunctivában és a sklerában volt, a szemgolyón belül, az uveában tulajdonképen eddig csak 2 esetben észleltek folliculusokat, mégpedig *Ginsberg* és *Albrich*. *Ginsberg* esetében a szaruhártyán heg volt, amelynek eredete ismeretlen, de valószínűtlen, hogy ezen a sérülésen keresztül jutott nyirokszövet a bulbusba, bizonyára lueses sarjszövettel függ össze. *Albrich* ugyancsak lueses egyénben észlelte folliculusok jelentkezését sugártestsarkoma esetében. Azonban a sarkoma mellett gyulladást is észlelt, amelyről nem lehetett bizonyossággal megállapítani, hogy lueses eredetű.

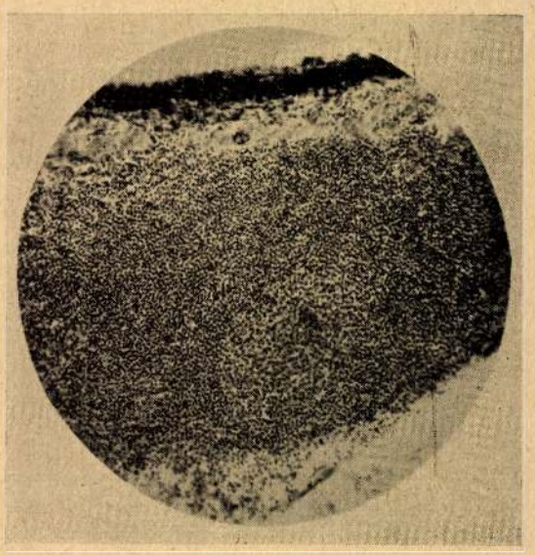
Alábbi esetünket nemcsak azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert mint láttuk igen ritkán előforduló szövettani leletről van szó, hanem azért is, mert esetünkben kétségtelenül a jelenlévő chronikus gyulladással függ össze a folliculusok jelentkezése, tekintve, hogy sem perforatio, sem műtét a bulbuson nem történt és a gyulladáson kívül más elváltozás, daganat, stb. nincs.

Sz. É. 7 éves leány. 1939. okt. 5-én vettük fel a klinikára. Atyja elmondja, hogy a gyermeknek gümőkórja van, és 1938 dec.-ben genyes mandulagyulladása volt. Családjában állítólag több gümős egyén nincs (atyja orvos) 1 év óta állandó gyulladás van jobb szemén. Atropinnal, borogatással és röntgenbesugárzással kezelték. Gyermekgyógyászati kezelés alatt áll. Jobb szem állandóan romlik. Felvételkor látásélesség: j. sz. f. é. nincs b. sz. 5/5. J. sz. fénykerülés, könnyezés, ciliaris injectio. A szaruhártya csillogó, hátsó felszínén sok praecipitatum. A csarnok mélyebb, egyenetlen, vize zavaros. A szivárványhártya rajzolata elmosódott, szennyes-szürke. A pupilla egyenetlenül szűk, területében izzadmányhártya. Hátsó lenövések. Mélyebb részek nem láthatók. A szem hypotoniás. B. sz. ép. Diagnosis: *Uveitis chronica o. d.* 1939. okt. 10. Enucleatio bbi. d. narkosisban.

Kórszövettani vizsgálat: a szemteke keresztmetszetén a szaruhártya épnek látszik, (1. ábra.) a csarnok egyenetlen, egyik felében mély, másikban igen sekély, itt az iris csaknem nekifekszik a szaruhártyának félköralakú domborulatot alkotva, pupillaris széle pedig izzadmányszövetben folytatódik, amelybe tulajdonképen beleolvad az iris másik fele, úgy hogy az occlusiós hártya és iris határa nem is állapítható meg. Az előmborodott irisrész elvékonyodott, míg másik fele, amely eredeti síkjában fekszik, megvastagodott. A pupilla területében látható izzadmányszövet világosabbra festődik, míg az iris szövete igen sejtdúsnak látszik és körülírt beszűrődések gócok is megkülönböztethetők benne. A lencse nem látható. Az iris mögött világosan festődő, enyhén rostos szerkezetű izzadmányszövet. A látóhártya hátsó felében, a látóidegfő körül levált és előrenyúlik az üvegtestbe és kötőszövetbe folytatódva összefügg az iris mögött helyet foglaló heges szövettel. Mikroskopi vizsgálatkor kiderül, hogy a szaruhártya szabályos szerkezetű. A subconjunctivalis és skleralis erek tágak, vérrel teltek körülöttük gömb és plasmasejtes beszűrődés, hasonlóképen a Schlemm-csatorna környékén is. A csarnok egyenetlen mélységű, egyes metszetekben elülső peripheriás letapadás, másutt szabad a csarnokzug. A szaruhártya hátsó felszínén felrakódás, amely helyenkint praecipitatumokká csoportosul. Ezek helyenként plasmasejtekből állanak, a legtöbb helyen azonban a sejtek elhalóban vannak. Egyébként a csarnokvíz élénken festődik és elhalóban lévő sejteket is tartalmaz. Az irisnek fent leírt elvékonyodott fele igen tömött, sejtdús. Elülső felszínén sejtes izzadmány, helyenként a sejtek praecipitatumszerű csoportokat alkotnak. A sejtek legnagyobb tömege plasmasejt. A stroma egészében beszűrődött, a sphincter csak helyenként ismerhető fel, a beszűrődés plasmasejtekből, lymphocytákból áll főképen, igen nagy számú pigmentsejt; a beszűrődés miatt ezek alig látszanak. A hátsó pigmentlap végig fellelhető, de a pigmenthámsejtek helyekint alig, másutt igen sok pigmentet tartalmaznak. Ahol az iris átmegy a pupilla területében lévő izzadmányszövetbe a stromában körülírt tömöttebb beszűrődéses góc látható. Tulajdonképen nagyobb lymphocytahalmazról van szó, amelynek közepén világosabb udvar van; ugyanis itt nagyobb, világosabb sejtek vannak: nagy lymphocyták és számos phagocyta, valamint a sejteken belül és kívül elszórtan törmelék, vagyis csiraközpont. Néhány sejtoszlás is látható. Egyes metszetekben a csiracentrum kissé excentrikusabban helyezkedik el. (2. ábra). A folliculus mellett közvetlenül egy szabálytalan sokszögű terület van, melynek közepe egynemű világos-vörös, szerkezet nélküli, széli részeiben magtörmelékek festődnek, peripheriáján pedig néhány epitheloidsejt és Langhans óriássejt. Egyébként az egész gócos plasmasejtek és lymphocyták szegélyezik. Ez a terület alkotja tulajdonképen az occlusiós hártyát és közvetlenül folytatódik az irisnek másik, eredeti síkjában elhelyezkedő részébe. Az irisnek ez a része eredeti vastagságának kétszeresére gyarapodott. Az egész szövete tulajdonképen sarjadzásos tömeg, amelyben csak a sphincter csíkja és a hátsó pigmentlap jelzi, hogy az iris szövetében keletkezett. A sarjszövet legnagyobb tömege plasmasejtekből áll, kevesebb lymphocytával, szabályos szerkezetű plasmasejtek mellett elég nagy számban láthatók kétmagvú sejtek, valamint hyalin-gömbök. A diffus, nagyjában egyenletesen sejtdús szövetben két tömöttebb góc alakul ki, egyik az iris gyökénél, másik a sphincter táján. (1. ábra.) Ezek ugyancsak lymphocytahalmazok, melyek itt is csirahalmazokat tartalmaznak. Az iris pigmentlapja burjánzott, helyenkint tömött pigmentsejtcsapokat, másutt cystaszerű képződményeket alkot. Az iris diffus beszűrődése a sugártest kezdeti szakára is ráterjed, de jóval kisebb mértékben, úgy hogy a pars plana táján beszűrődés már nincs. A sugárnyulványok helyenkint összenőttek és az iris felé kinyultak, összefüggenek az iris mögötti izzadmányhártyával. Az iris mögött a lencse maradványát is magában foglaló kötőszövetes tömeg van. Ez rostos szerkezetű, rostjai az iris síkjával párhuzamosan haladnak. A lencse megmaradt része egyik felében csak a tokból és hámból áll, másik felében néhány feloldódóban lévő, duzzadt lencserost is felismerhető. Az izzadmányhártyában néhány sejtmag is festődik. Ez a szervült, kötőszövetes izzadmány összefügg az ora serrata táján a retinával, valamint a le-



1. ábra.



2. ábra.

vált látóhártya üvegtestbe nyuló részével. Az érhártyában helyenkint néhány sejtből álló gocok, de beszűrődés, vagy heges góc sehol sem látható, erei tágak, teltek. A choriocapillaris ép. A lamina vitreán néhány verruca (*Drusen*). Az ideghártya fent említett látóidegkörüli része levált, belőle számos újan képződött ér húzódik előre a lencse irányába. Az erek párhuzamosak és elég sok kötőszövet veszi őket körül. Ez a kötőszövet előrefelé haladva összeolvad az iris mögött szervült izzadmánnyal. Ahhoz hasonlóan rostos szerkezetű és sejtes elemeket alig tartalmaz. Az ideghártya szerkezete megváltozott, bár eredeti rétegei a legtöbb helyen felismerhetők. A csapok és pálcikák rétege, valamint az idegducsejtek eltüntek, egyébként a magvas és rostos rétegek jól látszanak, csupán a nagyobb erek helyén változik meg a szerkezet, amennyiben az erek nem láthatók, helyükön gliasejtek ismerhetők fel. Ezenkívül egyes helyeken egynemű, resorcin-fuchsinnal élénken festődő, néhol pigmentet tartalmazó, concentrikus szerkezetű hyalinszerű tömegek rakódtak le a retina szövetébe.

A fenti leírásból kitünik, hogy iridocyclitisről, valamint annak következményeképen kialakult retinitis proliferansról van szó. Az iris activ és lezajlott gyulladás nyomait mutatja. A fennálló gyulladás sarjadzásos szövetet alkot, amely epitheloid sejteket, *Langhans* typusú óriássejteket, plasmasejteket és csiraközpontokat is tartalmazó lymphocytahalmazokat tartalmaz, ezenkívül elhalás mégpedig elsajtosodás is felismerhető. Activ gyulladás mellett szól a csarnokban lévő izzadmány és a cornea hátsó felszinén lévő praecipitatumok is. Mint látjuk specificus sarjszövetről: tuberculosisról van szó.

Az uvea gümőkórjának dült alakját három csoportba szokás osztani: 1. disseminált iritis és chorioiditis; 2. diffus gyulladás; 3. daganatszerű sarjadzásos alak. Ezek között azután számos átmeneti alak van. Ha esetünket beosztani igyekszünk, akkor a sarjadzásos csoportba kell sorolnunk, bár nem tisztán, mert helyenkint gócszerű a beszűrődés.

Ez az activ folyamat azonban régebben lezajlott gyulladás helyén alakult ki. Lezajlott gyulladás mellett szólnak az iris stromájában, valamint a pigmentlapon látható elváltozások, ezenkívül a szervült izzodmányhártya az iris mögött, továbbá az a körülmény, hogy a lencse lagnagyobb része felszívódott és helyén csak egy hártya maradt meg. Az ideghártyában, az erek helyén lévő gliahegek valószínűleg lezajlott periphlebitis nyomai. Periphlebitis kifejlődése iridocyclitis kapcsán, mint tudjuk nem ritka. Ilymódon könnyen érthető a retinitis proliferans is.

Kétségtelen, hogy a szövettani kép legérdekesebb része az irisben lévő csiraközpontokat tartalmazó lymphocytahalmazok. Mint tudjuk, a csiracentrumok jelentősége máig sincs eldöntve. Nevük arra utal, hogy állítólag itt keletkeznek a lymphocyták, másrészről tudjuk, hogy bennük phagocytosis és immunanyagképződés folyik. Az uveában lymphocytahalmazok elég gyakran előfordulnak, mégpedig tuberculosisban, főképen a disseminált alakban, lueses gyulladásban, valamint symptahiás ophthalmiában, stb., azonban csíraközpontok kifejlődése, mint tudjuk, kivételes. Ez is amellett szól, hogy a szemgolyóban létrejövő lymphocytahalmazok sejtjei nem csiracentrumokban keletkeznek. Ez teljesen megfelel annak a tapasztalatnak, hogy a szervezet egyéb helyein is először fordulnak elő lymphocytahalmazok és azután fejlődnek ki csiraközpontok, így van ez a lymphocytahalmazok telepén is. Valószínűbb, hogy esetünkben a csiracentrumok kifejlődése a szövetek allergiás állapotával van összefüggésben és a nagyfokú szövetszétesés miatt keletkeztek. Emellett szól a csiraközpontokban látható élénk phagocytosis.

Összefoglalás: Nyirokszövet megjelenését észleltük az iris szövetében idült gümókóros iridocyclitis kapcsán. Ilyen csiracentrumokat is tartalmazó folliculusok keletkezése a szemtekén belül csak kivételesen fordul elő, ezideig két esetben észlelték, egy ízben lueses iridocyclitis kiséretében és egy ízben minden valószínűség szerint lueses gyulladással együtt, amely egyébként sarkomás szemben fejlődött ki.

A csepeli Weiss Manfréd gyermekkórház és a Preisich dr. Szanatorium közleménye.

A tuberculosis fajlagos gyógykezelésének új módja.

Irta: *Preisich Kornél dr.*

A tuberculosis allergia lényegének tisztázása, (l.: O. H. 1940. 13.) —, mely szerint az allergiás jelenségeket az apotuberkulin okozza, ez létesíti a Koch-féle újrafertőzéses reactiót, ez szerepelt, mint antigen és indít meg ellenanyagtermelést — adta meg az alapját a tuberkulin gyógyeljárás új módjának. Állatkisérleteim, melyekből néhány példát ragadok ki az alábbi táblázatban, arról győztek meg, hogy az ellenanyagtermelés tuberculosisban csak olyan mérvű, mint amilyen fokú az antigen-hatás, ennek megszünésével szintén megszűnik.

1. táblázat.

Időpont 1938		Kezelt állat	Kezelés ideje és módja	Reactiv hőmérsék reggel	délben	este
I	11	fekete nyúl	kezelés nélkül	38·7	39·0	38·3
I	12		délben 0·1 g tcl. subc.	38·6	38·5	37·7
I	13		reggel 7-kor 0·1 g tcl i. v.	38·7	38·2	39·8
I	14		kezelés nélkül	38·0	38·4	38·6
I	24	szürke nyúl	kezelés nélkül	38·0	38·7	38·0
I	25		előző este 0·1 g tcl. subc.	38·7	38·2	38·7
I	26		előző este 0·1 g tcl. i. v.	39·0	39·3	39·7
I	27		további kezelés nélkül	38·4	39·3	38·2
I	28		további kezelés nélkül	38·6	38·0	38·8
I	31		reggel 0·1 g tcl. i. v.	38·6	38·8	38·8
II	1		további kezelés nélkül	38·4	38·8	38·6
Az öt nappal előbb adott tuberculin már nem tartott allergiát						
I	24	szürke nyúl	kezelés nélküi	37·7	38·2	38·3
I	25		előző este 0·1 g tcl. subc.	38·5	38·4	39·0
I	26		előző este 0·5 g tcl. subc.	38·6	38·3	39·3
I	27		kezeles nélkül	38·7	39·3	39·6
I	28		kezelés nélkül	37·7	37·5	38·7
I	31		déloen 0·2 g tcl. subc.	38·3	38·6	38·8
II	1		további kezelés nélkül	38·0	38·4	38·8
II	2		további kezelés nélkül	38·0	38·5	38·6
Az öt nappal előbb adott tuberculin már nem tartott allergiát						

Koch Róbert kezdeményezése óta mindenkor észlelték a tuberkulin kedvező gyógyhatását (*Turban* 1899, *Bandelier* 1903, *Petruschky* 1902), a tuberkulintherapa még sem tudott meghonosodni, amit azzal indokolnak, hogy túlságosan nagyfokú egyéni elbirálást igényel, másrészt könnyen okoz ártalmat, amennyiben olyan góci reactiót válthat ki, mely alkalmat adhat a folyamat generalizálódására. Fenti állatkisérleti eredményeim szerint nem az egyéni elbirálásnak elégtelen volta ké-

pezi az eddigi tuberkulin gyógyeljárás hibáját, hanem az, hogy a régi eljárás mellett, mely megszakításokkal adagolja a tuberkulint, a szervezet allergia iránt folyton érzékeny helyzetbe jut és így nem ad elég módot arra, hogy a szervezet tartósabb activ allergiás állapotba juthasson. Régen ismert tény, hogy ismételt tuberkulin-adagolással ilyen anergia elérhető, a therapiában már *Petruschky* (1902) ezt a célt igyekezett elérni. De a tuberkulinnak megszakításokkal történő adagolása nem ad módot arra, hogy használata mellett ártalmas góci reactio könnyen ne támadhasson.

1937 aug.-tól 1938 év végéig egy 6, egy 8 és egy 12 tengerimalacból álló csoporton végeztem tuberkulin-therapiás kisérleteket, miután ezen malacokat human tbc. tenyészettel fertőztem. (A tenyészetet és a tuberkulint a Pápay-intézettől kaptam). A tuberkulin gyógyoltásokat a legkülönbözőbb modon végeztem: bőralá, izomközé, hasürbe, lépbe és orrbacseppentve. Egy-egy oltáshoz 0.05—0.20 tuberkulint használtam el másod-harmadnaponként. Ezen állatokban igen hamar értem el anergiát, az activ anergiát az árulta el, hogy sokáig nem fogytak és közülük sok élte túl a controllállatokat; volt olyan, amelyik ½ évig, egy ¾ évig élt, az orrcseppekkel kezelt állatot egy év után öltem le. *Erős Gedeon dr.* megállapítása szerint ezen állatok szerveiben a gümők kérges-rostos átalakulás jeleit mutatták és a szervek gümőbacillusokat csak kis számban tartalmaztak. Ezen állatkisérleti vizsgálataim szerint megerősíthettem azt a tényt, hogy fokozott tuberkulin-bevitel activ anergiás állapothoz vezethet, de ez nem állandó, hanem csak addig tart, amig a szervezetet tuberkulin hatás alatt tartjuk. Hogy ha a tuberkulin-adagolást beszüntetjük, akkor már rövid idő múlva, ami csak napokat jelent, az allergiás érzékenység fokozott lehet, s az ilyen fokozott allergia adhat azután módot olyan fokú gócreactio keletkezésére, mely ártalmas következményekkel járhat.

A fajlagos tuberkulin-therapiában szükségesnek tartom tehát azt, hogy *a szervezetet állandóan tuberkulinhatás alatt tartsuk*, emelett a tuberkulin bevitt mennyiségét egyénenként fokozatosan emeljük. A tuberkulinhatás mindig a tuberculosus góc, illetve gócok körül a legintensivebb, ennélfogva itt számithatunk leginkább, illetve legkiadóbb módon apotuberkulin és antiapotuberkulin képződésre is. Éppen ezért az én gyógyeljárásom alatt, mely a beteg szervezetet állandó tuberkulinhatás alá helyezi, ártalmas gócreactio nem támad, akkor sem, amikor az oltás helyi reactiója jelentékeny és az ezt kisérő láz is magas. A therapiában mindenesetre igyekszem az ilyen erős helyi és magas lázas reactiókat elkerülni, ezért az én kezelési eljárásom sem mellőzheti a szigorú individualizálást, de ártalmas hatást eddigi tapasztalatom szerint nem vált ki.

Gyógyeljárásom a következő: a betegségnek pontos megállapítása Pirquet és Röntgen-lelet rögzítése után, a gyógykezelés tuberkulin-oldatnak orrbacseppentésével veszi kezdetét. Standardizált, tisztított tuberkulinból 10%-os oldatot alkalmazunk, kezdve napi egy cseppel, felemelkedünk napi 10 cseppig, ezután áttérünk a 20%-os oldatra; kezdjük 5 cseppen és emelkedünk napi 10 cseppik, emellett a kezelés teljes befejezéséig megmaradunk.

Ha a cseppek adagolása közben azt tapasztalnók, hogy a beteg azokat rosszul tűri, vagyis az orr nyálkahártyáján olyan elváltozás támadna, mely panaszra ad okot, vagy hogy hőemelkedést is vált ki, akkor a cseppek számát csökkentjük, esetleg nagyobbfokú higításokra térünk át. Mérsékelt náthát nem kell e szempontból tekintetbe venni. A legtöbb beteg a kezdeti irritatiót eltűri, a jelenségek többnyire hamar enyhülnek.

Ha az orrcseppekkel a kivánt fokig eljutottunk, akkor újabb Pirquet-kémlést végzünk és ha ez enyhébbnek bizonyul, mint amilyen a felvételi reactio volt, akkor az orrcseppek állandó alkalmazása mellett, injectiós kúrát is kezdünk. Ehhez 10 db. egy ccm-es ampullából álló tuberkulin-oldat-sorozatot készítünk: 1. 0.0001 g tuberkulint; 2. 0.0003; 3. 0.0006; 4. 0.001; 5. 0.003; 6. 0.006; 7. 0.01; 8. 0.03; 9. 0.06; 10. 0.10 g. tuberkulint tartalmaz. Az injectiókat bőr alá adjuk, de ha azt tapasztalnók, hogy a helyi reactió erős, akkor izomközti fecskendezésekre térünk át. Az injectiókat 24—48 órás időközökben adjuk. Ha valamelyik után hőemelkedést észlelnénk, akkor ennek lezajlása után (48 óra), a reactiót okozott adag felével folytatjuk a kezelést, ezt kövesse ismét a megfelelő egész adag és így haladunk tovább. Azért, hogy ezt megtehessük, több sorozatból álló készletet kell tartanunk.

A befecskendezési kúra megkezdése előtt célszerű sajátvérbefecskendést izomba adni (8—10 ccm), ami arravaló, hogy ezzel is fokozzuk az ellenanyagtermelési készéget.

Az első sorozat felhasználása után egy újabb teljes statust veszünk fel; az orrcseppeket közben el nem hagyva, 8—10 nap lezajlása után egy újabb sorozat injetiót végzünk, megismételte előtte a sajátvérinjectiót. A kúra így folytatódik 3—6—8, esetleg több injectiós sorozat felhasználásával a gyógyulásig.

A tuberkulin-injectio helyén sokszor erős reactio támad, ez akkor történik, amikor még nincs elég szabad antiapotuberkulin. Az activ anergia akkor tökéletes, amikor már annyi antiapotuberkulin képződik, hogy sem helyi reactio, sem láz nem jelentkezik. A tuberculosis gyógyulásához — tapasztalatom szerint — ily fokú anergia nem feltétlenül szükséges, de törekvésünk az legyen, hogy ezt elérjük.

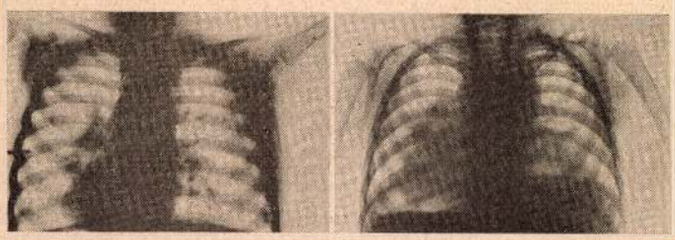
Észleleteim szerint a tuberkulin kiváltotta láz igen magas (40 C°) lehet, amit fejfájás, bágyadtság, tagfájdalmak, étvágytalanság, gyomorpanaszok kisérhetnek. Az ilyen magas lázat igyekezzünk elkerülni, ami az injectióknak fentemlített óvatos alkalmazásával rendszerint sikerül. Egyetlen esetemben sem észleltem a lázmaradandó ártalmas hatását, nem tapasztaltam a tuberkulinkezelés leirt módjának ártalmát a tuberculosus folyamatra; szóródás, vagy generalizálódás egyetlen esetemben sem következett be.

Szükségesnek tartom, hogy a fajlagos gyógykezelés mellett, miután az kizárólag az infectio ellen irányul, a gyógykezelésben igénybevétessenek az eddig is jól bevált gyógyeljárások (levegő, fény, quarz, Finsen, röntgen, diaeta, szükséges sebészi beavatkozások, légmell, stb., stb.), mint segítő eszközök. Ên ezeknek mellőzésével, tisztán a módosított tuberkulin-kezelésben részesítettem betegeimet, csak azért, hogy a szer minden befolyástól mentes hatását lássam. Több mint két év óta kezeltem lymphomákat, gerinc-, csípő-, térd- és bokaizületi-, bőr- és nyálkahártya-tuberculosist; vese- és hashártya-tuberculosist, s az itt felsorolt folyamatok mellett esetenként észlelt tüdőfolyamatokat is.

Az alábbiakban néhány esetet ismertetek:

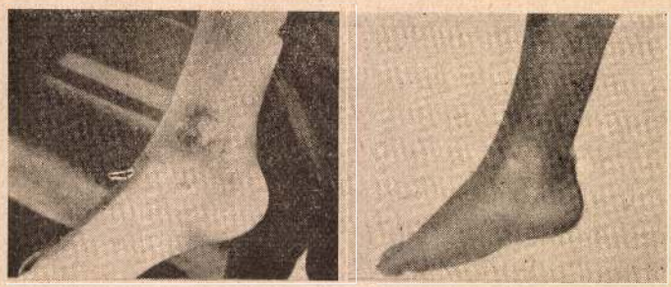
1. T. J. 2 éves fiu. Több hete beteg. Spina ventosa néhány kéz- és lábujjon, valamint középcsonton, a köztakaron néhány tuberculid. A bal hilusmirigyek duzzadtak körülöttük a tüdő állományába terjedő beszürődés. Élénk Pirquet-reactio. Kezelés kezdete: 1938. IV. 11.; befejezése 1838. VII. 15. A tuberculidok teljesen gyógyultak, spina vent. csak a bal mutatóujj első percén. A tüdő javulását a mellékelt röntgenképek bizonyítják. (1. ábra.) Súlygyarapodás 1.1 kg 2 sorozat injectiót kapott.

2. S. M. 44 éves férfi. Az os pubis tuberculosus cariese, tyúktojásnyi tályoggal a gáton, mindkét lágyékban babnyi nyirokmirigyek. Betegsége régi keletű, 1932-ben műtétet végeztek rajta, azóta ismételten röntgenkezelés eredmény nélkül. 1938. VI. 2.-án kezdtük el a fajlagos kezelést; X. 8-án gyógyultan távozott. Az ingu. mirigyek alig tapinthatók, a tályog alig babnyi tömeggé zsugorodott. 2 sorozat injectiót kapott.



1. ábra.

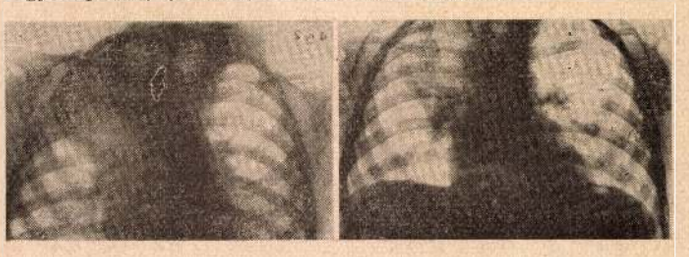
3. F. E. 3 éves fiu. Anyja súlyosan tuberculosa. A gyermek születése óta sokat betegeskedik, erősen exsudativ. 1937 dec.-ben kanyaró után tüdőlob,a mi 1938 márc. és május hónapokban megismétlődik. A jobb felső tüdőlebeny beszűrődése állandósult. Erős soványodás és halványulás. Pirquet-reactio igen élénk. 1936 IX. 9-én fajlagos kezelést kezdünk. — XII. 3.-án javultan távozik. (l.: 3. ábrát.) A jobb tüdőlebeny felett csak rövidült kopogtatási hang, sejtes légzés. Láztalan, jó turgor, jó szín. Azóta többször jelentkezett ellenőrzésre. Sokszor volt felső léguti és bélhuzambeli lázas betegsége, mégis jól tartja magát.



D. M. Caries mall. et lupus. 1938. nov. 17. D. M. kezelés után. 1939. jan. 20.

2. ábra.

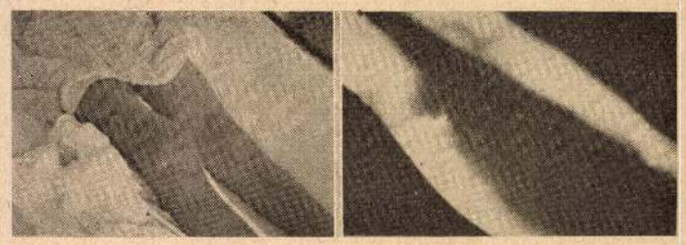
4. Cs. M. 16 éves leány. 2 éves kora óta mirigyes nyak. 7 éves korában egy mirigye kifakadt. 2 év előtt nyaki mirigyei mindkét oldalt erősen megnagyobbodtak, fájdalmasakká váltak, 4 kg-ot fogyott, köhög. Az 5. ábra szemlélteti némileg a nyak torzulását; a kulcs tölötti árkokban is bab és makk nagyságú tömött mirigyek. A bal tüdő fátyolos, bal hilus tömött. A manubr. sterni bal szélén gyermektenyérnyi tompulat. Szabálytalan láz. Pirquet-r. erősen positiv. Vvs.-süllyedés 140—150 mm. 1938. V. 1-én kezdtük a fajlagos kezelést; VI. 12-én láztalan; az injectiós kúra megkezdése előtt már lényegesen javul. 4 sorozat injectión esik át. Szept. hó végével a nyaki legnagyobb mirigy babnyi, a többi jóval kisebb. (l. képet). Mellkas felett sem kopogtatási, sem hallgatózási eltérés nincs. 11.5 kg súlygyarapodás, jó szín, kifogástalan közérzet.



3. ábra.

5. K. E. 27 éves férfi. Caries coxae d. 1926-ban lett beteg, 1930-ban abscedalt, 1931-ben fistulaképződés. J. alsó tüdőlebeny felett rövidebb kopogtatási hang. Röntgen: jobb combfejecs teljesen beolvadt, a nagytompor a támasztópont. Bővebb genyező sipoly, subfebrilis. Sokáig kezelték eredménytelenül. 1939. VIII. 1-én kezdtük a fajlagos kezelést, 17-én láztalanná vált, a genyedés csökkent, a sipolyok záródtak, az erőbeli állapot lényegesen javult. X. 5-én távozik. Azóta értesítést kaptunk: teljesen jól van, megnősült.

6. B. I. 38 éves férfi, 1935 óta beteg, ágyéka fáj, majd daganat képződött, mely 1936-ban kifakadt, azóta sem gyógyult meg, bár kezelés alatt állott, sőt műtétet is végeztek rajta. Röntgennel is megállapított sacro-iliacalis tb. cariese miatt 1939. V. 3-án tuberkulin-kezelést kezdünk. 3 sorozat injectiót kapott. Genyedés megszünt, a sipoly záródott. 11 kg súlygyarapodással távozott.



Sz. L. Caries fem. et gonit tbc. 1938. máj. 20. Sz. L. kezelés után. 1939. jan. 14.

4. ábra.

5. ábra.

Sok hasonló esetet sorolhatnék fel, de nem lehet célom ezzel bizonyítani a fajlagos therapia hasznos voltát. Tudom nagyon jól —, hiszen mindig hangsúlyoztam —, hogy a tuberculosis egyike a leggyógyulékonyabb betegségeknek. Észlelni kell a javulás menetét és így feltünik a gyógyulási időnek megrövidülése a megszokotthoz viszonyítva.

Voltak eseteim, melyek csak lassan javultak és emiatt gyógyulásuk előtt távoztak. Bevallom, hogy eddigi eseteimben nem kutattam a kórokozónak human, vagy bovin jellegét, minden betegemen human tuberkulint alkalmaztam. Kívánatos, hogy erre a jövőben a lehetőségig tekintettel legyünk.

Ami a gyógyulás maradandóságát illeti, tudnunk kell, hogy a tuberculosis természete olyan, hogy spontan gyógyulása nem hagy hátra immunitást. Ilyen immunitásra fajlagosan gyógyított betegek esetében sem szabad számítani. 12 éves leánykán igen kiterjedt és súlyos garat-tuberculosis miatt végeztem fajlagos kezelést. A másutt már egy év óta kezelt és eddig még mindig romlott betegen bámulatos javulás indult meg, 6 hónapig tartó kezelés után sima nyálkahártyával, tiszta hanggal, kifogástalan nyeléssel, nyaki mirigyduzzanatok nélkül, jó színben hagyta el a kórházat. Két hónap után rostonyás tüdőlobot kapott, ami szintén simán zajlott le. Néhány héttel később gégefőtuberculosissal, a bal orrbemenetben és a köztakarón elszórtan lupusos bőrgócokkal jelentkezett. Nem vehettem fel s így csak ambulanter kezdhettem rajta újból fajlagos kezelést, ami sajnos nem lehetett elég rendszeres s így csak igen lassan javult. A gégeszakorvos is therapiás röntgen segítségét ajánlotta, ezért megfelelő osztályra

vétettük fel, itt azonban fajlagos kezelését nem folytathattuk. A beteg sorsa még bizonytalan, de tanulságos eset arra nézve, hogy a gyógyult beteg bizonyos körülmények között visszaeshet.

Az allergia lényegének tisztázása engedett jobb betekintést abba a történésbe, amelyik a tuberculosissal fertőzött szervezetben végbemegy. Ennek megismerése adott lehetőséget a fajlagos tuberkulin-kezelés olyan módosítására, mely a réginél eredményesebb és veszélytelen. A tuberkulinékezelés eredményessége egyébként nem meglepő és nem is új, ezt *Koch* és minden követője megállapította már, csak az ártalmas hatást nem sikerült kiküszöbölniök.

Trichomonas urethritis férfibetegeken.

Irta: *berei Bartha István dr.*,
O. T. I. orvos-aligazgató.

Annak dacára, hogy csak két esetről számolhatok be, a lelet ritkaságánál fogva, szükségesnek vélem azok ismertetését.

Mindkét esetben makacs „urethritis simplex"-ben szenvedő beteg keresett fel. A közönséges kikent készítmény sok leukocytán és mucinon kivül egyebet nem mutatott. A szokásos húgycsőöblitések eredménytelenek maradtak; ezért a szünni nem akaró fluor okát keresve urethroscopos vizsgálattal kutattam a feltételezett papilloma után, azonban a nyálkahártya fokozott vérbőségén kivül egyéb elváltozást nem találtam. A sikertelen próbálkozások során trichomonas-fertőzésre is gondolva, a váladékot 1—2 cseppnyi physiologiás konyhasóoldattal elkeverve native vizsgáltam, sötét látóteres condensor alkalmazásával. A készítményben kétségtelenül trichomonasnak bizonyult — csillóikat mozgatva, lustán tovahaladó — flagellumokat észleltem.

A lelet következtében egy a Wander gyár által készített „Noli" hüvely-tablettát 200 ccm langyos vizben oldottam, helyesebben felkevertem és azzal húgycső-befecskendezéseket végeztem. A nem minden aggodalom nélkül végzett befecskendezés semmi izgalmat sem okozott; ezért azt többizben ismételve, elégtétellel állapítottam meg, hogy az addig minden kezeléssel dacoló folyás rohamosan csökkenni kezdett, majd további pár nap alatt teljesen megszünt és a beteg panaszmentessé vált.

Szerény közleményemmel azon célt óhajtanám elérni, hogy a figyelmet urethritis „simplex" esetén a trichomonas urethritis lehetőségére tereljem és hogy ezáltal valamelyik gyógyszervegyészeti gyárunk — szükség szerint — a fölösleges vivőanyagoktól mentes, férfihúgycső kezelésre szánt acetylamino-phenylarsinsavas gyógyszert készítsen.

TARTALOM:

Tomcsik József: Meningitis cerebrospinalis epidemica Magyarországon. (157—159. oldal.)

Beöthy Konrád: Az egyetemes orvos törvényszéki orvosi működése. (160—165. oldal.)

Horányi Béla: Traumás hypothalamus-sérülés. (165—168. oldal.)

Kádár László: A patkóvese. (168—172. oldal.)

Dzsinich Antal és **M. Nagy Erzsébet:** A tüdőgümőkórral kapcsolatos májelváltozások. (172—174. oldal.)

Végh Lajos, Pallos Károly és **Engel Miklós:** Tömény NaOH-dal roncsolt hypophysis hátsólebenykivonat fokozott toxicitásáról kisérleti állatokban. (174—177. oldal.)

Recht István: A gyermekkori nem specifikus lymphadenitisek conservativ kezelése. (177—179. oldal).

Svastits Pál: Vészes vérszegénységre utaló tünetek fiatal gyermekeken. (179—181. oldal.)

Marx József: A csigolyaközti porckorong vízszintes irányú helyzetváltozásáról. (182—183. oldal.)

Erőss Sándor: Nyirokszövet előfordulása a szemgolyóban. (183—185. oldal.)

Preisich Kornél: A tuberculosis fajlagos gyógykezelésének új módja. (185—188. oldal.)

berei Bartha István: Trichomonas urethritis férfibetegeken. (188. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: **VÁMOSSY ZOLTÁN.**

**Centrum Kiadóvállalat Részvénytársaság,
Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422.
Felelős üzemvezető: Csontos Lajos.**

Megjelent

Soós Aladár:

Étrendi előírások a gyakorlatban

IV. bővített kiadás 312 oldal ára **5**.— pengő.

Benderek - Külley:

Gyógymasszázs és mechanotherápia

I. kiadás 232 oldal ára **4**.— pengő.

Kapható a kiadóhivatalban és a könyvkereskedésben. Kiadóhivatalunk kívánatra betekintésre is megküldi, kérve meg nem tartásuk esetén portómentes visszaküldését 8 nap alatt.